

Tabaquismo en sanitarios. Identificación de factores asociados

F. Carrión Valero, J. Hernández Llopis* y P. Plaza Valía**

Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario. *Unidad de Hospitalización Domiciliaria. **Servicio de Neumología. Hospital Doctor Peset. Valencia.

El objetivo de este estudio ha sido conocer la epidemiología del tabaquismo en los profesionales sanitarios de nuestro medio e identificar sus características.

Para ello desarrollamos una encuesta anónima a 566 sanitarios de la Comunidad Valenciana (248 médicos, 212 ATS y 106 auxiliares de clínica).

Los resultados han sido: *médicos*: 46,4% fumadores, 25,4% no fumadores y 28,2% ex fumadores. La mayoría (69,3%) consumen 11-20 cigarrillos/día. El 93% tiene baja puntuación del test de Fagerström, y el 57,3% ha realizado más de 5 intentos para dejar de fumar. La probabilidad de ser ex fumador crece al aumentar la edad ($r_s = 0,158$; $p = 0,012$) y con el aumento del número de intentos para dejarlo ($r_s = 0,170$; $p = 0,021$). *ATS*: 34,4% fumadores, 36,3% no fumadores y 29,2% ex fumadores. El 91,8% tiene poca dependencia física a la nicotina, y el 83% de fumadores y ex fumadores ha realizado, al menos, un intento para dejar de fumar. *Auxiliares de clínica*: 32% fumadores, 42,5% no fumadores y 25,5% ex fumadores. El 79,4% presenta poca dependencia, y el 78,7% ha intentado dejar de fumar en alguna ocasión. A medida que aumenta el número de intentos de abandono, aumenta la probabilidad de ser ex fumador ($r_s = 0,448$; $p = 0,000$).

Como conclusión, se encuentra una tasa de fumadores superior a la que cabría esperar en personas que conocen los problemas del tabaquismo. La escasa dependencia física y el elevado número de intentos de abandono sugiere la necesidad de elaborar un programa específico de tratamiento del tabaquismo en estos profesionales que tengan presente estas características.

Palabras clave: *Tabaquismo. Profesionales sanitarios. Prevención.*

(*Arch Bronconeumol* 1998; 34: 379-383)

Introducción

El tabaquismo es un problema sanitario de primera magnitud, una auténtica epidemia mundial por su implantación y consecuencias a lo largo de nuestro siglo¹.

Correspondencia: Dr. F. Carrión Valero.
Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario.
Avda. Blasco Ibáñez, 17. 46010 Valencia.

Recibido: 3-2-98; aceptado para su publicación: 28-4-98.

Smoking among health care workers. Description of associated factors.

The objective of this study was to determine the epidemiology of smoking among health care givers in our setting and to describe their characteristics.

We gave an anonymous questionnaire to 566 health care workers in the Valencian Community (248 physicians, 212 nurses and 106 aides).

The results were as follows. Physicians: 46.4% were smokers, 25.4% were non smokers and 28.2% were ex-smokers. Most (69.3%) smoked 11 to 20 cigarettes/day. Low scores on Fagerström's test were recorded for 93%, and 57.3% have tried to quit smoking more than 5 times. The likelihood of being and ex-smoker increased with age ($r = 0.158$; $p = 0.012$) and with the number of attempts to quit ($r = 0.170$; $p = 0.021$). Nurses: 34.4% were smokers, 36.3% were non smokers and 29.2% were ex-smokers. The degree of nicotine addiction was low for 91.8% and 83% of the smokers and ex-smokers had tried at least once to quit smoking. Aides: 32% were smokers, 42.5% were non smokers and 25.5% were ex-smokers. The degree of addiction was low for 79.4% and 78.7% had tried to quit smoking at least once. The likelihood of being an ex-smoker increased with the number of attempts at quitting ($r = 0.448$; $p = 0.000$).

In conclusion, we found that rate of smoking was higher than expected for persons who understand the related problems. The low level of physical addiction and the high number of times the subjects had tried to stop smoking suggest the need to create a program specifically to help health care workers in this respect.

