

Estudio demográfico del tabaquismo en el Área de Salud 5 de Valencia

R. Peris Cardells^a, I. Rico Salvador^b, P. Herrera de Pablo^b, A. Pérez Jiménez^c, F. Sánchez-Tóril López^a y J.A. Pérez Fernández^a

^aServicio de Neumología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

^bMédicos residentes de Familia. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

^cDUE. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

OBJETIVOS: Determinar la prevalencia, los datos demográficos y los estadios de abandono del tabaquismo entre los pacientes que acuden al centro de salud.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal en 7 centros de salud del Área Asistencial 5 de la Comunidad Valenciana.

RESULTADOS: Se entrevistó a 3.633 personas, con una edad media de 55 ± 19 años (extremos: 14-96 años). El 61,7% eran mujeres, y el 65% consultaba por motivos médicos. El 23% eran fumadores activos (41,8 ± 15,2 años), el 17,2% ex fumadores (60,6 ± 16,2 años) y el 59,8% nunca había fumado (58,4 ± 18,8 años). Los estadios de abandono fueron: pre-contemplación en el 32,1%, contemplación en el 4,9%, contemplación crónica en el 12,2%, preparación en el 6,8%, acción: en el 2,3%, mantenimiento en el 15,1% y finalización en el 26,7%. Teniendo en cuenta las normativas actuales, podrían precisar una acción específica sobre el tabaquismo del 44,7 al 23,6% de los pacientes, dependiendo de las condiciones que determinemos.

CONCLUSIONES: De los pacientes que acudían al médico de atención primaria, el 23% eran fumadores. De ellos, más de la mitad no querían dejar de fumar y uno de cada 10 estaría preparado para hacerlo. De los pacientes que acuden al centro de salud, entre el 23,6% y el 44,7% podría precisar una atención específica sobre tabaquismo.

Palabras clave: Tabaquismo. Estadios de cambio. Atención primaria.

Introducción

El tabaquismo se considera en la actualidad una enfermedad de naturaleza adictiva, crónica, recurrente y tratable^{1,2}, cuya importancia radica en que es la primera causa de morbilidad evitable en el mundo occidental^{3,4}. Así, en España causa cada año 56.000 muertes⁵. Estas cifras sitúan al tabaquismo como un problema sanitario de primer orden que se puede y debe

Demographic Study of Tobacco Addiction in Health District 5, Valencia, Spain

OBJECTIVES: To determine the number of smokers, their demographic characteristics, and the stages of change among patients visiting health care centers.

PATIENTS AND METHODS: Descriptive cross-sectional study carried out at 7 primary health care centers in Health District 5 of the Autonomous Community of Valencia.

RESULTS: An interview was given to 3633 people with a mean (SD) age of 55 (19) years, (range: 14-96 years). Women made up 61.7%, and 65% were seeking medical attention. Twenty-three per cent were current smokers (mean age 41.8 [15.2] years), 17.2% ex-smokers (60.6 [16.2] years), and 59.8% never smokers (58.4 [18.8] years). The stages of change were pre-contemplation for 32.1%, contemplation for 4.9%, chronic contemplation for 12.2%, preparation to quit for 6.8%, action for 2.3%, maintenance for 15.1%, and termination for 26.7%. According to current recommendations, it seems that between 23.6% and 44.7%, depending on category definitions, needed specific attention concerning tobacco dependence.

CONCLUSIONS: Twenty-three per cent of the patients attended by the primary care physician were smokers. More than half did not want to quit smoking and 1 in 10 were prepared to do so. Between 23.6% and 44.7% of the people who came to the primary care center needed specific attention concerning tobacco dependence.

Key words: Tobacco dependence. Stages of change. Primary health care.

abordar desde los medios de comunicación social y órganos de decisiones políticas, la escuela, la empresa y, naturalmente, desde la atención médica, tanto primaria como especializada. De todas estas posibilidades de acción, a nosotros, como miembros del Servicio de Neumología y, dentro de él, de la Unidad de Tabaquismo, del Hospital Arnau de Vilanova, nos compete la atención médica especializada y la colaboración con la atención médica primaria. Desde esta perspectiva, en febrero del año 2000 iniciamos un estudio preliminar⁶, que ahora completamos y cuya finalidad es hacer un estudio epidemiológico del tabaquismo entre los pacientes que acuden a diferentes centros de salud del Área 5 de Valencia.

