

Proceso de cambio y sexo como predictores del abandono del consumo de tabaco

J.M. Ramón^{a,b}, R. Bou^a, M.E. Alkiza^a, S. Romea^a, J. Oromí^{a,b}, E. Saltó^{b,c} y Ll. Salleras^{b,c}

^aUnidad de Tabaquismo. Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge. ^bDepartamento de Salud Pública. Universidad de Barcelona.

^cDirecció General de Salut Pública. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.

INTRODUCCIÓN: La combinación de tratamiento farmacológico y soporte conductual ha demostrado su utilidad en la deshabituación tabáquica. El grado de motivación del fumador ha resultado ser de los principales predictores de recaída. En el presente estudio se valoran los resultados de una cohorte de fumadores en relación con su grado de motivación y sexo.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se estudia prospectivamente una cohorte de 1.045 fumadores que entre septiembre de 1993 y septiembre de 1997 acudieron a una unidad especializada. A todos los pacientes se les cumplimentó una historia de tabaquismo y se les catalogó en una de las tres categorías de motivación. La abstinencia se determinó a partir del CO exhalado. Se compararon las tasas de éxitos a los 12 meses entre varones y mujeres entre las distintas fases de motivación, y se estimaron mediante un modelo de regresión logística aquellas variables predictoras de recaída.

RESULTADOS: De los 1.045 pacientes seguían abstinentes a los 12 meses un 24,5%, con unas tasas del 25% entre los varones y del 23,8% entre las mujeres ($p = 0,1$). Ningún fumador en fase consonante seguía abstinentes a los 12 meses. Entre los pacientes en fase de contemplación y acción, las tasas observadas fueron del 24,3 y del 32,4%, respectivamente ($p < 0,001$). Sólo la edad y el grado de motivación fueron los parámetros que de forma independiente se asociaron a la recaída.

CONCLUSIONES: Las estrategias que combinen tratamiento farmacológico, conductual y seguimiento consiguen unas buenas tasas de éxitos.

Palabras clave: Tabaquismo. Deshabituación. Motivación.

(Arch Bronconeumol 1999; 35: 488-493)

Introducción

Actualmente, se puede afirmar que el consumo de tabaco se ha convertido en el factor de riesgo modificable más prevalente en los países industrializados y cada

The chance process and gender as prognostic factors for smokers trying to quit

BACKGROUND: Combining drug and behavioral therapy has proved useful in helping smokers quit. One of the main predictive factors for relapse is a smoker's level of motivation. This study evaluates results in a cohort of smokers in function of motivation and sex.

PATIENTS AND METHODS: This prospective study enrolled 1,045 smokers examined at a specialist unit between September 1993 and September 1997. All patients gave information about smoking history and were classified in one of three levels of motivation. Abstinence was determined by CO exhaled. Twelve months later, we compared the success rates of men and women and of subjects with different levels of motivation. Variables predicting relapse were assessed using logistical regression analysis.

RESULTS: Abstinence had been achieved by 24.5% of the 1,045 patients 12 months later, the rate for men being 25% and the rate for women 23.8% ($p = 0.1$). No smoker in the complacent phase was abstinent at 12 months. The rates were 24.3% and 32.4%, respectively, for smokers in the contemplation and action phases ($p < 0.001$). Only age and degree of motivation were independently related to failure to quit.

CONCLUSIONS: Strategies that combine drug treatment, behavioral therapy and follow-up achieve good rates of success among patients who are motivated to quit smoking.

Key words: Smoking. Cessation. Motivation.

Correspondencia: Dr. J.M. Ramón Torrell.
Unidad de Tabaquismo. 4.ª planta, Antigua Escuela de Enfermería.
Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge.
Feixa Llargà, s/n. 08907 Hospitalet de Llobregat.
Correo electrónico: jmramon@csb.scs.es.

Recibido: 17-3-99; aceptado para su publicación 25-6-99.

año, y sólo en los Estados Unidos, más de un millón de niños y adolescentes se inician en su consumo como influencia de factores culturales, económicos y sociales¹.