Key words: *Smoking. Health care workers. Prevention.*

Los navegantes que acompañaron a Cristóbal Colón fueron los primeros europeos que vieron a seres humanos fumando tabaco, e introdujeron en Europa a principios del siglo XVI las primeras hojas y semillas de tabaco, junto a otras nuevas especies vegetales. Sin embargo, en aquella época, al ser utilizado por minorías, sus consecuencias sanitarias fueron limitadas. En cambio, ha sido en el siglo XX cuando su utilización se ha generalizado por todo el planeta, hasta llegar a ser parte de la forma de vida de millones de personas,

como consecuencia del invento de la máquina de hacer cigarrillos manufacturados en 1881 y debido al desarrollo de las estrategias de mercado para masas².

En la actualidad, el tabaquismo es la primera causa de enfermedad y muerte prematura, de manera que en un reciente trabajo se ha estimado que el número de muertes anuales debidas al tabaquismo en los países desarrollados es, al menos, de 2 millones, a los que nuestro país contribuye con 40.000, de forma que entre 1950-2000 el tabaquismo será el causante de unos 60 millones de muertes en el mundo civilizado, el 12% del total de muertes que sucedan en este período³.

Estos datos deben ser conocidos por los trabajadores sanitarios, y cabría esperar un menor consumo de tabaco entre ellos, y que este menor consumo fuera captado por la población general como un estilo de vida saludable. Sin embargo, en diversos estudios se ha demostrado que los médicos fuman en mayor proporción que la población general^{4,5}, y en la mayoría de centros sanitarios españoles tanto los enfermos, familiares de enfermos y todos los colectivos de trabajadores consumen tabaco en sitios prohibidos, y no tienen el recato de ocultar la cajetilla.

En este sentido, en los estudios españoles realizados en la última década, que han evaluado la prevalencia de médicos fumadores, siempre resultó superior a la de la población general, con oscilaciones entre el 40-60%⁶⁻¹¹. No obstante, en muchos de estos estudios no se han analizado algunas de las características asociadas al hábito de fumar, que en nuestra opinión resultan esenciales para diseñar programas de prevención del tabaquismo en cada colectivo, y apenas existen referencias del tabaquismo entre los médicos de la Comunidad Valenciana. Por ello, el objetivo de nuestro estudio ha sido realizar una aproximación epidemiológica al tabaquismo de los profesionales sanitarios de nuestro medio, e identificar sus características como paso previo para intentar controlarlo. Si ello fuera así, el mensaje positivo que se transmite a los pacientes y a la opinión general redundaría, de manera indirecta, en una reducción del consumo de tabaco en la población.

Material y métodos

Para cumplir este objetivo, hemos realizado una encuesta anónima a 566 trabajadores sanitarios de la Comunidad Valenciana (248 médicos, 212 ATS y 106 auxiliares de clínica), en el Hospital Doctor Peset de Valencia, y en el Hospital de Sagunto (Valencia), así como entre los médicos que habían consultado por asuntos administrativos durante el período de una semana, en el Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Valencia, y los auxiliares de clínica de un sindicato profesional.

Los formularios de la encuesta incluían edad, sexo, hábito tabáquico e historia de tabaquismo entre los familiares y amigos. Además, en el caso de los profesionales que se declaraban fumadores, se añadían los siguientes parámetros: edad de inicio e intensidad de consumo de tabaco, tipo de labor del tabaco consumida, número de intentos de abandono del tabaco realizados a lo largo de la vida, motivos por los que, tras el intento de dejar el tabaquismo, vuelve a fumar, y para evaluar la dependencia física a la nicotina se ha empleado el test de Fagerström modificado.

TABLA I
Tabaquismo en trabajadores sanitarios.
Variables evaluadas

Variable	Código
Edad	Años
Edad inicio tabaquismo	Años
Sexo	Varón = 1 Mujer = 2
Hábito tabáquico	Fumador = 1 No fumador = 2 Ex fumador = 3
Consumo de tabaco	≤ 10 cigarrillos/día = 1 11-20 cigarrillos/día = 2 21-30 cigarrillos/día = 3 > 30 cigarrillos/día = 4
Forma de consumo	Cigarrillo = 1 Cigarro puro = 2 Pipa = 3
Tipo de tabaco	Rubio = 1 Negro = 2
Historia familiar de tabaquismo	Padre = 1 Madre = 2 Hermanos = 3 Amigos = 4
Intentos de abandono	Ninguno = 1 1 intento = 2 1-5 intentos = 3 > 5 intentos = 4
Motivos de recaída	Falta de voluntad = 1 Razones sociales = 2 Le apetecía fumar = 3 Otras razones = 4
Test de Fagerström modificado	≤ 4 leve dependencia física 5-6 moderada dependencia física ≥ 7 alta dependencia física

Los ex fumadores sólo rellenaban, además de los enunciados generales del formulario, las siguientes cuestiones: edad de inicio e intensidad del consumo de tabaco, tipo de labor de tabaco y el número de intentos de abandono.

