

Perfil de los fumadores que solicitan tratamiento en una unidad de tabaquismo

I. Nerín^a, A. Crucelaegui^b, A. Mas^b y D. Guillén^b

^aDepartamento de Medicina y Psiquiatría. Unidad de Tabaquismo FMZ. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza. España.

^bEspecialistas en Medicina de Familia y Comunitaria. Unidad de Tabaquismo FMZ. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza. España.

OBJETIVOS: El tratamiento del tabaquismo incluye diversas intervenciones terapéuticas que han demostrado ser eficaces, desde el consejo mínimo hasta la atención intensiva. El objetivo de nuestro trabajo es conocer las características que presenta la población de fumadores que actualmente solicitan tratamiento de deshabituación tabáquica en una unidad de tabaquismo.

MÉTODO: Estudio descriptivo observacional. La población objetivo fueron los fumadores que acuden a una unidad de tabaquismo para deshabituación tabáquica. Se estudiaron las siguientes variables: sexo, edad, procedencia, estado civil, nivel de formación, edad de primer consumo de tabaco y de consumo regular y tiempo transcurrido entre ambos, grado de dependencia a la nicotina (test de Fagerström), número de cigarrillos-día, número de años de fumador, consumo de otras sustancias con capacidad de originar adicción (alcohol, cafeína, psicofármacos, otras drogas), presencia de patología concomitante, intentos previos de cesación, motivos actuales de abandono y determinación de monóxido de carbono en aire espirado. A todos los fumadores incluidos en la lista de espera se les realizó una historia de primer día en la que se recogían las variables de estudio y se les incluía en un programa de deshabituación tabáquica en grupo, mediante tratamiento multicomponente (farmacológico y terapia cognitivo-conductual) a lo largo de 3 meses. Se presentan los resultados como proporciones y medias con sus desviaciones estándar (DE) y sus intervalos de confianza (IC) del 95%.

RESULTADOS: Se estudió a 385 fumadores 239 [62%] varones y 146 [38%] mujeres, con una edad media de 43,05 años (DE, 9,07). La dependencia media a la nicotina (test de Fagerström) fue de 6,05 (DE, 2,19); media de cigarrillos/día, 25,9 (DE, 12,11); media de número de años de fumador, 25,3 años (DE, 9,04), y media de monóxido de carbono, 39,30 (DE, 25,18). En cuanto a la presencia de patología asociada, el 27,5% de los pacientes presentaba bronquitis crónica, y el 15%, factores de riesgo cardiovascular asociados. El 72% había tenido intentos previos de cesación; los motivos actuales para dejar de fumar eran la prevención de enfermedades (38%), la conciencia de dependencia (20%) y el papel ejemplar para los hijos (10%).

CONCLUSIONES: Actualmente los fumadores que acuden a una unidad de tabaquismo son adultos jóvenes, en fase de preparación, con alto grado de dependencia y con escasa prevalencia de síntomas. En un futuro se prevé que la población que solicite tratamiento especializado se modifique, con la incorporación de fumadores con patología o características específicas.

Palabras clave: Tabaquismo. Deshabituación tabáquica. Unidad de tabaquismo.

Profile of smokers who seek treatment at a smoking cessation clinic

OBJECTIVES: The variety of smoking cessation therapies that have proven effective ranges from simple counseling to intensive interventions. The objective of our study was to identify the characteristics of smokers who currently seek treatment at a smoking cessation clinic.

METHODS: Descriptive observational study. The target population consisted of smokers who sought treatment at a smoking cessation clinic. The following variables were studied: sex; age; referral source; marital status; educational level; age at which smoking began, age at which it became a regular habit and the time elapsed between the two moments; level of nicotine dependence (Fagerström Test for Nicotine Dependence); number of cigarettes per day; number of years smoking; use of other potentially-addictive substances (alcohol, caffeine, psychotropic medications and other drugs); presence of concomitant disease; previous attempts to quit smoking; current reasons for smoking cessation; and concentration of expired air carbon monoxide (CO). An initial medical history was taken from each smoker on the waiting list for treatment at the clinic in order to gather data on the study variables; these individuals were then enrolled in a 3-month group smoking cessation program that utilized both medication and cognitive-behavioral therapy. The results are presented in percentages and means with standard deviations (SD) and 95% confidence intervals (CI).