Diversos estudios realizados en los Estados Unidos y Europa^{2,3} demuestran que cerca de un 70% de los fumadores activos desean abandonar el hábito, pero la gran mayoría de ellos refieren grandes dificultades en conseguirlo sin ayuda. Estas dificultades están estrechamente ligadas a las propiedades adictivas de la nicotina, y el reconocimiento del uso del tabaco como una adicción es esencial en el manejo efectivo de estos pacientes.

Todas estas afirmaciones remarcan la necesidad de medidas de intervención efectivas sobre los fumadores en las que, entre otras, el fumador sea contemplado como un enfermo susceptible de intervenciones farmacológicas y conductuales que lo lleven a superar su adicción. Existen múltiples métodos y programas para tratar el tabaquismo que varían según la intensidad de la intervención, el ámbito de su aplicación y los tratamientos propuestos⁴.

Los resultados obtenidos en la deshabituación tabáquica son variables según el lugar de aplicación y el tipo de tratamiento utilizado. En unidades especializadas el rango de abstinencia al año se sitúa entre un 14,9 y un 36,2%, siempre en el grupo que recibió tratamiento sustitutivo y dependiendo del estudio⁵.

El abandono del consumo de tabaco debe contemplarse como un proceso determinado por diversas etapas o fases por las cuales pasa el fumador y que están definidas por una serie de actitudes que concluirían en el intento de dejar el consumo. Uno de estos modelos, y posiblemente el más utilizado, sería el propuesto por DiClemente y Prochaska⁶, que distingue entre una etapa precontemplativa, en la cual el paciente se ve como fumador y no quiere dejar el consumo, y unas etapas de contemplación, determinación y acción en las cuales intentará dejar el consumo de tabaco.

En nuestro medio han sido diversas las aproximaciones al tratamiento del tabaquismo utilizando chicles de nicotina o parches transdérmicos en combinación con consejo médico y/o de enfermería en atención primaria y en grupos profesionales⁷⁻¹¹, pero sólo uno de estos estudios⁹, así como el realizado por Jiménez et al¹² en consultas de neumología, intenta medir el grado de motivación de los pacientes.

El objetivo del presente estudio es presentar los resultados de una unidad hospitalaria de tratamiento del tabaquismo y determinar si la fase en el proceso de cambio y el sexo, junto con otras variables basales, son predictores de recaída a los 12 meses.

Pacientes y métodos

Se estudia prospectivamente una cohorte de pacientes fumadores que entre septiembre de 1993 y septiembre de 1997 acudieron a la Unidad de Tabaquismo de la Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge de Hospitalet de Llobregat (Barcelona). A lo largo de este período se recibieron 1.388 solicitudes de tratamiento de las cuales un 8,8% (122) no se incluyen por presentar alguno de los criterios de exclusión establecidos, es decir, enfermedad psiquiátrica mayor (esquizofrenia, trastorno bipolar), adicción actual a otras sustancias y consumo inferior a los 10 cigarrillos día en el último año, o fueron retratamientos en la misma unidad. Un 15,9% (221) de los pacientes no iniciaron el tratamiento o no acudieron a la primera visita estudiándose, finalmente, 1.045 sujetos (75,3%), de los cuales un 33,1% (346) fueron derivados de otras consultas hospitalarias o de asistencia primaria y un 66,9% (699) fueron autorreferenciados.

A todos los pacientes se les cumplimentó, en una primera visita, una historia de tabaquismo que incluía, además de los datos personales y los antecedentes patológicos, los siguientes parámetros: consumo actual y en los últimos seis meses; marca y nivel de nicotina de los cigarrillos; número de intentos

previos y período de máxima abstinencia previo; edad de inicio en el consumo; test de tolerancia a la nicotina; síntomas que presentó en intentos previos y causas que llevaron a la recaída; presencia de otros fumadores en el ámbito familiar; CO en aire exhalado, y peso actual determinado en la consulta utilizando siempre la misma báscula. Por otra parte, el responsable de la primera visita clasificaba al paciente en una de las distintas etapas de preparación para el abandono del consumo descritas por DiClemente y Prochaska y que fueron adaptadas en tres categorías⁶:

1. Precontemplativo (fumador consonante). El paciente actualmente no se plantea el abandono del consumo.

2. Contemplativo. El paciente presenta motivación para abandonar el consumo aunque no se ha fijado una fecha para ello dentro de los próximos tres meses.

