Documento descargado de http://www.doyma.es el 06/10/2006. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

El proceso de abandono del tabaquismo: teoría, investigación y práctica

F.G. Soto Mas[a] / J. Valderrama[b] / H. Balcazar[a]
[a]Department of Social and Behavioral Sciences. School of Public Health. University of North Texas Health Science Center. Fort Worth. EE.UU.
[b]Department of International Health. School of Public Health. Boston University. Boston. EE.UU.

Correspondencia: Dr. F.G. Soto Mas. Social and Behavioral Sciences. School of Public Health. University of North Texas Health Science Center. 3500 Camp Bowie Boulevard. Fort Worth, TX 76107-2699. EE.UU. Correo electrónico: fsoto2000@netscape.net

(Smoking cessation: theory, research and practice)

Resumen

Entender que el consumo de tabaco sigue un patrón similar al de las enfermedades crónicas y que la iniciación y abandono del consumo de tabaco es un largo y penoso proceso puede resultar de utilidad al profesional de salud pública responsable de elaborar y evaluar intervenciones de control, al epidemiólogo encargado del seguimiento del tabaquismo y al clínico interesado en proporcionar apoyo a pacientes fumadores. Este artículo discute el proceso de abandono del consumo de tabaco desde una perspectiva teórica y práctica, describe el modelo de los estados del cambio y los distintos grados de adicción a la nicotina, y cómo estos criterios deben considerarse tanto en la planificación y evaluación de intervenciones como en el tratamiento del tabaquismo.

Palabras clave: Tabaco. Adicción. Estados del cambio. Tratamiento del tabaquismo.

Abstract

Today experts agree that tobacco smoking shows many of the characteristics of a chronic disease, and that the process of uptake and quitting smoking is long and complicated. Such a perspective should prove to be useful to health educators responsible for planning smoking cessation interventions, epidemiologists conducting tobacco-use surveillance and monitoring, and clinicians treating smoking in their daily practice. This paper discusses smoking cessation from a perspective that is theoretical and practical, describes the importance of both the stages of change model and the different levels of nicotine addiction in the treatment of tobacco use and dependency.

Key words: Tobacco. Addiction. Stages of change. Treatment of tobacco dependence.

Introducción

En relación con el consumo de tabaco se pueden diferenciar dos procesos principales, uno de iniciación y otro de abandono, con un período intermedio de mantenimiento que suele prolongarse durante décadas. Estos procesos pueden a su vez categorizarse en etapas, lo que ayuda a entender el grado y la naturaleza de la adicción. Todo ello es fundamental para desarrollar e interpretar encuestas sobre consumo de tabaco y organizar programas de prevención y control, ya que la intervención se puede dirigir específicamente a las diferentes etapas y subetapas del proceso de iniciación, mantenimiento o abandono. Entender los condicionantes de la adicción tabáquica constituye la base para planificar intervenciones, evaluar iniciativas antitabáquicas o realizar el seguimiento epidemiológico del tabaquismo.

En el proceso de abandono del tabaquismo, una de las principales conclusiones a la que se ha llegado después de más de cinco décadas de investigación es que el tabaco, especialmente la nicotina, es una sustancia adictiva. Ello convierte el tabaquismo en una enfermedad crónica y su abandono en un proceso largo que generalmente se desarrolla en etapas. El tabaco es hoy considerado como una sustancia adictiva, ya que cumple con los criterios establecidos por la American Psychiatric Association (APA)[1,2]; es decir, produce dependencia física, dependencia psicológica y una tendencia al uso continuado incluso en pleno conocimiento del perjuicio que puede causar (tabla 1). Asimismo, el informe del Surgeon General sobre adicción a la nicotina de 1988 define la adicción como el uso compulsivo de una droga psicoactiva y asociada a tolerancia y dependencia física (p. ej., síntomas de abstinencia al suprimir su administración)[3]. La adicción al tabaco se desarrolla siguiendo un esquema de repetida autoadministración que normalmente resulta en toleran-

Documento descargado de http://www.doyma.es el 06/10/2006. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Tabla 1. Criterios por los que se clasifica la nicotina como sustancia adictiva que produce dependencia, según la American Psychiatric Association

1. Desarrolla tolerancia fisiológica. Los fumadores aumentan gradualmente la dosis de nicotina que se autoadministran hasta conseguir el valor estable que satisface su adicción
2. Los fumadores tienen en general un deseo real de abandonar su adicción e intentan dejar de fumar sin conseguirlo
3. Cuando el fumador deja de fumar sufre síntomas de abstinencia
4. El fumador se ve atado a su adicción durante mucho más tiempo del que inicialmente esperó
5. La mayoría de los fumadores continúan con su adicción a pesar de saber que es perjudicial para su salud

cia, síndrome de abstinencia y conducta compulsiva hacia su consumo.