RESULTS: 385 smokers were studied—239 (62%) men and 146 (38%) women—the average age being 43.05 years (SD: 9.07). Mean nicotine-dependence (Fagerström Test score) was 6.05 (SD: 2.19); mean number of cigarettes per day:

Correspondencia: Dra. I. Nerín.
 Departamento de Medicina y Psiquiatría. Facultad de Medicina, edificio B.
 Domingo Miral, s/n. 50009 Zaragoza. España.
 Correo electrónico: isabelne@posta.unizar.es

Recibido: 1-8-2002; aceptado para su publicación: 12-10-2002.

25.9 (SD: 12.11); mean number of years as a smoker: 25.3 (SD: 9.04); and mean expired air CO: 39.30 (SD: 25.18). Associated disease was present as chronic bronchitis for 27.5% and cardiovascular risk factors for 15%. Previous attempts to quit smoking were reported by 72%; the reasons for the present attempt to quit smoking were the prevention of disease (38%), awareness of dependence (20%) and parental desire to serve as a positive role model for children (10%).

CONCLUSIONS: At present, the smokers who attend a smoking cessation clinic are young, severely-dependent adults in the initial stage of preparing to quit. The prevalence of symptoms in this population is low. The profile of the population seeking specialized smoking cessation treatment is expected to change in the future as those with smoking-related diseases and other specific populations of smokers become included.

Key words: *Smoking. Smoking cessation. Smoking cessation clinic.*

Introducción

El tratamiento del tabaquismo incluye diversas intervenciones terapéuticas que han demostrado ser eficaces, desde el consejo mínimo hasta la atención intensiva con utilización de fármacos, bien terapia sustitutiva con nicotina (TSN) bien bupropión, junto con apoyo psicológico cognitivo-conductual¹⁻⁵.

Actualmente se considera el tabaquismo como una enfermedad crónica, puesto que es un proceso que perdura en el tiempo con situaciones de mejoría (abstinencia) y con elevada tendencia a las recaídas¹. Al igual que otros problemas de salud crónicos, el abordaje de este problema de salud debe incluir la participación tanto de la asistencia primaria como de la especializada. Dentro de la asistencia primaria existen diversos protocolos⁶ que establecen las características de la población de fumadores que pueden beneficiarse de las intervenciones propias de este ámbito.

Respecto a los niveles de intervención, y siguiendo con el paralelismo establecido con otros problemas crónicos de salud, es obligado también establecer el nivel de asistencia especializada, que estaría representado por las unidades de tabaquismo. En la actualidad, existe escasa experiencia en relación con estas unidades, y aunque en nuestro país ya existen recomendaciones para su organización y funcionamiento⁷, no están todavía contempladas dentro del sistema de salud público, salvo en algunas comunidades autónomas en las que se están poniendo en marcha.

El consumo de tabaco es la primera causa de morbimortalidad prevenible en los países desarrollados⁸. En España el 34% de la población adulta mayor de 16 años es fumadora, según la última Encuesta de Salud de 2001 realizada por el Ministerio de Sanidad⁹. Esta elevada prevalencia, junto con el enorme coste que supone la patología relacionada con su consumo, obliga a establecer intervenciones terapéuticas cuyo objetivo sea disminuir el número de fumadores. Tal como han esta-

blecido algunos autores^{2,10}, el tratamiento de los fumadores constituye una intervención prioritaria dentro de las políticas de control del tabaquismo, ya que incide directamente sobre las consecuencias del consumo de tabaco; es decir, puede modificar la morbilidad y la mortalidad de una población, y por tanto es la intervención más rentable a corto plazo; ello justifica el desarrollo de servicios terapéuticos accesibles a todos los niveles.

El objetivo de nuestro trabajo es describir el perfil de la población de fumadores que acuden a una unidad de tabaquismo y contribuir a establecer los criterios de intervención dentro de la atención especializada.