3. Acción (etapas de determinación y acción en el modelo original). El paciente se ha fijado una fecha para el abandono dentro de los próximos 3 meses o bien ha disminuido la cantidad consumida o no fuma en el momento de acudir a la consulta.

A partir de la primera visita, y de forma pactada con el paciente, se le citaba un día para iniciar la deshabituación con seguimiento posterior cada 15 días durante los primeros 2 meses y posteriores controles a los 3, 6 y 12 meses. La asignación a un tratamiento determinado no fue randomizada sino basada en protocolos previos¹³, en los cuales los pacientes con puntuaciones iguales o superiores a 6 en el test de Fagerström y en fases de contemplación y acción fueron tratados con PTN a los que se pudo asociar, según el caso y evolución, otros tratamientos. En el caso de pacientes con puntuaciones inferiores a 6 en el test de tolerancia e igualmente en fases de contemplación y acción, se utilizó tratamiento ansiolítico y/o sustitutos de nicotina distintos a los PTN. En cada visita de control se determinaron las concentraciones de CO exhaladas.

La abstinencia fue evaluada en cada control (15, 30, 45, 60, 90, 180 y 365 días) y los sujetos fueron clasificados según su abstinencia continuada o puntual. La abstinencia puntual se estableció a partir de todos aquellos pacientes que no consumieron en los 7 días previos al control y con unas determinadas concentraciones de CO exhalado en el momento de la consulta menores a 10 ppm. Por el contrario, la abstinencia continuada se estableció exclusivamente en aquellos pacientes en los que se confirmaron en cada uno de los controles unas concentraciones de CO exhalado inferiores a 10 ppm y no se produjo ningún consumo a lo largo del período de seguimiento. Se consideró recaída en el caso de pacientes que presentaran concentraciones de CO exhalado iguales o superiores a 10 ppm. Los pacientes que no acudieron a las distintas visitas de control se consideraron recaídas con la excepción de los pacientes que no acudieron al control establecido a los 12 meses, que fueron contactados telefónicamente para conocer su estado y citarlos nuevamente para verificar la abstinencia. En el presente estudio se excluyen los pacientes que se sometieron a retratamiento (38).

Las variables cualitativas entre éxito y recaída se compararon mediante el test de la χ^2 . La comparación de medias se realizó mediante el t-test o test no paramétrico cuando la distribución de la variable no fue normal. En todos los casos se consideró un nivel de significación inferior a 0,05.

La probabilidad de abstinencia continuada en cada período fue estimada mediante el método de Kaplan-Meier y los distintos grupos comparados mediante el *long-rank* test. Los posibles determinantes de recaída se estudiaron mediante un modelo de regresión logística en el cual se incluyeron todas aquellas variables basales que señalaron diferencias estadísticamente significativas en el análisis bivariable.

Resultados

De los 1.045 pacientes tratados, 609 fueron varones (58,3%) y 436 mujeres (41,7%). Las características basales según el sexo se presentan en la tabla 1, en la que se observa que la media de edad de los varones que solicitaron tratamiento fue significativamente superior a la de las mujeres, al igual que la media de consumo de cigarrillos, que fue significativamente superior entre los varones. Sin embargo, la media de edad de inicio del consumo fue significativamente superior entre las mujeres ($p < 0,01$), y el porcentaje de las mismas en fases de menor preparación para el cambio (tabla I) fue, asimismo, ligeramente superior que el observado entre los varones ($p < 0,01$). Al comparar la tasa de éxitos entre varones y mujeres se observan unas tasas similares, tanto

TABLA I
Distribución de las principales características al inicio del estudio según el sexo