Correspondencia: Dr. R. Peris Cardells.
Servicio de Neumología. Hospital Arnau de Vilanova.
San Clemente, 26. 46015 Valencia. España.
Correo electrónico: rafa1680@separ.es

Recibido: 28-7-2003; aceptado para su publicación: 12-11-2003.

En este estudio, uno de los datos que queríamos obtener eran los estadios o fases de abandono del tabaquismo de Prochaska et al⁷, como una manera de determinar la actitud del paciente de cara al abandono del hábito tabáquico, ya que el tabaquismo es una conducta humana cuya modificación pasa por una serie de fases de abandono descritas en el modelo transteórico de Prochaska et al. En su concepción actual, este modelo incluye las siguientes fases: precontemplación, contemplación, contemplación crónica, preparación, acción, mantenimiento, finalización y recaída. Estas fases se siguen una a otra no de forma lineal sino elíptica o circular. La importancia de estas fases de abandono o estadios de cambio del tabaquismo radica en que son uno de los factores que determinan el tipo de atención médica^{1,8,9}, el nivel asistencial¹⁰, el material de apoyo y seguimiento¹¹ y la respuesta al tratamiento¹². Además, actualmente se considera un éxito no sólo el dejar de fumar sino, en su defecto, la reducción de perjuicios¹³ y la evolución dentro de estas fases^{11,14}.

Sin olvidar la importancia que puedan tener en el tratamiento y la prevención del tabaquismo otros enfoques como puedan ser el mundo laboral o escolar, nuestra población diana es la que consulta al servicio sanitario, siendo la puerta de entrada habitual el médico de familia. Se sabe que más del 75% de la población pasa anualmente por las consultas de atención primaria, lo que permite tratar a gran número de personas de cualquier problema, incluido el tabaquismo^{15,16}. Esta circunstancia lleva a algunos autores a considerar el centro de salud como el centro de referencia del control y prevención del tabaquismo¹⁷, aunque en general se acepta la necesidad de una estrecha colaboración con las unidades especializadas en el tratamiento del tabaquismo¹⁸. Por ello nuestro estudio se realiza en población que consulta al médico de familia, y no entre la población general, para conocer la prevalencia y el estadio de abandono del tabaco de esta población específica.

Nuestro objetivo es determinar datos demográficos y de tabaquismo, especialmente la prevalencia y estadios de cambio, entre los pacientes que consultaron en atención primaria, en el Área Asistencial 5 de la Comunidad Valenciana, en febrero del año 2000.

Pacientes y métodos

Se realizó una encuesta sobre tabaquismo (tabla I) modificada de Becoña y Vázquez¹⁹; para ello se añadieron los siguientes parámetros: edad, sexo, motivo de asistencia a la consulta del médico, hábito tabáquico actual, intensidad tabáquica valorada como número de cigarrillos/día fumados actualmente y años fumando, a pacientes que acudieron a consulta de 15 cupos diferentes en 7 centros de salud, dentro del Área Sanitaria 5 de la Comunidad Valenciana. Realizamos 404 encuestas preliminares en 2 centros de salud durante 12 días escogidos al azar del mes de febrero de 2000. Las otras 3.299 encuestas se recogieron los meses de junio y julio principalmente, y algunas los meses de agosto, septiembre y noviembre de 2002. Las encuestas las recogieron los médicos de familia, en horario de mañana principalmente y algún día en horario de tarde, siguiendo su turno de trabajo habitual. El Área de Salud 5 de la Comunidad Valenciana tiene una población global de 258.106 habitantes. Los cupos en los que realizamos la encuesta suponen un total de 25.225 pacientes.

Recogimos para analizar un total de 3.633 encuestas. Se informó a los encuestados, previamente, del objetivo de la encuesta y se obtuvo su consentimiento para realizarla. La encuesta fue dirigida, individual y la administró dentro de la consulta el médico de cabecera. No obtuvimos ninguna respuesta negativa a su realización.

No consideramos una definición estándar para los conceptos de fumador, ex fumador y nunca fumador, sino la propia consideración del paciente y de su médico de cabecera que rellenaba con él la encuesta.