El proceso de abandono del tabaquismo (tabla 2)

La mayoría de las personas que fuman quieren liberarse de su dependencia. Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 1997, el 15% de los españoles que han sido fumadores habituales han abandonado la costumbre de fumar[4]. Otros estudios más recientes confirman que la proporción de ex fumadores sigue aumentando en España y que la prevalencia de tabaquismo en España ha venido disminuyendo desde los años ochenta[5,6]. A pesar de ello, el tabaco sigue siendo un problema de salud importante. Casi el 36% de la población adulta española se declara fumadora y se ha calculado que entre 1978 y 1992 se produjeron en España más de 600.000 muertes por causa del tabaco, lo que representa un 14% de la mortalidad anual[4,5]. Aunque parece confirmado que la mayoría de los fumadores adultos quiere dejar su dependencia y muchos, alrededor de un tercio en Barcelona[7], han intentado dejarlo alguna vez, los resultados de los programas antitabáquicos siguen siendo desalentadores. En los EE.UU., donde ese tipo de programas ha proliferado en las últimas décadas, se estima que más de la mitad de las personas que declaran haber fumado en su vida 100 o más cigarrillos continúan fumando hasta un año antes de su muerte[8]. Unos 48 millones de adultos continúan fumando en ese país[9].

La dependencia del tabaco presenta características similares a las enfermedades crónicas. La mayoría de los fumadores persisten en el uso del tabaco durante décadas, con ciclos de abstinencia y recaída. Aceptar el tabaquismo como enfermedad crónica es de suma importancia para su tratamiento, y también desde un punto de vista evaluativo y epidemiológico. Durante las últimas décadas la investigación y práctica en abandono del tabaquismo se ha concentrado en elaborar un programa «mágico» que convierta a quien lo complete en ex fumador permanente. Además de la falta de resultados positivos, la estrategia ha alimentado la idea errónea de que podría existir un tratamiento universal que fuera efectivo para todos los fumadores y que el éxito o el fracaso de todo programa sólo puede medirse en términos de abstinencia permanente en el uso de tabaco.

Como en todo proceso crónico, la prevención primaria es fundamental en el control del tabaquismo, pero igualmente lo es el tratamiento temprano. Los fumadores que no dejan el tabaco antes de los 35 años tienen un 50% de probabilidades de morir por algún proceso relacionado con su uso[10]. A pesar del reconocimiento ge-

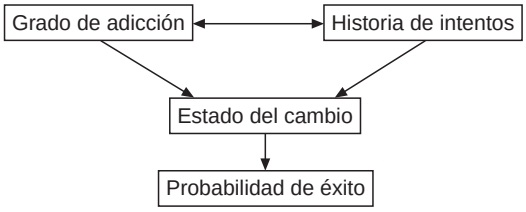
Tabla 2. El proceso de abandono del tabaquismo según determinadas variables y probabilidad de éxito

Etapa	Variables	Probabilidad de éxito
Preconsideración	Alto grado de dependencia (> 15 cigarrillos/día), sin intento reciente de abandono y sin intención de cambio en 6 meses	3%
Consideración	Alto grado de dependencia y/o intento reciente de abandono (> 1 semana) o intención de cambio en 6 meses	5%
Preparación (temprana)	Alto grado de dependencia y pobre historia de abandono, pero con decidida intención de cambio en los próximos 6 meses	10%
Preparación (intermedia)	Bajo grado de adicción (< 15 cigarrillos/día) o una historia positiva de intentos de abandono (más de una semana, recientemente, o más de un año sin fumar en el pasado)	12%
Preparación (avanzada)	Tanto un bajo grado de adicción como una positiva historia de intentos de abandono	20%
Acción	Ex fumador, menos de 3 meses	44%
Mantenimiento	Ex fumador, un año o más	74-95%

Adaptado de: Tobacco control in California: who's winning the war?, 1998[36].