En la tabla I quedan reflejadas estas variables, así como los códigos que les fueron asignadas para el análisis posterior. Como puede verse, los datos se puntuaron en función de su naturaleza, de forma que, en el caso de las variables cuantitativas, se obtuvieron los valores reales, mientras que en el caso de las variables cualitativas se asignaron valores categóricos.

Para el estudio descriptivo, en el caso de las variables cuantitativas (edad, edad de comienzo al consumo de tabaco y test de Fagerström), se calculó la media, la desviación estándar y los límites extremos, mientras que en el caso de las variables cualitativas se determinó el número y porcentaje de sujetos en cada clase.

Con el propósito de conocer las características o factores asociados al tabaquismo entre los trabajadores sanitarios de nuestro medio se calcula el coeficiente de correlación por rangos de Spearman (r_s), entre la variable hábito tabáquico y las restantes variables evaluadas, entendiendo como significativo el valor de $p < 0,05$.

Todos los cálculos se han realizado de forma independiente en cada colectivo de trabajadores con un ordenador Texas Instruments (Extensa 510) y el programa estadístico SPSS.

Resultados

Los resultados obtenidos en cada uno de colectivos estudiados han sido los siguientes:

Médicos

Se analizaron 248 formularios (145 varones y 103 mujeres, edad media = $40,9 \pm 10,9$ años [límites = 24-73], que muestran la presencia de 115 fumadores [46,4%], 63 no fumadores [25,4%] y 70 ex fumadores [28,2%]. La edad media de inicio al consumo de tabaco es $15,1 \pm 1,48$ años [límites = 13-23]).

De los fumadores, el 96,4% son fumadores de cigarrillos (74,1% rubio y 25,9% negro), el 1,8% de cigarrillos puros y el 1,8% de pipa. La mayoría de médicos fumadores (69,3%) habían declarado un consumo de 11-20 cigarrillos al día, mientras que sólo el 11,4% se declaran grandes fumadores, los que consumen más de 20 cigarrillos al día.

Con el test de Fagerström modificado, el 93% de los sujetos presentaba una baja puntuación (0-4), mientras que el 2,6% de los médicos fumadores encuestados mostró una alta puntuación (≥ 7). Además, el 57,3% de los fumadores y ex fumadores declararon haber realizado más de 5 intentos para dejar el tabaco, mientras que sólo el 11,9% manifestaron no haber realizado intentos de abandono. Entre las razones de volver a fumar, el 82,2% manifestaron la existencia de problemas personales que dificultaban mantener la abstinencia.

Por otro lado, hemos encontrado una asociación estadísticamente significativa entre la condición de ex fumador y el aumento de la edad ($r_s = 0,158$; $p = 0,012$) o el número de intentos de cesación ($r_s = 0,170$; $p = 0,021$), lo que sugiere que, a medida que aumentan tanto la edad como el número de intentos para dejar el tabaco, aumenta la probabilidad de ser ex fumador.

ATS

En el caso de enfermería, se analizaron 212 formularios (65 varones y 147 mujeres, edad media = $31,8 \pm 6,09$ años [límites = 22-51], entre los que encontramos 73 fumadores [34,4%], 77 no fumadores [36,3%] y 62 ex fumadores [29,2%]). La edad media de inicio al consumo de tabaco es $15,47 \pm 1,47$ años (límites = 12-21), y todos los fumadores y ex fumadores manifestaron haber consumido cigarrillos, rubio en el 83% y negro en el 17% restante.

El 71,2% de los fumadores que contestaron a la encuesta consumen entre 11-20 cigarrillos al día, y sólo el 10,9% eran grandes fumadores; además, el 91,8% de los ATS fumadores presentó poca dependencia, y sólo el 2,8% tenía alta dependencia física, de acuerdo con la puntuación del test de Fagerström.