En cuanto a las fases de abandono del tabaquismo, consideramos estadio de precontemplación cuando el paciente refería

TABLA I
Encuesta realizada a los pacientes

1. Edad (años)
2. Sexo
a) Varón
b) Mujer
3. Acude al médico por:
a) Enfermedad
b) Motivos burocráticos (recetas, partes de alta o baja, partes de confirmación)
4. ¿Es usted fumador?
a) Sí
b) No
c) Ex fumador años
5. En el último año, ¿cuántas veces dejó de fumar durante al menos 24 h?
a) Ninguna
b) Una o más
6. Actualmente fumo, pero <i>no</i> tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 6 meses:
a) Sí
b) No
7. Actualmente fumo, pero tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 6 meses:
a) Sí
b) No
8. Actualmente fumo, pero tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 30 días:
a) Sí
b) No
9. Actualmente fumo, pero <i>no</i> tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 30 días:
a) Sí
b) No
10. ¿Lleva más de 2 años planteándose dejar de fumar dentro de 6 meses?
a) Sí
b) No
11. Número de cigarrillos/día fumados actualmente:
a) < 20
b) 20-30
c) 31-40
d) > 40
11. Años que lleva fumando:
a) < 5
b) 5-10
c) 11-15
d) 16-20
e) 21-25
f) 26-30
g) 31-35
h) 36-40
i) 41-45
j) 46-50
k) > 50

Modificada de Becoña y Vázquez¹⁹.

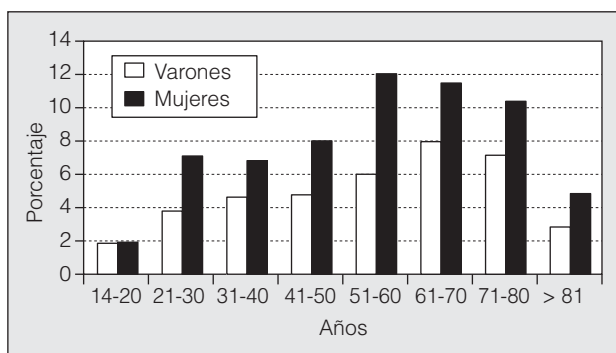


Fig. 1. Distribución por edad (en décadas) y sexo de los pacientes encuestados.

que no quería dejar de fumar dentro de los siguientes 6 meses; estadio de contemplación cuando quería dejar de fumar dentro de los siguientes 6 meses pero no dentro de los próximos 30 días. Si el paciente refería que la idea de dejar de fumar dentro de 6 meses la mantenía más de 2 años, se consideraba contemplación crónica. Definimos estadio de preparación cuando el paciente declaraba que estaba dispuesto a dejar de fumar dentro de los 30 días siguientes, siempre y cuando hubiese estado más de 24 h sin fumar durante el año anterior; de lo contrario, se consideraba también contemplación. A los ex fumadores se les preguntó cuánto tiempo hacía que no fumaban para poder incluirlos en el estadio de acción (entre 24 h y 6 meses), de mantenimiento (entre 6 meses y 5 años) y de finalización (más de 5 años sin fumar).

Por lo que se refiere al motivo de consulta médica, se consideró que el paciente acudía al centro de salud por motivos médicos cuando el objetivo de la visita era que se le atendiera por una enfermedad o se le sometiera a una revisión médica. Acudía por motivos burocráticos cuando el objetivo de la visita era recoger recetas, partes de alta, baja o confirmación o cualquier otro motivo que no fuese ser atendido como enfermo y/o paciente.

Se estudiaron los estadios de abandono del tabaquismo de los fumadores, los resultados de la distribución por estadios y de las características estudiadas dentro de cada grupo (número total y por sexo, porcentaje con relación al número total de pacientes y al número total de fumadores, cigarrillos/día, motivo por el que acudía al médico y edad media).

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo con expresión de resultados en valores absolutos y sus porcentajes. Para las variables cuantitativas se usaron las pruebas de la t de Student y de

McWhite, y para las cualitativas, la prueba de la χ^2 . Se indican las medias \pm desviación estándar. Los resultados se procesaron con el paquete estadístico StatDirect, versión 1,9,8 para Windows (Iain E.Buchan[®], 1990-2001).