Material y métodos

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo observacional. La población diana de este estudio está constituida por los fumadores que acuden voluntariamente a la Unidad de Tabaquismo de la Facultad de Medicina de Zaragoza (FMZ). Dicha unidad está ubicada en la Facultad de Medicina y, en función de convenios entre la Universidad de Zaragoza, el Gobierno de Aragón y la Mutua de Accidentes de Zaragoza, oferta tratamiento gratuito a todos los fumadores que lo solicitan a petición propia o enviados por cualquier facultativo. Los pacientes proceden, pues, de población general, urbana, y son remitidos a la unidad bien desde el entorno laboral, derivados por su médico de empresa, bien desde atención primaria a través de su médico de familia, bien a petición propia; en todos los casos el acceso a la unidad es directo por parte del fumador mediante consulta telefónica.

Las variables estudiadas son las siguientes: sexo, edad, procedencia, estado civil, nivel de formación, edad del primer consumo de tabaco, edad de consumo regular y tiempo transcurrido entre ambos, grado de dependencia a la nicotina (medida con el test de Fagerström modificado)¹¹, número de cigarrillos-día, número de años de fumador, consumo de otras sustancias con capacidad de originar adicción (alcohol, caféina, psicofármacos, otras drogas), presencia de patología concomitante, intentos previos de cesación, motivos actuales de abandono y determinación de monóxido de carbono en aire espirado.

A todos los pacientes que acceden a la unidad de tabaquismo y solicitan tratamiento de deshabituación se les incluye en una lista de espera; posteriormente se les cita para realizar una historia de primer día en la que se recogen las variables de estudio, se determinan el peso, la presión arterial y cooximetría, y se les incluye en un programa de tratamiento multicomponente (farmacológico y psicológico). La prescripción del tratamiento farmacológico es pactada en todos los casos con el fumador y se realiza según el grado de tabaquismo diagnosticado previamente en la entrevista individual; se utiliza TSN de forma combinada (sustitutivos de acción corta y/o de acción transdérmica) o bupropión, según la existencia o no de contraindicaciones y de las características personales del fumador.

Se ha considerado criterio de exclusión para realizar tratamiento multicomponente en grupo la presencia de enfermedades psiquiátricas con sintomatología aguda en el momento actual y la coincidencia de otra drogodependencia activa.

La determinación de monóxido de carbono en aire espirado (CO) se efectúa mediante cooxímetro, modelo Mini Smokerlyzer (Bedfont Scientific Ltd.), considerando cifras de fumador aquellas que sean superiores a 10 ppm¹².

La dependencia a la nicotina, medida con el test de Fagerström, se considera baja con una puntuación de 0 a 3;

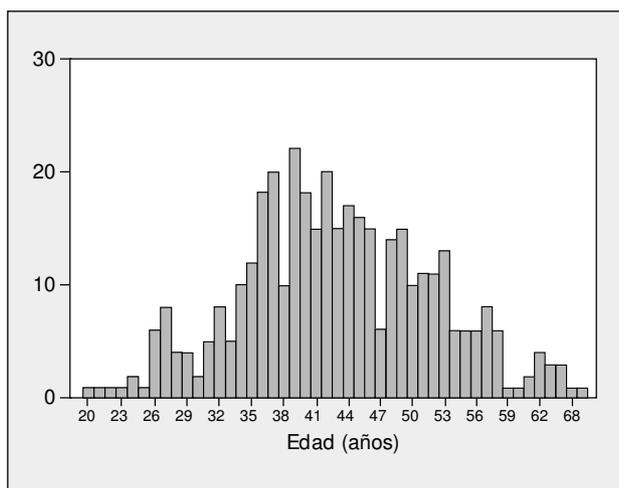


Fig. 1. Distribución de los pacientes por edad (los datos se expresan en porcentajes).

media entre 4 y 6, y alta si es mayor de 7¹³.

Para el análisis estadístico y explotación de los datos obtenidos se configuró una base de datos en el programa SPSS bajo entorno Windows®. Los resultados se presentan como proporciones y como medias con sus desviaciones estándar (DE) y con sus intervalos de confianza (IC) del 95%.

Resultados

La muestra estudiada está formada por 385 individuos –239 (62%) varones y 146 (38%) mujeres–, con una edad media de 43,05 años (DE: 9,07; IC del 95%, 42,14-43,96 años); la distribución de la muestra según la edad se representa en la figura 1.

