

Actitud de los profesionales de Atención Primaria frente al tabaco

Grupo de Atención al Tabaquismo (GAT) de SmuMFyC: M.J. Tenas López^a, A.M. Ballesteros Pérez^b, I. Barceló Barceló^c, J.M. Bueno Ortíz^d, J. García Galvis^e, M. Guillén Pérez^f, R. Morales López^g, J. Sánchez^h, E. Tomásⁱ y A. Velasco Soria^j

^aMédico de Familia. IBERMUTUAMUR. Murcia.

^bMédico. Centro de Salud Los Dolores. Murcia.

^cMédico de Familia. Centro de Salud Cieza. Murcia.

^dMédico de Familia. Centro de Salud. Fuente Alamo. Murcia.

^eMédico de Familia. Centro de Salud Murcia-Centro. Murcia.

^fMédico de Familia. Centro de Salud Sangonera. Murcia.

^gMédico de Familia. Centro de Salud Cartagena-Oeste. Murcia.

^hEnfermero. Centro de Salud Cabezo Torres. Murcia.

ⁱMédico de Familia. Hospital Reina Sofía. Murcia.

^jMédico de Familia. Centro de Salud Monteagudo. Murcia.

OBJETIVOS. 1.º Cuantificar el número de fumadores entre los profesionales sanitarios (PS) de Atención Primaria (AP). 2.º Conocer el nivel de formación en el abordaje del fumador. 3.º Analizar los factores que pueden influir en dicho abordaje.

DISEÑO. Estudio descriptivo-transversal.

EMPLAZAMIENTO. Atención Primaria.

PARTICIPANTES. Población diana (N): 1.250 profesionales. Población muestral (n): 297 (intervalo de confianza [IC] 95%, e = 5%, p = 40%).

MEDICIONES PRINCIPALES. Encuesta anónima (29 ítems) y autocumplimentada. Variables: sociodemográficas, patrón-consumo, actitud ante su abandono, abordaje de la deshabituación. Análisis estadístico: descriptivo, t-Test, ANOVA, ji-cuadrado, regresión logística.

RESULTADOS. El 56,8% son médicos (IC 95% 51,2-62%). Edad: 41,71 (IC 95% 41,1-42,3 años). El 28,7% son fumadores (17% fuma > 20 cigarrillos/día). Los fumadores (p = 0,003), enfermeros/as (p = 0,007) y PS mujeres (p = 0,021) piensan que debe crearse un lugar en el centro de salud (CS) para fumadores (p = 0,003). El 17,2% no quiere abandonarlo. El 41,2% ha recibido formación en tabaco, estando más formado el médico (p = 0,0001) y el exfumador (31,8%; p = 0,019), que es el que más recomienda el abandono a sus pacientes (24,3%; p = 0,017). La edad superior y el género masculino son los factores diferenciadores (y = -8,35+1,63 x género + 0,69 x edad) (p = 0,0001). El 23% de los PS consideran fumar un hábito. El tabaquismo es poco valorado como factor de riesgo cardiovascular (p = 0,002).

CONCLUSIONES. 1. Alto número de fumadores con consumo elevado. 2. El fumador valora la necesidad de tener un lugar para fumar. 3. El exfumador está más formado, aconseja y presenta mayor capacidad para abordar el tabaquismo. 4. Edad y género son los factores más determinantes en el abordaje del fumador.

Palabras clave: tabaco, Atención Primaria, profesional sanitario.

OBJECTIVES. 1. Measure number of smokers among primary health care professionals (PHCP). 2. Know the training level in the approach to the smoker. 3. Analyze the factors that may influence such approach.

DESIGN. Descriptive-cross-sectional study.

SITE. Primary Health Care.

PARTICIPANTS. Target population (N): 1250 professionals. Sample population (N): 297 (95% CI, e = 5%, p = 40%).

PRIMARY MEASUREMENTS. Anonymous survey (29 items) and self-applied. Variables: sociodemographic, pattern-consumption; attitude to abandonment; dehabituación approach. Statistical analysis: descriptive, T-test, ANOVA, chi-squared, logistic regression.

RESULTS. 59.8% doctors (95% C 51.2%-62%). Age: 41.71 (95% CI 41.1 - 42.3 years). 28.7% smokers (17% smoke > 20 cig/day). Smokers (p = 0.003), ill subjects (p = 0.007) and female PHCP (p = 0.021) think that a site should be created for smokers (p = 0.003) in the health care sites (HCS). A total of 17.2% subjects do not want to quit and 41.2% have received education about smoking, it being the male doctor (p = 0.0001) and ex-smoker (31.8%; p = 0.019), who most recommends their patient to quit smoking (24.3%; p = 0.017). Older age and male gender are the differentiating factors (y = -8.35+1.63 x gender + 0.69 x age) (p = 0.0001). A total of 23%

Correspondencia: Ana M.^a Ballesteros Pérez.
C/ Gómez Cortina, 13, 3.ª A. 30005 Murcia.