Resultados

Población

Sobre una población de 25.225 personas, los días del estudio se generaron 7.562 visitas médicas con 3.633 encuestados. Esto da una relación de 2,08, similar a la que encontramos en el estudio preliminar (2,38), y que creemos debida, al menos en parte, a los pacientes que consultan más de una vez durante el período de realización del estudio, o bien a los pacientes que por su situación física y/o mental no pueden contestar la encuesta.

La edad media de los pacientes fue de 55 ± 19 años (extremos: 14-96 años). En cuanto al sexo, predominaban las mujeres, que suponían el 61,7%, frente a un 38,3% de varones. En la figura 1 se muestra la distribución de la edad por décadas y del sexo de los pacientes encuestados. El motivo por el que acudía a la consulta fue médico en el 65,1% (el 64,5% de los varones y el 65,4% de las mujeres) y burocrático en el 34,8%.

Hábito tabáquico

Se consideraban fumadores activos un 23% de los pacientes, ex fumadores un 17,2% y nunca fumadores el 59,8%. Las edades medias (\pm desviación estándar) y los extremos para estos 3 grupos fueron: fumadores activos, $41,8 \pm 15,2$ años (16-87 años); ex fumadores, $60,6 \pm 16,2$ años (17-95 años), y nunca fumadores, $58,4 \pm 18,8$ años (14-96 años); siendo las diferencias significativas ($p < 0,01$).

En las figuras 2 y 3 se representa la condición de fumador, ex fumador o nunca fumador por edad (expresada en décadas), tanto en varones como en mujeres. Por grupos de edad encontramos que eran fumadores el 39,7% de los entrevistados de entre 14 y 24 años, el 49% de los que tenían entre 25 y 45 años, el 19,7% con una edad de 46 a 64 años y el 5,6% de los mayores de 65 años.

De los varones, eran fumadores activos el 34%, ex fumadores el 36%, y nunca había fumado el 30,1%. De

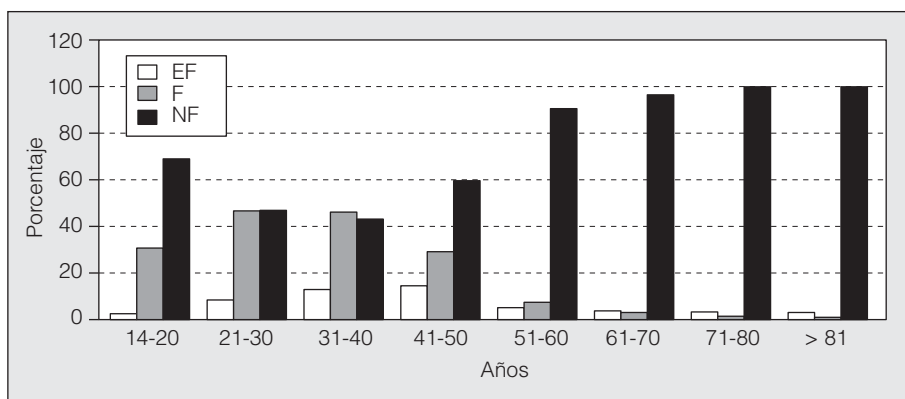


Fig. 2. Distribución de las mujeres por su condición de ex fumadoras (EF), fumadoras (F) y nunca fumadoras (NF), por edad (en décadas).

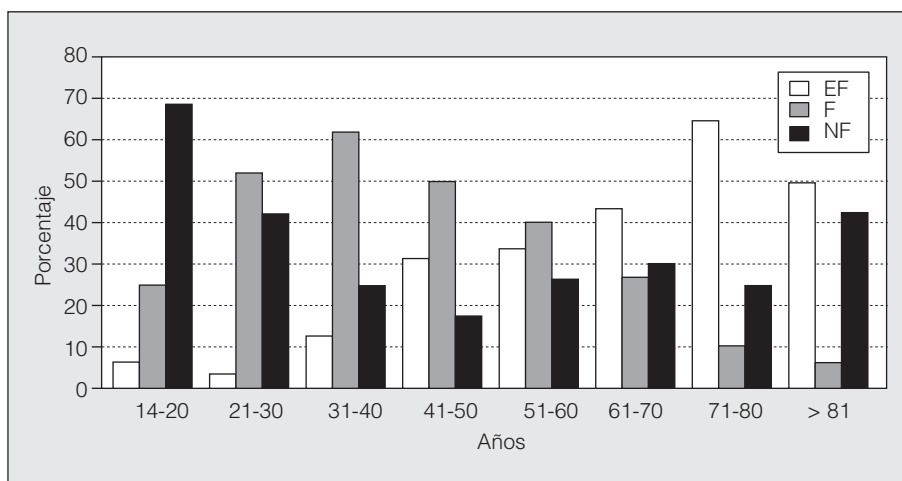


Fig. 3. Distribución de los varones por su condición de ex fumadores (EF), fumadores (F) y nunca fumadores (NF), por edad (en décadas).