Documento descargado de http://www.doyma.es el 06/10/2006. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Figura 1. Factores que condicionan el proceso de abandono del tabaquismo.



neral de las ventajas de iniciar el tratamiento de forma temprana, la investigación y la práctica en abandono del tabaquismo se ha centrado en adultos y la poca información específica sobre los efectos del tratamiento entre jóvenes es poco fiable por la falta de rigor científico[11-14]. En España existen datos que confirman que el inicio en el consumo de tabaco se produce actualmente a edades tempranas, y que casi el 30% de los escolares de 14-15 años fuman ya con frecuencia semanal[15]. Estudios en otros países han concluido que una alta proporción de jóvenes fumadores quiere dejar de fumar, y que la mayoría lo ha intentado alguna vez[14,16,17]. Constituye por tanto una prioridad en nuestro medio la investigación en tratamiento del tabaquismo entre jóvenes y adolescentes (fig. 1).

Tratamiento del tabaquismo

Las intervenciones para ayudar a los fumadores adultos a dejar de fumar empezaron a desarrollarse a finales de los años cincuenta, y se basaron principalmente en proporcionar información sobre los efectos nocivos del tabaco para la salud. En los años sesenta y setenta se comenzaron a añadir otros componentes, como discusiones de grupo, juego de roles e intervención conductual. Más tarde fueron los manuales de autoayuda, libros y otros «remedios mágicos» los que adquirieron popularidad. A partir de los años ochenta, cuando se empezó ya a constatar la dificultad que entraña dejar de fumar, los programas comenzaron a añadir otros componentes, como entrenamiento de habilidades, prevención de recaída, utilización de medios de comunicación y consejo profesional. Más recientemente se ha recurrido a los tratamientos sustitutivos de nicotina y a otros tipos de medicación más o menos específica. Aunque la mayoría de la información científica disponible hoy día sobre el proceso de abandono del tabaquismo en adultos proviene de programas de base clínica y que se han aplicado como parte de intervenciones orientadas a la práctica médica[18], existe evidencia de que los programas de tratamiento en la clínica constituyen un arma importante para el control del tabaquismo. Así lo demuestran las publicaciones más recientes, como el manual de práctica clínica publicado por el Servicio de Salud de los EE.UU., la última revisión del Cochrane Tobacco Addiction Review Group y otras publicaciones nacionales e internacionales[19-30]. Muchos de estos programas siguen un patrón teórico basado en el llamado modelo de estados del cambio, que revisamos a continuación.

Modelo de estados del cambio

Casi toda la investigación conductual en abandono del tabaquismo se desarrolla en la actualidad en torno al modelo de estados del cambio, o Transtheoretical Model (TM), de Prochaska y DiClemente[31,32]. El TM concibe el cambio de comportamiento como un proceso cíclico de cinco etapas: preconsideración (o precontemplación), consideración (o contemplación), preparación, acción y mantenimiento. Los fumadores que se encuentran en la primera etapa, preconsideración, no piensan en dejar de fumar en los siguientes 6 meses. Aquellos que están ya pensando en que van a dejar el tabaco dentro de los próximos 6 meses se encuentran en la etapa de consideración, y en la de preparación los que están planeando dejar de fumar dentro de los próximos 30 días. Los ex fumadores que ya llevan 6 meses sin fumar están en la etapa de acción y los que llevan ya más de 6 meses, en la de mantenimiento. Un individuo se mueve varias veces en ambas direcciones entre estas etapas antes de conseguir su objetivo.

La aplicación del TM en estudios sobre tabaquismo supone un cambio conceptual significativo, ya que el centro de atención no es la acción (dejar o no dejar de fumar) sino la etapa o estado en que el individuo se encuentra. Ese estado deja así de ser un mero concepto teórico para convertirse en una variable importante tanto para la investigación como para la práctica. Intervenciones orientadas a la acción, a conseguir que el fumador deje de fumar, tendrán mayor probabilidad de éxito con sujetos que se encuentren en las etapas de preparación o acción. Por desgracia, aunque un alto porcentaje de fumadores quiere dejar el tabaco, sólo unos pocos están preparados para hacerlo a corto plazo. En los EE.UU., por ejemplo, sólo un 20% de los fumadores adultos y adolescentes se encuentran en la etapa de preparación[12,33], lo que supone que un 80% de los fumadores quedan excluidos o atienden con escasa probabilidad de éxito los programas de tratamiento basados en la acción, que son la mayoría. Ello podría explicar en parte el modesto resultado que en general tienen las intervenciones de asistencia en tabaquismo. El TM propone una intervención diferente para cada es-

Documento descargado de http://www.doyma.es el 06/10/2006. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

tado, específica a las necesidades de cada grupo de fumadores, lo que facilita tanto el reclutamiento como la retención[34]. Desde el punto de vista epidemiológico y evaluativo, la aplicación de los principios del TM supone un cambio de criterio significativo. Convertirse en ex fumador no necesariamente comienza en el momento en que se intenta fumar el último cigarrillo, sino cuando el fumador considera por primera vez dejar de fumar. Entre los objetivos de los programas de control y asistencia en tabaquismo estaría motivar a los fumadores a progresar de un estado al siguiente y prevenir, así como tratar las recidivas, de forma que puedan llegar más individuos a los estados de preparación, acción y mantenimiento.