Características	Varones (N = 609)		Mujeres (N = 436)		Significación
	N	%	N	%	
Edad (años)					
< 25	38	6,2	35	8,0	
25-44	239	39,2	295	67,7	
45-65	290	47,6	101	23,2	
> 65	42	7,0	5	1,1	
Media ± DE	47,3 ± 11,8		39,3 ± 9,4		$p < 0,01^*$
Cigarrillos/día					
≤ 20	245	40,2	204	46,8	
21-40	294	48,3	201	46,1	
> 40	70	11,5	31	7,1	
Media ± DE	29,5 ± 14,3		27,8 ± 12,4		$p < 0,04^*$
Edad inicio (años)					
< 15	229	37,6	90	20,6	
15-17	242	39,7	186	42,7	
> 17	138	22,7	160	36,7	
Media ± DE	15,6 ± 3,7		17,8 ± 5,2		$p < 0,01^*$
Puntuación para el test de tolerancia					
< 6	49	8,0	41	9,4	
≥ 6	560	92,0	395	90,6	
Media ± DE	8,5 ± 1,7		8,2 ± 1,8		NS**
Número de intentos previos					
Ninguno	168	27,6	130	29,8	
1-2	253	41,5	197	45,2	
> 2	188	30,9	109	28,4	
Media ± DE	2,09 ± 2,7		1,79 ± 2,3		NS**
Período de máxima abstinencia previa					
Nunca	263	43,2	201	46,1	
1-7 días	134	21,3	95	21,8	
8-30 días	82	13,5	57	13,1	
31-90 días	59	9,7	32	7,3	
> 90 días	75	12,3	51	11,7	NS***
Etapas en el proceso de cambio					
Precontemplativa	78	12,8	84	19,2	
Contemplativa	227	37,3	151	34,6	
Acción	304	49,9	201	46,1	$p < 0,01^{***}$

NS: no significativo. *p de significación para el t-test; **p de significación para el test de Mann-Whitney; ***p de significación para el test de la χ^2 .

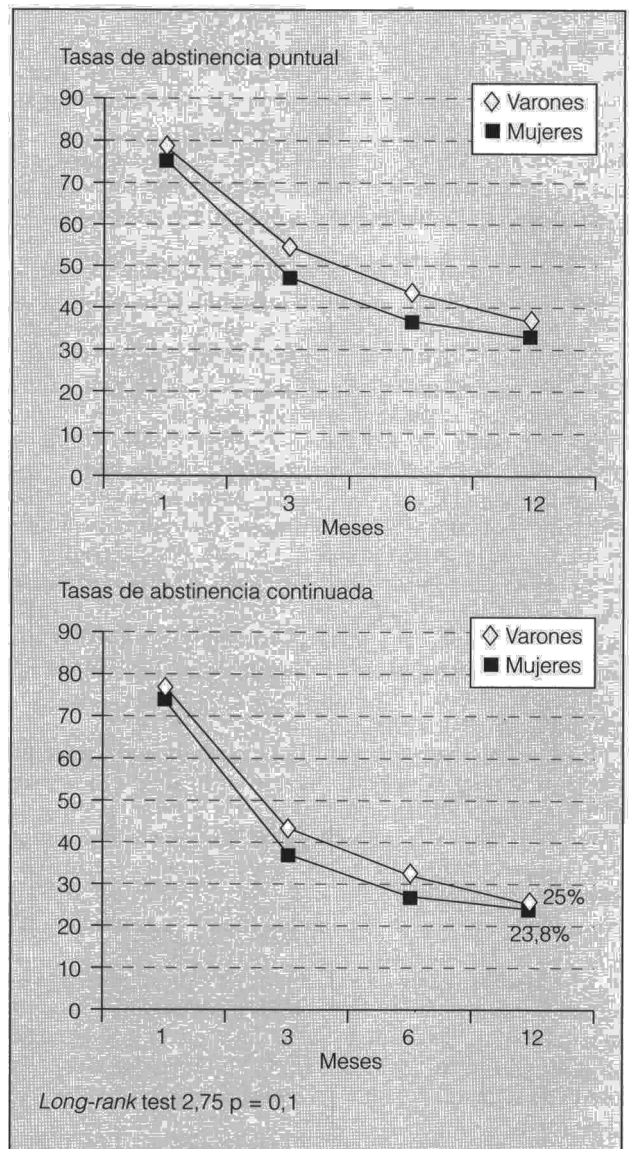


Fig. 1. Tasas de abstinencia puntual y continuada según el sexo.

en la medición continuada como puntual de la abstinencia, a los 12 meses (fig. 1).