El 67,3% de la muestra procedía del entorno laboral, un 17,4% fue derivado de asistencia primaria y el resto (15,3%) acudió a la unidad a petición propia. La mayoría (72,5%) de los fumadores atendidos estaban casados y el 83% de ellos tenían hijos. En cuanto al nivel de formación, el 33% tenía estudios primarios (estudios básicos o primarios), el 39% había cursado estudios medios (bachillerato o formación profesional), y el 28% restan-

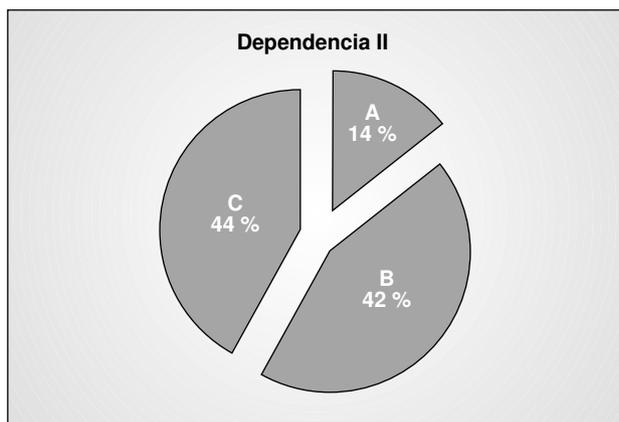


Fig. 2. Grado de dependencia física a la nicotina. A: dependencia baja (0-3). B: dependencia moderada (4-6). C: dependencia alta (> 7).

te, estudios universitarios.

El 92% de los fumadores tuvieron su primer consumo de tabaco en el intervalo de edad comprendido entre los 8 y los 20 años de edad, con una edad media de 14,83 años (DE: 4,27; IC del 95%, 14,40-15,27 años). La edad de comienzo de consumo regular de tabaco tiene un valor medio de 17,7 años (DE: 4,59; IC del 95%, 17,32-18,25 años). El intervalo de tiempo transcurrido desde el primer consumo de tabaco hasta el consumo regular tiene un valor medio de 3 años (DE: 3,01; IC del 95%, 2,69-3,30 años).

La dependencia a la nicotina medida con el test de Fagerström tiene un valor medio de 6,05 puntos (DE: 2,19; IC del 95%, 5,83-6,27); el 14% de la muestra presentaba una dependencia baja (0-3); el 42%, moderada (4-6), y el 44%, alta (superior a 7) (fig. 2). Al analizar los ítems del test de Fagerström de forma aislada, el 32,1% de los pacientes tardaba menos de 5 min en fumar su primer cigarrillo al levantarse por la mañana y el 35,5% fumaba más de 30 cigarrillos-día.

El número de cigarrillos consumidos por día tiene un valor medio de 25,9 (DE: 12,11; con un IC del 95%, 24,74-27,18 cigarrillos-día), y el número de años de fumador tiene un valor medio de 25,3 años (DE: 9,04); el valor medio de monóxido de carbono en aire espirado, mediante cooximetría, en el momento de realización de la historia clínica (momento en el que estaban consumiendo tabaco) es de 39,30 ppm (DE: 25,18; IC del 95%, 36,75-41,84 ppm).

El consumo asociado de otras sustancias que tienen la capacidad de crear adicción ofrece los siguientes resultados: el consumo de bebidas alcohólicas a diario se daba en el 26% de la muestra, el consumo de cafeína diario en el 92% de los fumadores atendidos y el 18% de ellos consumía psicofármacos en el momento de la entrevista inicial. El 7% de los pacientes habían experimentado con otras drogas (marihuana, cocaína), aunque en ningún caso eran consumidores en el momento actual.

En cuanto al estudio de la patología asociada en esta muestra de fumadores, el 27,5% cumplía criterios de bronquitis crónica, el 9% presentaba antecedentes de úlcera gástrica no activa en el momento de la historia y el

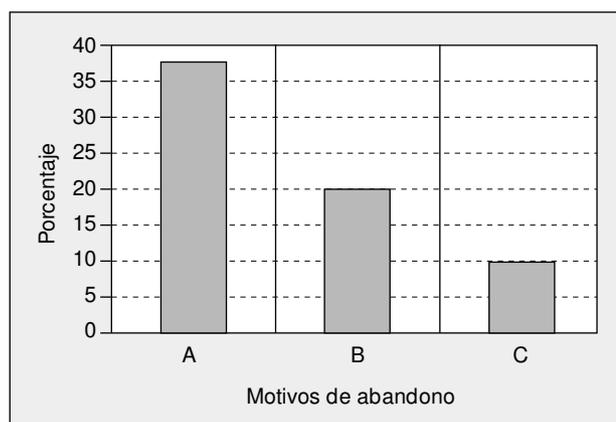


Fig. 3. Motivos de abandono. A: prevención de enfermedades. B: conciencia de dependencia. C: modelo para los hijos.