Recibido el 12-02-07; aceptado para su publicación el 13-09-07.

PHCP consider that smoking is a habit. Smoking is not very evaluated as a cardiovascular risk factor ($p = 0,002$).

CONCLUSIONS. 1. A high number of smokers with elevated consumption. 2. The smoker evaluates the need to have a place to smoke. 3. The ex-smoker is more trained, and recommends and has greater capacity to approach the smoking habit. 4. Age and gender are the most determining factors in the approach to the smoker.

Key words: tobacco, Primary Health Care, health care professional.

INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco en el mundo es la principal causa de enfermedades y muertes evitables, con frecuencia prematuras. Las enfermedades que están relacionadas con el tabaquismo son numerosas y muchas de ellas se pueden prevenir, retrasar o mitigar si se deja de fumar. Es la primera causa aislada de mortalidad y morbilidad en el cáncer de pulmón y enfermedades cardiovasculares, siendo el responsable de unas 50.000 muertes al año en España¹⁻⁴. A partir de la publicación en EE. UU. del informe de la US Surgeon General (*Nicotine addiction*), se establecen las bases para considerar el tabaco como un producto que genera dependencia, debido a su contenido en nicotina que produce una serie de alteraciones fisiológicas y psicológicas de dependencia equiparables a otras drogas legales (alcohol) e ilegales (heroína y cocaína). El tabaquismo es una adicción, a veces muy difícil de superar por los que la padecen⁵⁻⁷.

La Atención Primaria (AP), por accesibilidad, metodología de trabajo y características de su actividad asistencial, constituye un marco idóneo para el abordaje del tabaquismo. Sus profesionales tienen un papel relevante con respecto a la población general y el consumo de tabaco, tanto desde el punto de vista de la prevención o como "modelo", educando, promoviendo la aplicación de la legislación y sensibilizando a la población⁸⁻¹⁰.

Según diferentes estudios, el consumo de tabaco entre los profesionales sanitarios (PS) en España oscilaba entre el 31 y el 46%. El 34,7% de los médicos y el 43,2% del personal de enfermería eran fumadores¹¹⁻¹³. Sin embargo, en los últimos años, entre los profesionales de diferentes países como EE. UU., Canadá o los Países Escandinavos, el consumo ha bajado considerablemente, llegando a ser del 5-10% solamente^{14,15}.

La responsabilidad de los PS es enorme y debe cambiar su actitud pasiva, especialmente entre los españoles, que son, incluso, más fumadores que la población general^{8,11,16,17}.

Por ello decidimos realizar el estudio con el objetivo general de conocer la actitud de los profesionales de AP de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM) frente al consumo, actitud y abordaje del tabaquismo. Primero hay que cuantificar el número de fumadores entre los PS de AP; después hay que conocer su nivel de forma-

ción ante el abordaje del fumador en la consulta y por último analizar los factores que puedan influir en dicho abordaje.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal

La población diana son la totalidad de los PS de la CARM que trabajaban en AP ($n = 1.258$) en el momento del estudio. La población muestral (n) es de 297, obtenida mediante un intervalo de confianza (IC) del 95%, $p = 40\%$ y una precisión (e) del 5%. Para la selección de la muestra, se realizó un muestreo polietápico por conglomerados, basándose en la profesión y en el centro de trabajo. Se obtuvo una representación de las tres gerencias de AP en las que se divide la CARM, excluyendo del muestreo a los PS sustitutos en ese momento.

Las variables a analizar son: las sociodemográficas y profesionales; el patrón de consumo; la actitud ante su abandono; la formación en tabaco y el abordaje de la deshabitación en AP: tratamiento, tiempo, actitud, necesidades.

Los datos fueron recogidos mediante una encuesta diseñada para los fines del estudio entre los miembros del GAT (grupo de atención al tabaquismo) de la Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria (SMUMFyC). Antes de la distribución y la recogida de los datos, la encuesta fue ensayada entre un total de 30 profesionales de características similares a los que se les iba a realizar el estudio.

La encuesta definitiva, autoadministrada y anónima, consta de un total de 29 ítems, con diferentes opciones de respuesta según el ítem a valorar. Para su distribución fue remitida a cada uno de los coordinadores médicos de los EAP (equipo de AP) de los diferentes centros de salud de la CARM. Ellos, tras la distribución y posterior recogida de los cuestionarios, los remitieron a la sede de la SMUMFyC, donde fueron analizados, obteniéndose los resultados definitivos.