Entre los 1.045 pacientes que iniciaron el tratamiento se observaron unas tasas de abstinencia continuada globales a los 12 meses del 24,5% (256/1.045) con unas tasas de abstinencia puntual del 34,3% (359/1.045). Al comparar las principales variables basales entre éxitos y fracasos (tabla II) se observó que la media de edad entre los pacientes que continuaron abstinentes a los 12 meses fue significativamente superior que entre los que recayeron ($p < 0,001$). El período de máxima abstinencia en intentos previos fue igualmente superior entre los éxitos que entre los pacientes que recayeron ($p = 0,017$). De todas formas, el principal predictor de recaída fue la etapa en el proceso de cambio en que fueron, inicialmente, clasificados los individuos. Como se observa en la figura 2, ningún paciente entre los fumadores que permanecieron en la fase de precontemplación

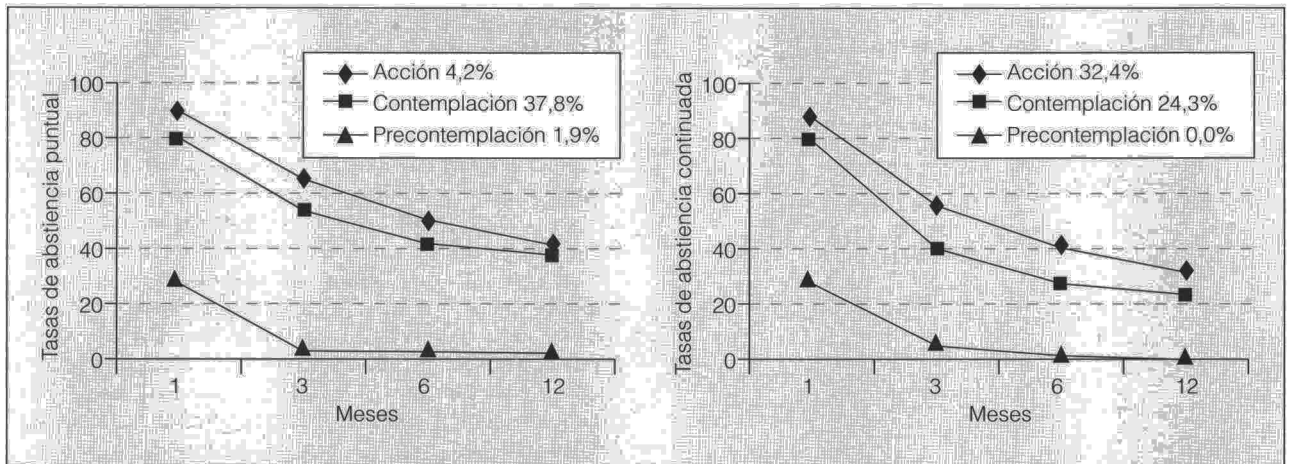


Fig. 2. Tasas de abstinencia puntual y continuada según etapa en el proceso de cambio.

(consonantes) seguía abstinente a los 12 meses. Entre los fumadores contemplativos y en fase de acción, las tasas de abstinencia continuada fueron superiores entre los que se encontraban en fase de acción ($p < 0,001$) con unas tasas al final del período del 24,3 (92/378) y del 32,4% (164/504), respectivamente (fig. 2).