Grado de adicción

Aunque algunos estudios en España no han encontrado asociación clara entre los años de dependencia ni el número de intentos de abandono y la abstinencia[35], el grado de adicción parece ser una variable que hay que considerar en el proceso de abandono del tabaquismo. Individuos que fuman 15 cigarrillos o más al día presentan un grado de adicción de moderado a alto, y bajo los que fuman menos de 15 cigarrillos al día. Algunos estudios han combinado, además del TM, el grado de adicción con la historia de intentos previos de dejar de fumar para estimar la probabilidad de que un fumador tenga éxito en abandonar definitivamente el consumo de tabaco. Un individuo en estado de preconsideración, con un grado de adicción de alto a moderado y que no ha intentado recientemente dejar de fumar ni tiene intención de hacerlo en los próximos 6 meses tiene sólo un 3% de probabilidad de abandonar el tabaquismo con éxito. Por el contrario, el fumador con un grado de adicción bajo y que ha conseguido estar sin fumar al menos 7 días durante el último año, aunque esté actualmente fumando, aumenta sus probabilidades de éxito a un 20%[36,37]. Así, las intervenciones de control del tabaquismo que tengan como meta aumentar el número de ex fumadores a escala poblacional tendrán que incluir estrategias para reducir el número de fumadores que consumen 15 o más cigarrillos al día, que estimulen el número de intentos de abandono y que faciliten que esos intentos duren al menos 7 días (el período en que los síntomas de abstinencia son más acusados).

Un caso particular es el de los fumadores con escasa probabilidad de éxito en el abandono del tabaquismo, también conocidos como *hard core smokers*, y que constituyen un grupo particular con características comunes cuya identificación y definición podría resultar de utilidad epidemiológica y práctica. En España, donde cada fumador consume una media de 16,8 cigarrillos al día[4], podría existir un importante grupo de *fumadores empedernidos* que no están beneficiándose de las políticas de prevención ni de las intervenciones de asistencia en tabaquismo. Además del alto grado de adicción, la falta de interés en el abandono y una pobre historia de intentos previos, el típico *hard core smoker* en California, por ejemplo, es un varón blanco, jubilado, con 12 años de educación o menos, con un sueldo anual por debajo de los 50.000 dólares y que vive solo o con otra persona que fuma. Los mensajes para el control del tabaquismo tienen menos impacto en este grupo de fumadores, que presentan en general menos probabilidad de asociar los problemas de salud con el tabaco y de admitir que fumar crea adicción y perjudica la salud[36,37].

Aunque hay una notable diferencia entre cómo los jóvenes y los adultos perciben el tabaquismo y en otros importantes aspectos, como la cantidad de tabaco que consumen, el tiempo de adicción y exposición, etc., algunos estudios han confirmado que en relación con las variables de conducta medibles mediante el TM ambos grupos presentan características similares[12]. Los jóvenes fumadores no constituyen un grupo homogéneo, y la probabilidad de que abandonen el consumo de tabaco varía de acuerdo con el estado del cambio en que se encuentren. Todo ello puede ayudar al desarrollo de programas más efectivos, que consideren el grado de adicción, la historia previa de intentos y el estado del cambio en combinación.