En el análisis de los datos se realizó una distribución de frecuencias, análisis bivariante (ji-cuadrado, test de la "t" de student y ANOVA) y análisis de regresión.

RESULTADOS

El total de encuestas analizadas fue de 297, aunque se distribuyeron un 20% más. Se obtuvieron un total de encuestas suficientes para conseguir la muestra adecuada, aunque se perdieron inicialmente 21, sin diferencias por género, edad o profesión con respecto al total de la muestra ($p > 0,05$). De ellas, el 56,6% fueron remitidas por los médico/as. El 44,4% correspondían a profesionales del género masculino. La edad media de los PS que respondieron a la encuesta es de 41,7 (IC 95%: 41,1-42,3) años. Un 41,6% son profesionales que trabajaban en EAP ubicados en zona rural y el 46,4% son propietarios.

Del total de las encuestas, el 28,7% (IC 95%: 28,65-28,75) correspondieron a PS fumadores; 17,2% (IC 95%:

16,7-17,9) a exfumadores (más de 6 meses sin fumar). Entre los fumadores, la mayoría (55,2%; IC 95%: 54,7-55,7) fumaba hasta 10 cigarrillos al día, aunque un 17,2% (IC 95%: 16,7-17,7) fumaba más de 20 cigarrillos al día y, además, un 17,4% de ellos no pensaba dejarlo. Un 67,4% (IC 95%: 66,9-67,9) sí estaría dispuesto a hacerlo.

El 52,6% (IC 95%: 52,1-53,1) de los PS que remitieron la encuesta pensaba que se debería habilitar una zona en los centros de salud (CS) en la que los PS pudieran fumar, ($p = 0,003$) (fig. 1). Los médicos/as ($p = 0,007$), al igual que los PS hombres ($p = 0,021$), opinaban que no se debe fumar en ninguna dependencia del CS (fig. 2).

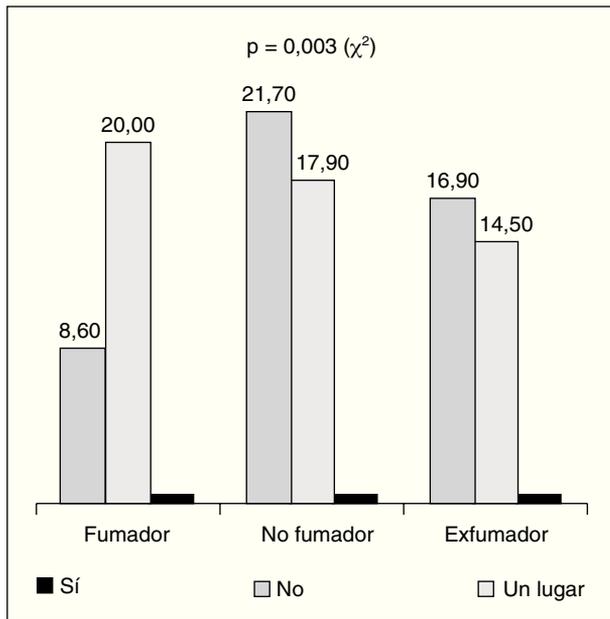


Figura 1. ¿Se puede fumar en el Centro de Salud?

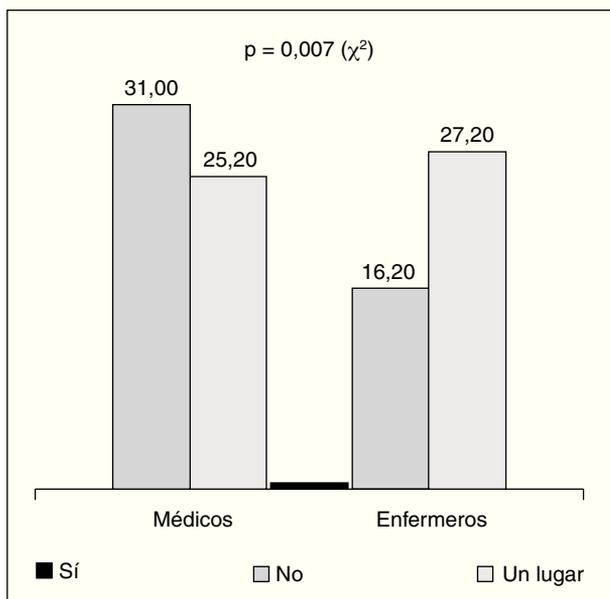


Figura 2. ¿Fumar en el Centro de Salud?