De los 1.045 pacientes atendidos en ese período, 559 (53,5%) recibieron tratamiento sustitutivo mediante parches transdérmicos de nicotina (PTN), independientemente de si se asoció o no otra medicación, y 486 (46,5%) recibieron tratamientos distintos a los PTN o no recibieron tratamiento (fumadores consonantes). Todos los pacientes recibieron soporte conductual individualizado. En el caso de los pacientes tratados con PTN, el mayor porcentaje de recaídas (tabla 3) se observó entre el primer y el tercer mes de iniciada la deshabituación con unas tasas de abstinencia continuada a los 3 meses del 50,3%. Por el contrario, entre el grupo de pacientes que recibió otro tipo de tratamiento (la asignación no fue randomizada y en ese grupo se engloban los pacientes en fase precontemplativa) (tabla 3) la mayor parte de las recaídas se produjeron dentro del primer mes, con unas tasas de abstinencia a los 3 meses del 32,1%. Al final del período de seguimiento las tasas entre los pacientes tratados con PTN fueron del 29,1% en comparación con las del 19,1% observadas en el otro grupo de pacientes (tabla 3).

En el análisis de regresión logística, sólo la fase en el proceso de cambio y la edad fueron factores predictores de abstinencia al año en un modelo que incluía ambas variables, el tiempo máximo de abstinencia previa, el sexo y el tipo de tratamiento recibido (tabla 4).

Discusión

El consumo de tabaco se ha convertido en el principal factor de mortalidad prevenible en nuestro medio y, a pesar de que la prevalencia del mismo ha ido descendiendo en los últimos años¹⁴, el número de fumadores que dejan el hábito no ha variado sustancialmente a pesar de los avances en su tratamiento. Un tratamiento

efectivo del tabaquismo debe combinar medidas farmacológicas y conductuales. Son diversos los autores¹⁵⁻¹⁷ que remarcan la importancia de la etapa en el proceso de cambio en la que se halla el fumador en los resultados obtenidos a medio y largo plazo. En el presente es-

TABLA II
Media y desviación estándar de las principales variables al inicio del estudio según la situación al final del seguimiento

Variables	Recaída (N = 789)		Éxito ^a (N = 256)		Significación
	Media ± DE	Media ± DE	Media ± DE	Media ± DE	
Cigarrillos/día	29,1	14,0	27,9	12,4	0,26 ^b
CO exhalado al inicio (ppm)	19,6	10,6	18,1	11,3	0,14 ^c
Edad (años)	43,3	11,3	46,1	11,9	0,001 ^b
Edad de inicio del consumo	16,5	4,5	16,9	4,7	0,22 ^b
Puntuación test de tolerancia*	8,4	1,7	8,3	1,9	0,27 ^c
Período de máxima abstinencia previa (días)	97,3	283,5	125,1	397,8	0,017 ^c
Número de intentos previos	1,9	2,6	1,9	2,3	0,58 ^c

DE: desviación estándar; ^ase consideran como éxitos el número de pacientes con abstinencia continuada a los 12 meses; ^bnivel de significación para el t-test; ^cnivel de significación para el test no paramétrico de Mann-Whitney; *versión revisada del test de Fagerström de 1993 (19).

TABLA III
Tasas de abstinencia puntual y continuada según el tipo de tratamiento recibido

Mes	Parches transdérmicos (N = 559)		Otros tratamientos* (N = 486)	
	Puntual	Continuada	Puntual	Continuada
1	88,9	87,1	64,4	56,6
3	61,5	50,3	39,3	32,1
6	48,1	36,3	30,9	23,4
12	41,1	29,1	26,5	19,1

*Se engloban los pacientes que recibieron alguno de los siguientes tratamientos sin asociarse a PTN: ansiolítico, antidepresivo, chicle de nicotina, inhalador de nicotina, clonidina y selegilina.

TABLE IV
Odds ratio e intervalos de confianza
para la abstinencia continuada a los 12 meses
entre los fumadores en fase de acción y contemplación
estimadas mediante un modelo de regresión logística*

	N	% de éxitos	OR	(IC del 95%)
Edad (años)				
< 25	60	25,0	1,0**	
25-44	440	26,6	0,96	(0,50-1,80)
45-65	338	31,1	0,82	(0,42-1,50)
> 65	45	42,2	0,43	(0,17-0,98)
Etapas en el proceso de cambio				
Acción	505	32,4	1,0**	
Contemplación	378	24,3	1,65	(1,17-2,32)
Período de máxima deshabituación (días)				
0-4	452	26,9	1,0**	
5-1	135	30,3	0,89	(0,56-1,42)
16-90	165	33,1	0,90	(0,58-1,39)
> 90	131	30,4	1,02	(0,63-1,65)

*En el modelo se incluyeron todas las variables de la tabla, sexo y tratamiento;
 **categoría de referencia.

tudio, se exponen, desde una perspectiva descriptiva y no experimental, los resultados obtenidos en una unidad de tabaquismo que combina el acercamiento farmacológico y conductual en su abordaje terapéutico, basándose, al presentar los resultados, en la fase de cambio en que se hallaban los pacientes en el momento de acudir a la unidad y ser incluidos en el estudio.