Por otro lado, el 83% de los fumadores y ex fumadores encuestados declaró haber realizado al menos un intento para abandonar el tabaco y el 31,1% había realizado al menos cinco intentos de abandono.

Entre las razones aludidas para volver a fumar tras el intento, al igual que sucedía en el colectivo médico, para el 80,5% radicaba en la existencia de situaciones problemáticas personales, que dificultan mantener la abstinencia.

Encontramos una asociación estadísticamente significativa entre la condición de ex fumador y las condicio-

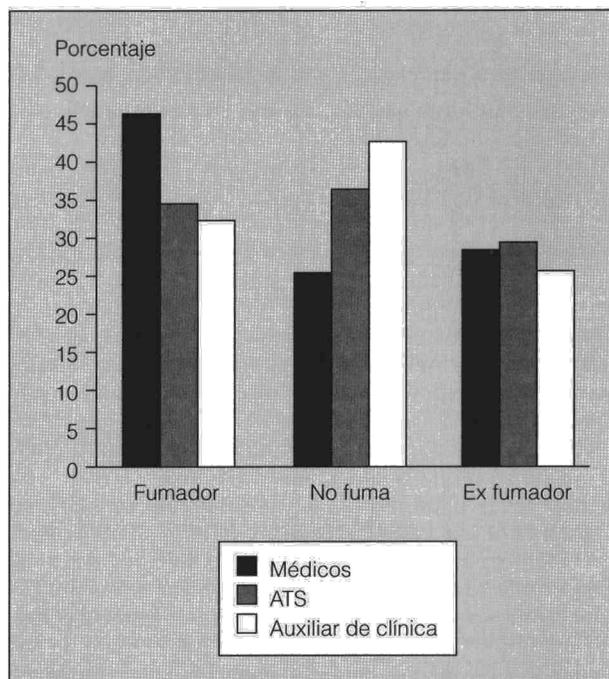


Fig. 1. Epidemiología del tabaquismo entre los profesionales sanitarios. Estudio actual.

nes de aumento de edad ($r_s = 0,261$; $p = 0,000$) o el sexo masculino ($r_s = -0,160$; $p = 0,020$).

Auxiliares de clínica

Se analizaron 106 formularios (8 varones y 98 mujeres, edad media = $27,5 \pm 5,9$ años [límites = 19-43], que evidencian 34 fumadores [32%], 45 no fumadores [42,5%] y 27 ex fumadores [25,5%]). El 38,2% de los fumadores consume menos de 11 cigarrillos al día, el 52,9% entre 11-20 y sólo el 8,8% son grandes fumadores. Además, el 79,4% presenta poca puntuación del test de Fagerström y el 78,7% refiere haber realizado al menos un intento para abandonar el tabaco.

En este caso, el hábito tabáquico sólo presenta asociación estadísticamente significativa con el número de intentos de abandono ($r_s = 0,448$; $p = 0,000$), de manera que, a medida que aumenta el número de intentos de abandono, se incrementa la probabilidad de ser ex fumador. Este dato pone de manifiesto, una vez más, la dificultad de abandonar el hábito de fumar y la necesidad de programas de prevención del tabaquismo especialmente dirigidos.

En la figura 1 se muestra de manera gráfica la prevalencia de tabaquismo en los colectivos estudiados.

Discusión

El tabaquismo representa un problema sanitario de primera magnitud, al ser la principal causa de muerte evitable en el mundo occidental, que sólo en España causa cada año más de 40.000 fallecimientos^{12,13}. Por

esta razón, cualquier esfuerzo dedicado a combatirlo debe conocer aspectos clave del hábito en la población a la que se pretende aplicar. Además, se trata de un fenómeno multidimensional, en el que intervienen elementos económicos, políticos y culturales, pero que finalmente tiene unas consecuencias sanitarias, que obligan al colectivo de profesionales sanitarios a tomar una parte activa en el problema. Una forma de abordar la cuestión radica, según nuestra opinión, en conocer la situación del tabaquismo entre estos profesionales, porque su actitud y la imagen que proyectan es un modelo de conducta en salud para muchos ciudadanos. De hecho, en nuestra opinión, su actitud personal en la vida puede ser más importante que su consejo en una consulta u hospital.