El 41,2% (IC 95%: 40,7-41,7) de los PS dijo haber recibido formación específica en tabaco por diferentes vías, siendo la más frecuente la formación continuada (56,9%; IC 95%: 56,4-57,4). Creían que la mejor forma de aumentar sus conocimientos son las sesiones clínicas (36,1%; IC 95%: 35,6-36,6) y cursos (46,2%; IC 95%: 45,8-46,6) (fig. 3). El 41,9% (IC 95%: 41,4-42,4) se sentía con suficiente formación en tabaco para abordarlo desde la AP ($p = 0,019$). El PS exfumador se sentía más formado que el PS que es fumador. El médico/a se consideraba más formado que el enfermero/a ($p = 0,0001$), al igual que el PS de más edad ($p = 0,05$).

El 93,7% (IC 95%: 93,4-94) creía que el consumo de tabaco debe ser abordado desde la consulta del Médico de Familia (MF), aunque el 76,2% (IC 95%: 75,7-76,7) manifestaba que no disponen de tiempo. El PS de más edad se consideraba más capacitado para abordar el tabaquismo desde AP ($p = 0,05$).

Los PS asumían que su función como “modelo” ante el paciente es alta (66,1%), aunque el 9,4% no valoraban ese papel ($p = 0,05$). El 57% (IC 95%: 56,5-57,5) opinó que el fumador sí se ve influenciado por el hecho de que el PS fume ($p = 0,007$).

El PS que se consideraba formado en tabaco cree que el paciente fumador sí es capaz de distinguir el mensaje que recibe en consulta: el 76,2% de ellos tienen la creencia de que si el PS es fumador puede infravalorar la importancia y consideración que debe tener el tabaco ($p = 0,04$).

El 50,9% (IC 95%: 50,4-51,3) de los PS consideraba el tabaco como una drogadicción, el 23% (IC 95%: 23,2-22,8) un hábito y un 11% (IC 95%: 11,03-10,97) como una enfermedad. El médico/a lo consideró preferentemente una enfermedad y el enfermero/a un hábito ($p = 0,005$) (fig. 4). La patología más importante en el abordaje de la prevención cardiovascular desde AP, entre estos profesionales, era la hipertensión (HTA) (33,1%) (IC 95%: 32,6-33,5), seguida de la diabetes (DM) (29,5%) (IC 95%: 29-30). Un 27,7% valoraron más prioritario el tabaco. El

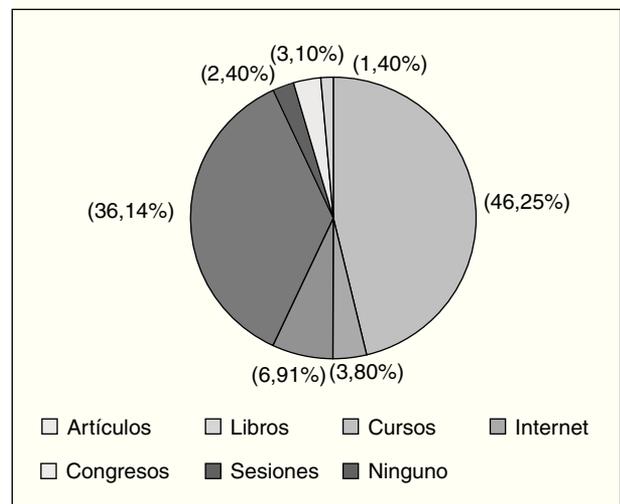


Figura 3. ¿Cuál es tu fuente de formación en el abordaje del tabaquismo?

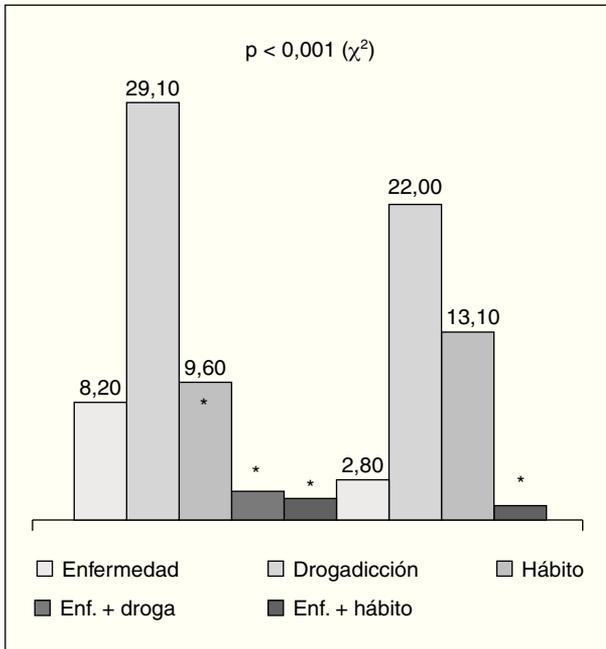


Figura 4. ¿Qué es el tabaquismo?
*: diferencia significativa.

médico/a consideraba más importante la DM y el enfermo/a la dislipemia ($p = 0,002$ (fig. 5).