las mujeres, eran fumadoras activas el 16,1%, ex fumadoras el 5,7% y nunca había fumado el 78,2%.

En relación con el motivo de consulta y hábito tabáquico, encontramos que el 70,7% de los fumadores, el 63,4% de los nunca fumadores y el 63,6% de los ex fumadores acudían por motivos médicos, mientras lo hacían por cuestiones burocráticas el 29,3, el 36,5 y el 36,4%, respectivamente.

Intensidad del hábito tabáquico

En cuanto a la intensidad del hábito tabáquico, en el grupo de fumadores entrevistados encontramos que el 65,3% fumaba menos de 20 cigarrillos/día, el 26,4% de 20 a 30, el 5,4% de 31 a 40, el 2,2% más de 40 y el 0,7% fumaba preferentemente puros o pipas. Los varones presentaban mayor intensidad tabáquica que las mujeres, dado que eran fumadores de menos de 20 cigarrillos/día el 56,7% de los varones y el 76,3% de las mujeres.

La distribución en función de la duración del tabaquismo era la siguiente: menos de 10 años el 24,01%, de 11 a 20 años el 33,7%, de 21 a 30 años el 27,56% y el resto llevaba más de 31 años fumando.

Un 50% de los fumadores había dejado de fumar al menos 24 h durante el año anterior. El 45,6% refería que llevaba más de 2 años pensando en dejar de fumar dentro de los próximos 6 meses.

Fases de abandono del tabaquismo

La distribución por fases del proceso de abandono del hábito de fumar fue como sigue: se hallaba en fase de precontemplación el 32,1% de los pacientes, en la de contemplación el 4,9%, en la de contemplación crónica el 12,2%, en la de preparación el 6,8%, en la de acción el 2,3%, en la de mantenimiento el 15,1% y en la de finalización 26,7%. Las características de cada uno de estos grupos se muestran en la tabla II.

TABLA II
Fases del proceso de dejar de fumar: porcentaje y características

Estadio*	Precontemplación	Contemplación	Contemplación crónica	Preparación	Acción	Mantenimiento	Finalización
N.º de pacientes (%)	454 (31,1)	70 (4,8)	172 (11,8)	96 (6,6)	32 (2,2)	231 (14,6)	377 (25,8)
Edad media (extremos) ^b	41,09 ± 15,57 (16-87)	44,19 ± 14,53 (16-76)	42,33 ± 13,89 (17-73)	40,71 ± 15,41 (17-75)	47,72 ± 16,94 (18-80)	53,19 ± 16,14 (17-92)	65,88 ± 13,72 (27-95)
Varones	53,5%	61,4% ^c	55,2%	61,5% ^c	62,5%	67,6% ^c	87,8% ^c
Mujeres	46,5%	38,6%	44,8%	38,5%	37,5%	32,4%	12,2%
Motivo de consulta							
Médico	67,8%	84,3%	75%	74%	81,3%	67,6%	59,6%
Burocrático	32,2%	15,7%	25%	26%	18,8%	32,4%	40,4%
Cigarrillos/día							
< 20	61,7	60,0	72,1	77,08			
20-30	29,9	31,4	21,5	12,05			
31-40	5,3	5,7	3,5	7,29			
> 40	2,2	2,9	2,3	2,08			
Puros y/o pipas	0,9	0,0	0,6	1,04			
Años fumando							
< 10	25,05	24,28	16,86	33,33			
11-25	47,67	34,28	50	34,37			
26-50	23,28	38,57	29,06	28,125			
> 50	3,99	2,85	4,06	4,16			

*En un 3,1% de los casos no se pudo determinar el estadio; ^bdiferencia significativa entre grupos, (p < 0,001, ANOVA de 1 vía); ^cdiferencia significativa (p < 0,005)