En la actualidad, la mayor parte de la actividad frente al tabaquismo que desarrollamos los médicos radica en la intervención mínima¹⁴. A partir de los trabajos de Russell et al, en 1979¹⁵, se conoce la eficacia de pequeñas intervenciones realizadas por los médicos de atención primaria, en la deshabituación del tabaquismo. En este sentido, aunque el porcentaje de abstinencia después de un año no es elevado (5-7%), el número de fumadores que pueden dejar el hábito de este modo es elevado al aplicarse a un gran número de personas. Además, en algunos estudios, la presencia de enfermedades respiratorias o cardíacas crónicas aumenta la eficacia del consejo hasta el 43 y el 31,5%, respectivamente^{16,17}.

Por estas razones, la intervención mínima en el tabaquismo durante una visita rutinaria resulta ser una de las prácticas médicas más eficaces, ya que con escaso gasto es posible conseguir elevados beneficios sanitarios, como han puesto de manifiesto los estudios de la razón coste-efectividad, un indicador que permite comparar los costes de los programas con la mejora de salud que se les atribuye, y mejorar la eficacia del sistema sanitario, al asignar más dinero a los programas sanitarios más eficientes. En EE.UU. estos estudios han señalado un coste de 748 dólares por año de vida ganado para el consejo antitabaco, muy inferior al de otras prácticas médicas habituales, como el tratamiento de la hipertensión arterial moderada (11.300 dólares) o el tratamiento de la hipercolesterolemia con fármacos, que puede ser superior a los 65.000 dólares¹⁸. En el mismo orden de cosas, un estudio español también ha calculado la relación coste-efectividad del consejo antitabaco en nuestro medio: el coste por año de vida ganado es de 260.000 a 434.000 pesetas en los varones y de 441.000 a 637.000 pesetas en el caso de las mujeres¹⁹, aunque la frecuencia con que se aplica es reducida²⁰.

No obstante, la eficacia de este procedimiento se reduce en el caso de los trabajadores sanitarios en general, y los médicos en particular, que fuman. Por esta razón, según nuestra opinión, conseguir una reducción en el consumo de tabaco de estos profesionales y facilitar una actitud favorable a no fumar puede ser de gran interés. En este sentido se centra nuestro trabajo, que ha estudiado aspectos relacionados con el consumo de tabaco entre diversos colectivos sanitarios de la Comunidad Valenciana, en la que apenas existen estudios similares. En el estudio, además de investigar el hábito tabáquico,

hemos pretendido conocer otros elementos como la dependencia física a la nicotina o el interés de los fumadores en abandonar su hábito, que resultan de utilidad básica a la hora de diseñar programas específicos de intervención en un colectivo particular.

En el caso de los médicos, es de destacar un elevado porcentaje de fumadores (46,4%) superior al de la población de la Comunidad Valenciana, que según los datos de la Encuesta Nacional de Salud, del Ministerio de Sanidad y Consumo, se situaba en el 36%²¹. No hemos encontrado una razón aparente para este hecho, ya que los médicos conocen adecuadamente la magnitud de la epidemia de tabaquismo, y hasta el 57,3% de los fumadores ha realizado, al menos, cinco intentos de abandono del consumo de tabaco a lo largo de su vida. Ésta es una información positiva, que nos sugiere que la implantación de programas antitabaco dirigidos a los médicos puede resultar bien acogida y ser eficaz para ellos e indirectamente para la población general, tal como hemos señalado antes.

El perfil del médico fumador en la Comunidad Valenciana sería un varón o una mujer de edad mediana, que empezó a fumar a los 15 años, consumidor moderado de tabaco rubio y con poca dependencia física a la nicotina. En esta situación resulta difícil justificar la persistencia del hábito tabáquico en la dimensión que se ha encontrado, aunque es posible que la motivación para dejar de fumar no sea la adecuada, y los fumadores tampoco conocen cómo deben actuar para poder superar los primeros días y semanas de abstinencia, por lo cual nunca encuentran el momento adecuado para dejarlo. De hecho, la formación en tabaquismo resulta escasa durante los estudios de licenciatura, y tampoco se incluye en los programas de los médicos internos residentes de forma adecuada. Además, no hay que olvidar que los médicos no están libres de las campañas de promoción del tabaquismo, que utiliza la industria tabaquera de forma constante, con enormes recursos económicos y los mejores profesionales de la publicidad²².