Medida del abandono del tabaquismo en la población general

Para medir el impacto que los programas de control y tratamiento del tabaquismo tienen a nivel de población general es necesario considerar ciertos criterios. Primero, que los jóvenes, normalmente en el proceso de convertirse en fumadores habituales, y las personas que fuman de forma ocasional constituyen dos importantes subgrupos de fumadores, pero su inclusión en la medida general de abandono puede conducir a falsas interpretaciones. Es por tanto aconsejable, a la hora de medir el efecto de una intervención, definir la población diana de la forma más concreta y limitada posible. Por ejemplo, fumadores habituales diarios que ya han completado el proceso de iniciación y fuman de forma habitual. En segundo lugar, la medida debe tener una dimensión temporal que permita establecer claramente la relación causa-efecto, en este caso de la relación entre intervención y abandono. Por ejemplo, la proporción de abandono *(quit ratio)*, definida como la proporción de ex fumadores sobre el total de fumadores, supone una medida fiable del abandono total en

Documento descargado de http://www.doyma.es el 06/10/2006. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

una población[6]. Sin embargo, por ser una variable acumulativa de todos los casos culminados es menos útil para evaluar el efecto sobre el proceso de abandono de una intervención específica durante un determinado período. Finalmente, como se ha indicado con anterioridad, la medida debe captar independientemente no sólo cambios en términos de éxito absoluto –o abstinencia total– sino también cualquier progreso en el proceso que lo facilita. Por ejemplo, ciertas intervenciones pueden ejercer su efecto estimulando los intentos de abandono, lo que significa un resultado positivo aunque no se refleje a corto o medio plazo en el número de ex fumadores.

Conclusiones

Los programas de tratamiento suponen un componente esencial en cualquier iniciativa de control del tabaquismo. Tanto los profesionales de la salud como la administración sanitaria deberían entender la importancia de facilitar el acceso del fumador a las terapias de abandono, cuya efectividad ha quedado sobradamente demostrada en las revisiones y metaanálisis más recientes.

El efecto de las intervenciones es con frecuencia examinado a escala individual no sólo para evaluar quién abandona definitivamente el tabaco, sino también para predecir quién puede potencialmente conseguirlo y quién no. El modelo de los estados del cambio está basado en esta perspectiva y su aplicación práctica constituye una herramienta importante tanto para el programador como para el evaluador. Otros factores como el grado de adicción y la historia previa de intentos de abandono pueden también ser de utilidad para definir y clasificar al fumador. Por otra parte, para conseguir un beneficio de salud pública, esos resultados individuales deben multiplicarse y sumarse hasta crear un cambio significativo en la población general. Es evidente que por muy efectivas que sean las intervenciones de abandono, si sólo afectan a un reducido número de individuos van a tener muy escaso o nulo impacto en el estado de salud de la población general. Estas consideraciones han de tenerse en cuenta tanto a la hora de programar intervenciones como de planear su evaluación.

Entender los diferentes aspectos del proceso de abandono del tabaquismo y su aplicación práctica a escala individual y de población general es fundamental tanto para el programador como para el evaluador. El programador podrá planificar y desarrollar la intervención de forma más específica y con mayor probabilidad de éxito. El evaluador podrá definir y limitar mejor la población diana, seleccionar los indicadores y marcadores más adecuados al tipo de intervención que se aplica y decidir con mejor criterio los instrumentos evaluativos a utilizar.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington, DC: APA; 1994.
2. Becoña E, Vázquez FL. Psicopatología del tabaquismo. Trastornos Adictivos 1999;1:27-33.
3. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: nicotine addiction: a report of the Surgeon General. DHHS publication no. (CDC) 88-8406. Washington, DC: Government Printing Office; 1988.
4. Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid (España). Disponible en: http://www.msc.es/salud/epidemiologia/home.htm
5. González J, Villar F, Banegas JR, Rodríguez F, Martín JM. Tendencias de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. Med Clin (Barc) 1997;109:577-82.
6. Fernández E, Carné J, Schiaffino A, Borrás JM, Saltó E, Tresserras R, et al. El abandono del hábito tabáquico en Cataluña. Gac Sanit 1999;13:353-60.
7. Nebot M, Borrell C, Ballestín M, Villalbí JR. Prevalencia y características asociadas al consumo de tabaco en la población general en Barcelona entre 1983 y 1992. Rev Clin Esp 1996;196:359-64.
8. Projected smoking-related deaths among youth-United States. Morb Mortal Wkly Rep 1996;45:971-4.
9. Cigarette smoking among adults-United States, 1995. Morb Mortal Wkly Rep 1997;46:1217-20.
10. Doll R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years observations on male British doctors. Br Med J 1994;309:901-11.
11. Lynch BS, Bonnie RJ, editors. Growing up tobacco free: preventing nicotine addiction in children and youths. Washington: Institute of Medicine, Natl. Academy Press, 1994.
12. Pallonen UE. Transtheoretical measures for adolescent and adult smokers: similarities and differences. Prev Med 1998;27:A29-38.
13. Sissman S, Lichtman K, Ritt A, Pallonen U. Effects of thirty four adolescent tobacco use cessation and prevention trials on regular users of tobacco products. Subst Use Misuse 1999; 34:1469-503.
14. Warren CW, Riley L, Asma S, Eriksen MP, Green L, Blanton C, et al. Tobacco use by youth: a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey project. Bull World Health Organ 2000;78:868-76.
15. Agudo Trigueros A, Garrich Aumatell T, Heras Fortuny D, Porras Cano D, Sánchez García A. Hábito de fumar, exposición al tabaco y síntomas respiratorios en la población escolar de 14-15 años de Terrassa (Barcelona). Gac Sanit 2000;14:23-30.
16. Stone SL, Kristeller JL. Attitudes of adolescents toward smoking cessation. Am J Prev Med 1992;14:405-7.
17. CDC surveillance summaries. September 27, 1996. Morb Mortal Wkly Rep 1996;45:SS-4.
18. Burton D. Tobacco cessation programs for adolescents. En: Richmond RL, editor. Interventions for smokers. An international perspective. Baltimore: Williams & Wilkins; 1994; p. 95-105.
19. US Department of Health and Human Services. The health