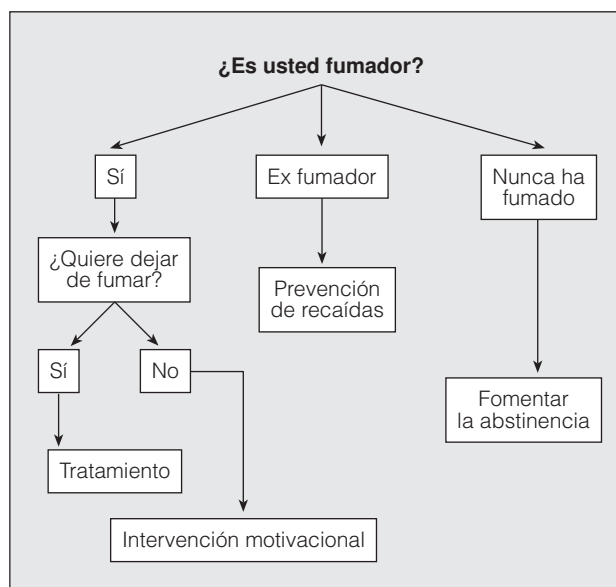


Fig. 4. Atención médica del tabaquismo.

Discusión

En nuestro estudio encontramos un 23% de fumadores activos (un 34% en varones y un 16,1% en mujeres), un 17,2% de ex fumadores y un 59,8% de nunca fumadores. Estas cifras difieren de las de la Encuesta Nacional de Salud²⁰ de 2001 para la Comunidad Valenciana, donde el 36% de los encuestados son fumadores activos (un 32% fuma a diario y el 4% de forma esporádica), con un 45% en los varones y un 28% en las mujeres; el 12% se declara ex fumador y el 52% afirma que nunca ha fumado. En nuestra opinión estas diferencias se deben a que la población que consulta en el centro de salud, y que nosotros estudiamos, no refleja exactamente la población general. Se trata de una población con características diferentes (un mayor porcentaje de mujeres y una mayor edad), y esto se refleja en la prevalencia del tabaquismo. En todo caso, es la población usuaria de visita ambulatoria y, dado que ningún paciente negó su participación, creemos que esto no afectó a los resultados del estudio.

Nos ha llamado la atención que la intensidad del tabaquismo en la población estudiada es mayor que la mostrada en la Encuesta Nacional de Salud de 2001 para la Comunidad Valenciana. En dicha encuesta son fumadores de más de 20 cigarrillos/día el 17,7% de los encuestados, mientras que nosotros encontramos que fuma dicha cantidad un 34,7%.

La distribución etaria de los fumadores que encuentra la Encuesta Nacional de Salud de 2001 para la Comunidad Valenciana es del 16, el 59, el 19 y el 5% (16-24, 25-44, 45-64 y > 65 años, respectivamente). Se refiere a población general y a fumadores diarios, no ocasionales. Nosotros encontramos un 12,6, un 48,9, un 29 y un 9%. De nuevo pensamos que se trata de 2 poblaciones diferentes con prevalencias de tabaquismo distintas, aunque nosotros no hemos diferenciado entre fumador diario y ocasional, lo que en parte podría explicar las

diferencias.

En nuestro estudio, las cifras obtenidas de fumadores, ex fumadores y nunca fumadores, la distribución por sexo, por edad y por edad y sexo de los fumadores, y la intensidad del tabaquismo son diferentes de las de la población general y reflejan el carácter de la población estudiada.

Si consideramos sólo a los fumadores activos, se observa que más de la mitad (54,4%) están en fase de precontemplación, es decir, no se plantean dejar de fumar de momento. El 29% se halla en fase de contemplación; de ellos, el 20,6% se encuentra en fase de contemplación crónica y un 11,5% en fase de preparación. Finalmente, en un 5% de los casos no pudimos determinar el estadio.

Por lo que sabemos, en España se han realizado 6 estudios en los que se analizan los estadios de abandono del tabaquismo^{12,19,21-24}. Creemos que resulta difícil su comparación por diferentes causas; entre ellas, el hecho de que analizan a poblaciones diferentes (población general, cardiopatas, diabéticos, pacientes de consultas monográficas), por no mencionar los problemas conceptuales (considerar o no el estadio de contemplación crónica, considerar juntos o separados los estadios de acción y mantenimiento, etc.).