15% presentaba factores de riesgo cardiovascular.

El 72% de los fumadores atendidos habían hecho intentos previos de cesación tabáquica; de éstos, 122 individuos (46%) lo habían intentado en una sola ocasión, siendo ésta la situación más frecuente. Los motivos más frecuentes por los que querían dejar de fumar eran los siguientes: la prevención de enfermedades en el 38%, la conciencia de dependencia en el 20% y el papel ejemplar para los hijos en un 10% (fig. 3).

Discusión

La población atendida en esta Unidad de Tabaquismo es heterogénea en cuanto a su procedencia al acceder desde diferentes servicios de salud (medicina de empresa, atención primaria) o a petición propia, por lo que pensamos es representativa de la población de fumadores que actualmente desean dejar de fumar. El hecho de que el mayor número de fumadores proceda del entorno laboral se debe a que cronológicamente fue el medio en el que la Unidad de Tabaquismo FMZ inició su actividad. Todos ellos, independientemente de la procedencia, acceden de manera voluntaria al mismo servicio, que en todos los casos es gratuito, sin tener en cuenta el tratamiento farmacológico, cuyo coste corre a cargo del fumador, al no estar incluido en el Servicio Público de Salud en el momento actual.

El hecho de que la solicitud de tratamiento sea personal mediante consulta telefónica y la posterior inclusión en una lista de espera pueden actuar como mecanismo discriminador respecto a los fumadores que no están en fase de preparación o acción, es decir, suficientemente motivados para dejar de fumar, según los estadios de cambio propuestos por Prochazka y DiClemente¹⁴. En cualquier caso, todos los fumadores eligen fecha para dejar de fumar el día que se les realiza la historia clínica, lo cual también se ha definido como un criterio correspondiente a la fase de preparación¹³.

La edad media del grupo de fumadores atendidos es de 43 años y la mayoría de ellos no presentan patología relacionada con el consumo de tabaco. Una cuarta parte (27,5%) cumple criterios de bronquitis crónica, cifra inferior a la descrita en fumadores¹⁵, aspecto que probablemente está relacionado directamente con la media de edad del grupo estudiado; por ello, en general podemos definirla como una población de adultos jóvenes fumadores sin patología. Un estudio realizado en nuestro país¹⁶ sobre el abandono del consumo de tabaco establece características muy diferentes respecto a la población que deja de fumar; diferencias que deben atribuirse a la metodología utilizada, ya que las variables de dicho estudio son extraídas de manera indirecta del análisis de la Encuesta Nacional de Salud y referidas a la población de ex fumadores. Por tanto, la población diana no coincide con la estudiada por nosotros y por ello no resulta válida para establecer comparaciones.

En cuanto al consumo de psicofármacos, en población general se ha descrito una prevalencia discretamente inferior (14%)^{17,18} a la encontrada por nosotros (18%), que se podría relacionar con diferentes aspectos descritos acerca de rasgos emocionales y de personalidad descritos

en los fumadores y que todavía no son bien conocidos¹⁹.

La mayor proporción de varones respecto a las mujeres en la muestra estudiada refleja la tendencia actual de que son los varones los que dejan de fumar en mayor número; este aspecto corresponde al estadio III del modelo epidemiológico descrito por López et al²⁰, en el que se sitúa España y que ha sido recogido recientemente entre la población de Cataluña^{21,22}.

Respecto a las características relacionadas con el consumo observamos que la edad media de inicio es de 14,8 años (entre los 8 y los 20 años), con un intervalo medio de 3 años entre el consumo inicial y el consumo regular, datos que coinciden con lo publicado en la bibliografía^{23,24}.