Las tasas globales de abstinencia al año en esta serie son parecidas a las obtenidas en diversos estudios randomizados que utilizan exclusivamente sustitutos de nicotina y que se realizaron en unidades especializadas en deshabituación tabáquica⁵. A pesar de que algunos estudios^{16,18} han presentado tasas de abstinencia superiores entre los varones, en comparación con las observadas entre las mujeres, en todos ellos esas diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas. En nuestra serie, las tasas de abstinencia a los 12 meses fueron muy similares para ambos sexos sin observar diferencias estadísticamente significativas. Al comparar varones y mujeres, y con independencia del resultado al final del seguimiento, se observó que las mujeres que acudieron a la unidad de deshabituación fueron más jóvenes, iniciaron el consumo más tarde y fumaban menos que los varones.

La fase dentro del proceso de cambio para abandonar el consumo en que se halla el fumador tiene una gran importancia en la instauración de un tratamiento efectivo y en las tasas de abstinencia observadas a medio y largo plazo. La forma en que son reclutados los pacientes que se someten a diversos tipos de tratamiento, sea o no randomizada su asignación, adquiere una gran importancia, ya que el grado de motivación y la etapa dentro del modelo de cambio en que se hallen puede afectar al resultado final. Son pocos los estudios realizados en nuestro medio que tengan en cuenta la distribución de los pacientes dentro de dichas etapas en la presentación de los resultados obtenidos^{9,12}. En el presente estudio,

los resultados se presentan de forma global y según la fase de preparación para el cambio. En el caso de aquellos pacientes consonantes, la tasa de recaída a los 12 meses fue del 100%, teniendo en cuenta que en su mayoría eran pacientes remitidos con indicación de tratamiento desde la asistencia primaria u otras consultas hospitalarias. A diferencia del estudio de Jiménez et al¹², en el cual se observan unas tasas de abstinencia del 21% entre pacientes en fase de contemplación a los 6 meses, en nuestro estudio se engloban en esta fase aquellos pacientes que persistieron en dicha fase tras motivación y reevaluación a los 6 meses. En un estudio de la Mayo Clinic¹⁶, con pacientes en fases de contemplación y acción, las tasas observadas a los 6 meses tras una intervención mínima y un seguimiento telefónico fueron del 20,3 y del 41,5, respectivamente. En nuestra serie, y a los 12 meses, éstas fueron ligeramente superiores, con un 24,3 y un 32,4% de abstinentes, respectivamente.

Al intentar identificar factores de recaída independientes de la etapa de preparación, sólo la edad persistió como predictor de recaída a los 12 meses con unas mejores tasas de éxitos a medida que se incrementa la edad en comparación a otros autores¹⁵, que han observado que aquellos pacientes de menos de 50 años de edad estaban más motivados y con mejores tasas de éxitos que aquellos de 50 o más años de edad. Este efecto de la edad fue independiente del tipo de tratamiento establecido. De todas formas, 359 (34,4%) de los 1.045 sujetos estudiados presentaban algún tipo de patología de base con una mayor prevalencia en los grupos de mayor edad. Cuando se analizó (datos en fase de preparación) el papel de la patología que presentaban los fumadores como predictor de éxito a los 12 meses, no se observaron diferencias significativas con respecto a los pacientes sanos, en su mayoría autorreferenciados. El número de intentos previos y la duración de la abstinencia en los mismos no fueron factores relacionados con la recaída.