Para evaluar las posibles asociaciones entre las diferentes variables, se ha calculado el coeficiente de correlación de rangos o de Spearman, que es una variante del coeficiente de Pearson, en el que en vez de medir el grado de asociación lineal a partir de los propios valores de las variables, se mide partiendo de la asignación de límites a los valores ordenados²³. De este modo, la asociación que hemos encontrado entre el hábito tabáquico y el número de intentos de abandono demuestra cómo, a medida que aumenta el número de intentos, también se incrementa la probabilidad de llegar a ser ex fumador. Esta observación, que puede parecer evidente, según nuestro criterio insiste en el hecho de que la mayoría de médicos fumadores intentan abandonar inicialmente su hábito sin éxito, probablemente al no existir clara decisión para ello, ni un esquema de acción predeterminado, porque, como hemos visto anteriormente, la dependencia física a la nicotina no debe ser un obstáculo importante.

En 1985, la prevalencia de tabaquismo entre los médicos españoles era del 49%²⁴, que en 1987 descendió hasta el 45% y en 1989 al 37%. En el mismo sentido, los neumólogos y cirujanos torácicos españoles tenían

en 1982 una tasa de fumadores del 47,4%, en 1985, 36%²⁵ y en 1989 se había reducido, según un estudio, al 22,5%²⁶. Así, la tasa de fumadores entre los especialistas en enfermedades respiratorias se habría reducido a la mitad en el corto espacio de 7 años. Sin embargo, hay que recordar que el diseño de los trabajos es diferente y el margen de variabilidad de los resultados puede ser elevado. Por esa razón, los datos obtenidos en nuestro trabajo, aun sin entenderlos como definitivos porque no se trata de un estudio representativo, suponen una aproximación inicial que permite albergar una visión más pesimista del problema, y a sugerir nuevos esquemas de intervención que, teniendo presentes estos resultados, sean atractivos para los médicos fumadores.

Por otro lado, si se analiza la tasa de médicos fumadores en la Comunidad Europea, los españoles nos encontramos a la cabeza. Sin embargo, cabe destacar la importante reducción en el hábito que se ha producido en algunos países como Holanda o Dinamarca. Por ello, aprender de las estrategias desarrolladas allí puede ser importante para nosotros.

En el caso de los ATS, la tasa de fumadores que se ha encontrado en nuestro estudio es equiparable al de la población de la Comunidad Valenciana. Estas observaciones, aunque mejores que entre los médicos, nos obligan también a incluir a este colectivo en los programas preventivos que se puedan desarrollar. De hecho, los trabajadores de enfermería tienen una estrecha relación con los pacientes, por lo que su actitud y consejo en el tabaquismo, aunque se ha estudiado menos que en el caso de los médicos, debe ser de gran utilidad en nuestra opinión.

En otros estudios realizados en España, la prevalencia de tabaquismo entre ATS ha sido elevada, el 48,5% en 1990²⁷. La tasa inferior que hemos encontrado puede ser debida a una evolución favorable del hábito durante 7 años, en relación con una mayor información y toma de conciencia del problema, así como por la influencia de las medidas restrictivas que, cada vez con más frecuencia, limitan el consumo de tabaco en nuestros hospitales y centros de salud. No obstante, los estudios han sido desarrollados con diferente metodología y a menudo no son representativos de todos los profesionales de enfermería.

Por otro lado, los resultados que hemos encontrado entre las auxiliares de clínica son equiparables a los de enfermería, aunque otros estudios han puesto de manifiesto resultados más desfavorables. Así, en 1990 había una tasa de tabaquismo del 41,5%²⁷, mientras que en 1994 era del 40,5%¹⁰.

En cualquier caso, no hay que olvidar que la legislación vigente en nuestro país prohíbe fumar en centros sanitarios²⁸. Su aplicación, junto a otras medidas, resulta necesaria para colaborar a reducir la epidemia de tabaquismo y sus consecuencias futuras.