A pesar de lo dicho, sí podríamos comentar algunos aspectos previamente publicados. Así, al igual que Jiménez et al²⁵, encontramos que los pacientes en estadio de preparación son de menor edad, pero la diferencia es escasa. Nosotros no hemos observado que los pacientes en estadios de precontemplación fumen con mayor intensidad que los que se hallan en los otros estadios, tal como se ha publicado previamente¹⁹.

Otro dato interesante de los resultados de nuestra encuesta es la carga asistencial del tabaquismo, definida como el trabajo que el tabaquismo por sí mismo puede dar al médico de asistencia primaria. Para ello tenemos que considerar que el tratamiento del tabaquismo supone no sólo tratar médicamente al fumador, sino también la intervención motivacional, la prevención de las recaídas y el fomento de la abstinencia¹ (fig. 4). La intervención motivacional y el tratamiento se recomiendan en todos los fumadores. La prevención de las recaídas se recomienda hasta la fase de finalización, esto es, hasta que el paciente lleva más de 5 años sin fumar y/o está seguro de no volverá a fumar con independencia de la situación de estrés a que pueda enfrentarse (incluir esta fase o no, se deja a criterio del médico en función del paciente¹). Fomentar la abstinencia se recomienda sólo en pacientes jóvenes¹, dado que en las sociedades occidentales la posibilidad de convertirse en fumador cuando se llega a los 20 años sin haber fumado es insignificante²⁶. Otro factor que se ha tomado en consideración en el presente trabajo era si el paciente acudía por enfermedad propia o por razones burocráticas. Teniendo en cuenta todo lo anterior, en nuestro estudio los porcentajes de pacientes susceptibles de una atención médica referida al tabaquismo podrían ser del 44,75% (ambos motivos de consulta –médica o burocrática–, con fase de finalización incluida, y nunca fumadores de 25 años o menores); del 34,18% (excluyendo a los ex

fumadores en fase de finalización); del 30,41% (cuando se considera sólo a los pacientes que consultan por motivo médico), o del 23,61% (cuando se considera únicamente a los pacientes que consultan por motivo médico y se excluye a los ex fumadores en fase de finalización). Tomando pues la cifra mínima, uno de cada 4 pacientes de atención primaria podría requerir una acción específica sobre tabaquismo, ya fuese acción motivacional, tratamiento, seguimiento, prevención de recaídas o fomento de la abstinencia en jóvenes.

Conclusiones

Las cifras obtenidas de fumadores, ex fumadores y nunca fumadores, la distribución por sexo, por edad y por edad y sexo de los fumadores, y la intensidad de tabaquismo son diferentes de las obtenidas en la población general. Pensamos que estas diferencias son debidas a que se trata de poblaciones diferentes y deben tenerse en cuenta a la hora de planificar la atención al tabaquismo.

Encontramos que, de los pacientes que acuden al médico de atención primaria, casi una cuarta parte son fumadores. De ellos, más de la mitad no quiere dejar de fumar y uno de cada 10 estaría preparado para hacerlo.

De los pacientes que acuden al centro de salud, entre un 25 y un 45% podría precisar una atención específica sobre tabaquismo.

Agradecimientos

Queremos agradecer su colaboración a los Dres. Ramón Lliso Tercero, Alfredo Aréchaga Domingo, Rafael Durá Belinchón, Gema Salinas Reyes, Óscar Sánchez Paris, Antonio Roig López de los Mozos, Carmen Plana Andrés, Concepción Faubel Guna, Ana Encinas Corral, María Dolores Marco Macián, Marina Climent Durán, Josep Brines Sala, Esther López Bereguiani y Adoración Gozalvo García.