El principal hallazgo de este estudio, y con todas las limitaciones de un diseño no experimental, es el establecimiento de que la etapa en el proceso de cambio en el que se halla el fumador es el principal factor asociado a las recaídas, observándose diferencias entre aquellos pacientes en fase contemplativa y de acción y no tan sólo entre los pacientes consonantes. Las estrategias de tratamiento del tabaquismo basadas en su protocolización según la fase de cambio y el grado de dependencia nicotínica, en las cuales se combinen tratamientos farmacológicos con apoyo y consejo conductual y un seguimiento de los pacientes dentro de un contexto de unidad hospitalaria, consiguen unas buenas tasas de abstinencia a los 12 meses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Warner KE. The economics of tobacco. En: Orleans CT, Slade J, editores. Nicotine addiction. Principles and management. Nueva York: Oxford University Press, 1993; 46-58.
2. Fisher AC, Lichtenstein E, Haire-Joshin D. Multiple determinants of tobacco use and cessation. En: Orleans CT, Slade J, editores. Nicotine addiction. Principles and management. Nueva York: Oxford University Press, 1993; 59-88.

3. McKennell AC, Thomas RK. Adults' and adolescents' smoking habits and attitudes. Londres: Government Social Survey, HMSO. 1987.
4. Pardell H, Saltó E, Salleras LI. Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 1996.
5. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lodhe M. Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *Lancet* 1994; 343:139-142.
6. DiClemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of process of change, of cessation and maintenance. *Addict Behav* 1982; 7: 133-142.
7. Nebot M, Soler-Vila M, Martín-Cantera C, Birules-Pons M, Oller-Colom M, Sala-Carbonell E et al. Efectividad del consejo médico para dejar de fumar: evaluación del impacto al año de la intervención. *Rev Clin Esp* 1989; 184: 201-205.
8. Nebot M, Cabezas C. Does nurse counseling or offer of nicotine gum improve the effectiveness of physician smoking-cessation advice? *Family Practice Research Journal* 1992; 12: 263-270.
9. Martín C, Córdoba R, Jané C, Nebot M, Galán S, Aliaga M et al. Evaluación a medio plazo de un programa de ayuda a los fumadores. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 744-748.
10. Jiménez CA, Florez S, Ramos A, Ramos L, Solano S, Fornies E. Smoking cessation with a 16-h nicotine patch: results in a group of workers. *Eur Respiratory Journal* 1997; 10: 573-575.
11. Quílez C, Hernando L, Rubio A, Estruch J, Fornes MV, y grupo de trabajo. Tratamiento del tabaquismo con chicle de nicotina en atención primaria. Estudio a doble ciego. *Rev Clin Esp* 1992; 192: 157-161.
12. Jiménez CA, Barruero M, Carrión P, Cordovilla R, Hernández I, Martínez E et al. Intervención mínima personalizada en el tratamiento del tabaquismo. Resultados de un estudio multicéntrico. *Arch Bronconeumol* 1998; 34: 433-436.
13. Ramón JM, Oromí J. Modelo de tratamiento del tabaquismo. *Clin Invest Arterioesclerosis* 1995; 7: 157-165.
14. Pardell H, Saltó E, Tresserras R, Juncà S, Fernández E, Vicente R et al. La evolución del hábito tabáquico en Cataluña, 1982-1994. *Med Clin (Barc)* 1996; 109: 125-129.
15. Kviz FJ, Clark MA, Crittenden KS, Freels S, Warnecke RB. Age and readiness to quit smoking. *Prev Med* 1994; 23: 211-222.
16. Rohren CL, Croghan IT, Hurt RD, Offord KP, Marusic Z, McClain FL. Predicting smoking cessation outcome in a medical center from stage of readiness: contemplation vs action. *Prev Med* 1994; 23: 335-344.
17. Spoth R. Smoking cessation program preferences associated with stage of quitting. *Addict Behav* 1991; 16: 427-440.
18. Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A, Lynn WR, Pechacek TF, Hartwell TD. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tobacco Control* 1997; (Supl): 57-62.
19. Tate JC, Schmitz JM. A proposed revision of Fagerström Tolerance Questionnaire. *Add Behav* 1993; 18: 135-143.