El grado de dependencia a la nicotina, evaluado con el test de Fagerström, se puede clasificar en conjunto como moderado (valor medio de 6)¹², aunque el estudio de la población, según el valor del mismo test, indica que sólo una minoría (14%) presenta una dependencia baja y que la mayoría de la población estudiada tiene una dependencia moderada o alta, aspecto que se corresponde con la cifra media de monóxido de carbono encontrada (39,3). En este sentido se ha postulado que los fumadores que tienen baja dependencia a la nicotina son capaces de dejar de fumar sin ayuda, y los que tienen una dependencia a la nicotina más elevada son los que solicitan tratamiento²⁵.

Al analizar los dos ítems con más peso dentro de dicho test²⁶ (tiempo transcurrido hasta fumar el primer cigarrillo y número de cigarrillos-día) observamos que una tercera parte de los fumadores estudiados fuma su primer cigarrillo en los primeros 5 min y consume más de 30 cigarrillos-día (32 y 35,5%, respectivamente); este dato resulta de interés puesto que perfila todavía más el grado de dependencia y refleja que una tercera parte de la población atendida presenta una dependencia a la nicotina calificada de severa por algunos autores²⁷. Este aspecto podría estar relacionado con la edad media de la población estudiada (43 años) y concuerda con un estudio reciente realizado en población europea que recoge que es precisamente en el rango de edad de 35 a 65 años donde se sitúan los fumadores con mayor dependencia a la nicotina²⁸.

Respecto a los intentos previos, la mayoría (72%) había intentando dejar de fumar con anterioridad, lo que se puede interpretar como un alto grado de disonancia y corresponde a una población que, en general, está en fase de preparación para dejar de fumar²⁹. En relación con los motivos de abandono que condicionan el cambio, observamos que el más frecuente sigue siendo la prevención de enfermedades, al igual que han recogido otros autores³⁰, pero también aparecen la conciencia de dependencia y el papel ejemplar para los hijos con porcentajes considerables. El conocimiento de los motivos puede resultar útil para planificar intervenciones con mensajes concretos relacionados con la salud pública y con las políticas de control y prevención.

La población atendida por esta unidad no está seleccionada previamente según los criterios descritos que perfilan el grupo de fumadores subsidiarios de tratamiento especializado⁷, aunque tal como demuestran los resultados se trata de una población de adultos jóvenes con alta dependencia y motivación, pero sin patología

concomitante.