BIBLIOGRAFÍA

- Fraser RS, Peter Paré JA, Fraser RG, Paré PA. Synopsis of diseases of the chest, (2.^a ed.) Filadelfia: W.B. Saunders, 1994; 445-538.
- Burns DM. Cigarettes and cigarette smoking. *Clin Chest Med* 1991; 12: 631-642.
- Peto R, López AD, Boreham J, Thun M, Health C Jr. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. Oxford: Oxford University Press, 1994.
- Salleras L, Pardell H, Canela J, Vaqué J, Plans P. Actitudes y hábitos tabáquicos de los médicos de Cataluña (España). *Med Clin (Barc)* 1987; 89 (Supl 1): 6-9.
- Castanedo Sáiz JA, Salido Cano A, Sáinz Sáenz-Torre N, Torres JI. Prevalencia del consumo de tabaco entre los profesionales sanitarios del hospital Marqués de Valdecilla (Santander). *Aten Primaria* 1987; 4: 24-29.
- López V. Tabaquismo entre los médicos de la comunidad autónoma andaluza. *Rev Esp Cardiol* 1987; 40 (Supl 1): 88.
- Martínez de la Iglesia J, Rodríguez A, Calderón de la Barca JM, Santos F, Jiménez J. Encuesta sobre el hábito tabáquico en una población de médicos hospitalarios. *Rev Clin Esp* 1988; 182: 429-434.
- Martínez Sandre JL, Alonso Orcajo N, Rodríguez Llorián A. Tabaquismo en profesionales sanitarios de un hospital general. *Rev Clin Esp* 1989; 184: 274.
- Martí García JL, Noguera Ocaña JL. Tabaquismo en el colectivo médico de la provincia de Granada. *Rev Esp Cardiol* 1989; 42 (Supl 1): 32-34.
- Solano Reina S, Forez S, Ramos A, Ramos L, Pérez Amor E, Fornies E. Prevalencia y actitudes sobre el tabaquismo en el hospital de la Princesa. *Prev Tabaquismo de SEPAR* 1994; 1: 14-23.
- Carrión Valero F. Epidemiología del tabaquismo. En: Jiménez Ruiz CA, editor. Aproximación al tabaquismo en España. Un estudio multifactorial. Barcelona: Pharmacia & Upjohn S.A., 1997; 21-37.
- González Enríquez J, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno J, Banegas Banegas JR, Villar Álvarez F. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España. *Med Clin (Barc)* 1989; 92: 15-18.
- González J, Rodríguez F, Banegas JR, Villar F. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España. Corrección y actualización de datos. *Med Clin (Barc)* 1989; 93: 79.
- Jiménez Ruiz CA, Solano Reina S, González de Vega JM, Ruiz Pardo MJ, Flórez Perona S, Ramos Pinedo A et al. Normativa sobre el tratamiento del tabaquismo. Recomendaciones SEPAR. Barcelona. Doyma S.A., 1997.
- Russell MAH, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners advice against smoking. *Br Med J* 1979; 2: 231-235.
- Schwartz JL. Methods for smoking cessation. *Clin Chest Med* 1991; 12: 737-753.
- Carrión Valero F. Documento de base para las conferencias del programa de prevención y tratamiento del tabaquismo. Valencia: Sociedad Valenciana de Neumología, 1994.
- Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *JAMA* 1989; 261: 75-79.
- Plans P, Navas E, Tarín G, Rodríguez N, Galt R, Gayta JL et al. Coste-efectividad de los métodos de cesación tabáquica. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 49-53.
- Carrión Valero F, Furest Carrasco I. ¿Se realiza intervención mínima en tabaquismo en nuestro país? *Arch Bronconeumol* 1995; 31 (Supl 1): 24.
- Encuesta Nacional de Salud de España 1993. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
- Jiménez Ruiz CA. Tabaco y mujer. *Arch Bronconeumol* 1996; 32: 242-250.
- Colton T. Estadística en medicina. Barcelona: Salvat, 1979; 227-236.
- Comité de prevención del tabaquismo de SEPAR. Informe separación 1985; 8: 4.
- Sánchez Agudo L, Calatrava Requena J, Escudero Bueno C, García Hidalgo A, Marco Martínez V, Esteras Seras A. Prevalencia del tabaquismo en la profesión médica. *Med Clin (Barc)* 1988; 90: 404-407.
- Escudero Bueno C. Médicos y tabaco. *Arch Bronconeumol* 1993; 29: 163-164.
- Sánchez Agudo L, De Padua J, Costa S et al. Smoking prevalence in spanish and portuguese hospitals. Results of a multicenter study of a programme for the implementation of a smoking control policy. Buenos Aires: 8^o World Conference on tobacco or health, 1992.
- Real Decreto 192/1988 de 4 de marzo. BOE, 9 de marzo de 1988.