Documento descargado de http://www.doyma.es el 06/10/2006. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General. DHHS publication CDC 90-8416. Rockville, MD: Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health; 1990.
20. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals: a guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. Health Education Authority. Thorax 1998;53(Suppl 5):1-19.
21. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. Br Med J 1999;318:182-5.
22. Fiore M, Bailey W, Cohen S, Faith Dorfman S, Goldstein M, Gritz E, et al. Treating tobacco use and dependence. Rockville: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.
23. McNeill A, Raw M, West R. Smoking cessation: an evidence-based approach. Eur J Public Health 2000;10(Suppl 3):15-9.
24. National Cancer Institute. Population based smoking cessation: proceedings of a conference on what works to influence cessation in the general population. Smoking and Tobacco Control Monograph No 12. Bethesda, MD: USDHHS, NIH, NCI. NIH Pub. No. 00-4892; 2000.
25. US Department of Health and Human Services. Reducing tobacco use: a report of the Surgeon general. Atlanta: USDHHS, CDC, NCCDPHP, OSH; 2000.
26. Becoña E, Córdoba R, Díaz-Maroto JL, López García-Aranda V, Jiménez-Ruiz C, Planchuelo MA, et al. Guía de procedimientos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Semergen 2001;27:413-7.
27. Carreras Castellet J, Quesada Laborda M, Sánchez Agudo L. Tratamiento del tabaquismo en personas mayores. Revista Española de Geriatría y Gerontología 2001;36(Supl 1):36-44.
28. Pérez Trullén A, Clemente Jiménez ML. Estado actual y futuras terapias farmacológicas en la deshabituación tabáquica. Arch Bronconeumol 2001;37:184-96.
29. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Conchrane Review). Conchrane Database Syst Rev 2001;3:CD000146.
30. Pardell H, Jané M, Sánchez Nicolay I, Villalbí JR, Saltó E, et al. Manejo del fumador en la clínica. Recomendaciones para el médico español. Barcelona: Organización Médica Colegial/Medicina stm Editores (Ars Medica), 2002.
31. Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of change. Homewood (IL): Dow Jones-Irving, 1983.
32. DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Velasquez MM, Rossi JS. The process of smoking cessation: analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. J Consult Clin Psychol 1991;59:295-304.
33. Velicer WF, Fava JL, Prochaska JO, Abrams DB, Emmons KM, Pierce JP. Distribution of smokers by stage in three representative samples. Prev Med 1995;24:401-11.
34. Prochaska JO. Staging: a revolution in health promotion. Master science lecture at the annual meeting of the Society for Behavioral Medicine. Boston,1994.
35. Moragues I, Nebot M, Muñoz M, Ballestín M, Saltó E. Evaluación de una intervención comunitaria (program «Quit and Win») para dejar de fumar. Gac Sanit 1999;13:456-61.
36. Pierce JP, Gilpin EA, Emery SL, Farkas AJ, Zhu SH, Choi WS, et al. Tobacco control in California: who's winning the war? An evaluation of the Tobacco Control Program, 1989-1996. La Jolla: University of California, San Diego, 1998.
37. Emery S, Gilpin EA, Ake C, Farkas A, Pierce JP. Characterizing and identifying «hard-core» smokers: implications for further reducing smoking prevalence. Am J Public Health 2000;90:387-94.