En un futuro próximo el desarrollo de niveles estructurados de intervención en tabaquismo que contemplen la asistencia a fumadores dentro de la atención primaria y especializada, como cualquier otro problema crónico de salud³¹, producirá una mayor selección de la población que acceda a las unidades especializadas, incrementándose el número de fumadores con patología (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatías, pacientes psiquiátricos) y sumándose otros grupos de fumadores con características especiales, como puedan ser embarazadas, fumadores de edades avanzadas, entre otros, que en la actualidad no representan un porcentaje significativo dentro de la población atendida por dichas unidades. Por otro lado, las escasas publicaciones relacionadas con las unidades de tabaquismo y las intervenciones intensivas han establecido su eficacia³²⁻³⁵. Todo ello obligará a modificar los recursos destinados para configurar los servicios específicos de atención especializada, que por otra parte ya se contemplan en un documento reciente del Ministerio de Sanidad y Consumo³⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. A US Public Health Service Report. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. *JAMA* 2000;283:3244-54.
2. Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *Br Med J* 2000;321:355-7.
3. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000;55:987-99.
4. Russell MAH, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners' advice against smoking. *Br Med J* 1979;2:231-5.
5. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AH, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999;340:685-91.
6. Subías Loren PJ, García-Mata JR, Pérula de Torres L y Grupo de evaluación del PAPPS. Efectividad de las actividades preventivas analizada en el ámbito de centros de salud adscritos al Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la semFYC. *Aten Primaria* 2000;25:383-9.
7. Jiménez-Ruiz CA, Solano S, Barrueco M, De Granda JJ, Lorza JJ, Alonso S, et al. Recomendaciones para la organización y funcionamiento de las unidades especializadas en tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2001;37:382-7.
8. World Health Organization. Tobacco or health: a global status report. Geneva: WHO, 1997.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2001. Avance de resultados. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.
10. Raw M. Fighting tobacco dependence in Europe. *Nature Medicine* 2001;7:13-4.
11. Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström tolerance nicotine questionnaire. *J Behav Med* 1989;12:159-82.
12. Jarvis M, Russell MAH, Salojee Y. Expired air carbon monoxide. A simple breath test for tobacco smoke intake. *Br Med J* 1980;281:484-5.
13. Grupo de Trabajo de Tratamiento del Tabaquismo del Área de Tabaquismo SEPAR. Normativa para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 1999;35:499-506.
14. Prochazka J, DiClemente CC. Stages and process of self change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:390-5.
15. Álvarez-Sala JL, Cimas E, Masa JF, Miravittles M, Molina K, Naberan P, et al. Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 2001;37:269-78.
16. García A, Hernández I, Álvarez-Dardet C. El abandono del hábito tabáquico en España. *Med Clin (Barc)* 1991;97:161-5.
17. Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Subdirección general de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
18. Carrasco P, Astasio P, Ortega P, Jiménez R, Gil A. Factores asociados al consumo de fármacos psicotrópicos en la población adulta española. Datos obtenidos a partir de las Encuestas Nacionales de Salud de España de los años 1993, 1995 y 1997. *Med Clin (Barc)* 2001;116:324-9.
19. Casas Anguita J, Lorenzo Martínez S, López Lizana JP. Tabaquismo. Factores implicados en su adquisición y su mantenimiento. *Med Clin (Barc)* 1996;107:706-10.
20. López AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control* 1994;3:242-7.
21. Jané M, Saltó E, Pardell H, Tresserras R, Guayta R, Taberner JL, et al. Prevalencia del tabaquismo en Cataluña, 1982-1998: una perspectiva de género. *Med Clin (Barc)* 2002;118:81-5.
22. Villalbí JR, Pasarín MI, Nebot M, Borrell C. Mortalidad por cáncer de pulmón: inicio de declive en los varones de Barcelona. *Med Clin (Barc)* 2001;117:727-31.
23. Marín Tuyà D. Tabaco y adolescentes: más vale prevenir. *Med Clin (Barc)* 1993;100:497-500.
24. Barrueco M, Cordobilla R, Hernández-Mezquita MA, De Castro J, González JM, Rivas P, et al. Diferencias entre sexos en la experimentación y consumo de tabaco por niños, adolescentes y jóvenes. *Arch Bronconeumol* 1998;34:199-203.
25. Fagerström KO, Kunze M, Schoberberger R, Breslau N, Hughes JR, Hurt RD, et al. Nicotine dependence versus smoking prevalence: comparisons among countries and categories of smokers. *Tob Control* 1996;5:52-6.
26. Fagerström KO. Fagerström Consulting. Nicotine dose selection using "time to first cigarette". Actas de Fourth European Conference of the Society for Research on Nicotine and Tobacco. Improving knowledge and treatments of nicotine addiction. Abstracts book, p. 22. Santander, octubre 2002.
27. Kunze M, Schoberberger R, Fagerström KO. Epidemiology of nicotine dependence. En: Proceedings, future directions in nicotine replacement therapy. 1993, October, Paris. Chester: Adis International, 1994; p. 58-62.
28. Boyle P, Gandini S, Robertson C, Zatonski W, Fagerström K, Slama K, et al. Characteristics of smokers' attitudes towards stopping. *Eur J Public Health* 2000;10:5-14.
29. Becoña E. Estadios de cambio en la conducta de fumar: su relevancia en el tratamiento de fumadores. *Prev Tab* 2000;2:106-12.
30. Becoña Iglesias E, Lino Vázquez F. Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Dykinson, 1998.
31. Córdoba-García R, Nerín I. Niveles de intervención clínica en tabaquismo. ¿Son necesarias las consultas específicas en atención primaria? *Med Clin (Barc)* 2002;119:541-9.
32. Evidence Based Recommendations on the treatment of tobacco dependence. WHO Regional Office for Europe. Geneva: WHO, 2001.
33. Hajek P, West R. Treating nicotine dependence: the case for specialist smokers' clinics. *Addiction* 1998;93:637-40.
34. Nardini S. The smoking cessation clinic. *Monaldi Arch Chest Dis* 2000;55:495-501.
35. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. *Br Med J* 1999;318:182-5.
36. Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2002-2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001.