BIBLIOGRAFÍA

1. US Public Health Service. Treating tobacco use and dependence: a clinical practice guideline. *JAMA* 2000;283:3244-54.
2. Pichot P, López-Ibor JJ, Valdés M, editores. *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1995; p. 255-8.
3. Rodríguez R, Bueno A, Pueyos A, Espigares M, Martínez MA, Gálvez R. Morbilidad y años potenciales de vida perdidos atribuidos al tabaco. *Med Clin (Barc)* 1997;108:212-27.
4. Nerín de la Puerta I, Guillén Gil D, Más Sánchez A. El tabaquismo como problema de salud pública. En: Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita MA, editores. *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Ed. Pavan, 2001.
5. Banegas Banegas JR, Díez Gañán L, Rodríguez-Artalejo F, González Enríquez J, Graciani A, Villar F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med Clin (Barc)* 2001;117:692-4.
6. Peris R, Salinas G, Sánchez O, Brotons B, Sánchez-Tóril F, Pérez JA. Prevalencia, estadio de abandono y carga asistencial del tabaquismo en un centro de salud. *Prev Tab* 2002;4:174-9.
7. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992; 47:1102-14.
8. Jiménez Ruiz CA, Solano Reina S, González de Vega JM, Ruiz Pardo MJ, Flórez Perona S, et al. Normativa para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 1999;35:499-506.
9. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. *Thorax* 1998;53(Suppl 5):1-18.
10. Jiménez CA, Solano S, Barrueco M, y Grupo de Trabajo del Área de Tabaquismo de la SEPAR. Recomendaciones para la organización y funcionamiento de las unidades especializadas en tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2001;37:382-7.
11. *Manuales SEPAR. Tabaquismo*. Madrid: Aula Médica S.A., 1995.
12. Ramón JM, Bou R, Alkiza ME, Romea S, Oromí J, Saltó E, et al. Proceso de cambio y sexo como predictores del abandono del consumo de tabaco. *Arch Bronconeumol* 1999;35:488-93.
13. Jiménez Ruiz CA, Solano Reina S, Alonso Viteri S, Barrueco Ferrero M, Torrecilla García M, Hernández Mezquita M. Harm reduction. A treatment approach for resistant smokers with tobacco related symptoms. *Respiration* 2002;69:452-5.
14. Jiménez Ruiz CA, Barrueco M, Carrión F, Cordovilla R, et al. Intervención mínima personalizada en el tratamiento del tabaquismo. Resultados de un estudio multicéntrico. *Arch Bronconeumol* 1998;34:433-6.
15. Cabezas C. Guías para ayudar a la gente a dejar de fumar. En: *Guías de educación sanitaria y promoción de la salud del PAPS. PAPS-semFYC*, 2000.
16. Alonso JM, Magro R, Martínez JA, Sanz N. Tabaco y atención primaria. En: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, editor. *Libro blanco sobre el tabaquismo en España*. Barcelona: Glosa S.L., 1998; p. 211-25.
17. Torrecilla García M, Plaza Martín MD, Ruano García R. Consejo médico e intervención mínima sistematizada. En: Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita M A, Torrecilla García M, editores. *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Ergon, 2003.
18. Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Díaz-Maroto Muñoz JL, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de Consenso. *Prev Tab* 2002;4:147-55.
19. Becoña Iglesias E, Vázquez González FL. Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Dykinson, 1998; p. 40.
20. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España de 2001. Avance de resultados. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.
21. Labraca JJ, Sánchez A, Orozco D, Sánchez B. ¿Dejan de fumar los pacientes con cardiopatía? *Aten Primaria* 2001;27:150.
22. Canga N, de Irala J, Vara E, Duaso MJ, Ferrer A, Martínez-González MA. Intervention study for smoking cessation in diabetic patients. *Diabetes Care* 2000;23:1455-60.
23. Jimenez CA, Fernando J, Sobradillo V, Gabriel R, Miratvilles M, Fernández-Fau L, et al. Prevalencia y actitudes sobre tabaquismo en población mayor de 40 años. *Arch Bronconeumol* 2000;36: 241-4.
24. Bellido J, Martín JC, Dueñas A, Mena FJ, Arzúa D, Simal F. Hábito tabáquico en una población general: descripción de la prevalencia, grado de consolidación y fase de abandono. *Arch Bronconeumol* 2001;37:75-80.
25. Jiménez CA, Sobradillo V, Miratvilles M, Gabriel R, et al. Análisis del tabaquismo en España a la luz de los resultados del estudio IBERPOC. *Prev Tab* 2000;2:189-93.
26. Jané M, Pardell H, Saltó E, Salleras L. Epidemiología del tabaquismo femenino. Factores determinantes de la iniciación y del mantenimiento. *Prev Tab* 2001;3:147-54.