Respecto al diagnóstico y tratamiento del tabaquismo, los PS referían que el 65,5% sí ha diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el consumo tabáquico en los últimos 6 meses anteriores a la recepción de la encuesta, especialmente cuando analizábamos el grupo de los PS con mejor formación en tabaco ($p = 0,016$) o entre los PS hombres ($p = 0,013$). Un 95,2% (IC 95%: 94,7-95,8) sí aconsejó el abandono del hábito en el mismo periodo ($p = 0,032$), siendo los PS exfumadores los que más aconsejaban el abandono del tabaco, al igual que entre los PS hombres ($p = 0,024$) y aquellos con más formación ($p = 0,0001$).

Un 64,6% (IC 95%: 64,1-65) indicó que sus pacientes le habían pedido consejo para abandonar el tabaco en estos seis últimos meses, siendo la actitud más frecuente entre los profesionales la ayuda terapéutica y el seguimiento programado (50,5%), aunque el 30,8% refirió haber dado sólo ayuda terapéutica puntual. El consejo lo dieron más los PS hombres ($p = 0,004$). El 42,6% (IC 95%: 42,1-43) declaró haber realizado en algún momento de su ejercicio profesional algún tratamiento con terapia sustitutiva de la nicotina (TSN), siendo el tratamiento más utilizado los parches (53,5%).

La edad y el género son los factores que tuvieron mayor influencia en el abordaje del tabaquismo ($p = 0,00001$) ($y = -8,3520 + 1,6359 \times \text{género} + 0,692 \times \text{edad}$).

DISCUSIÓN

Hemos obtenido un número total de encuestas suficiente para que el estudio sea válido y fiable. El perfil del PS que se ha obtenido en la encuesta es similar al PS de los profe-

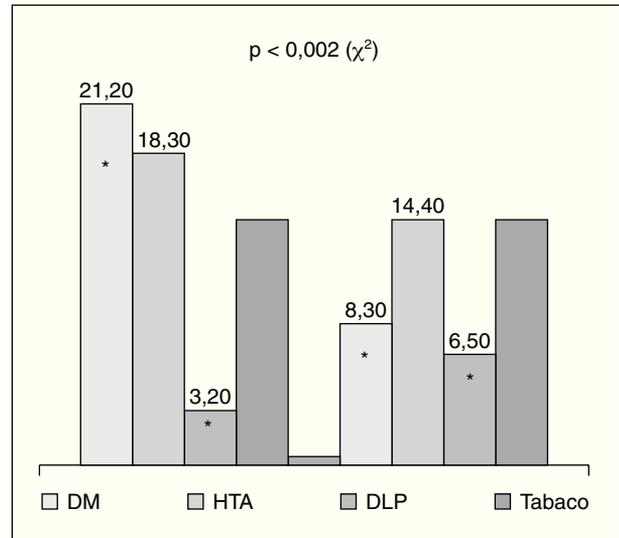


Figura 5. ¿Qué patología consideras más prioritaria en el abordaje de la prevención cardiovascular en AP?
DLP: dislipemia; DM: diabetes mellitus; HTA: hipertensión arterial.
*: diferencia significativa.

sionales de nuestra Comunidad Autónoma que desempeñan su trabajo en Atención Primaria. En una de las tres generaciones la representación es algo menor. Con el fin de evitar sesgos de selección los resultados se han obtenido para toda la Comunidad y no por cada una de ellas. De igual forma, como en todos los estudios basados en encuestas, en los resultados se debe tener en cuenta el sesgo de aquiescencia y/o deseabilidad social, aunque al ser una encuesta anónima la probabilidad de cometer ese riesgo creemos que es menor.

Según diferentes estudios, el consumo de tabaco entre los PS en España es de aproximadamente el 40%^{8,11-13}, aunque entre las encuestas recibidas sólo el 28,7% dicen fumar. En las encuestas de hábitos y actitudes quien contesta suele estar más motivado, por lo que es posible que algunos de los resultados estén sesgados hacia los PS no fumadores.

El porcentaje de PS fumadores obtenido en la encuesta es similar a la población general española (28,12% en 2003)¹⁷, pero mucho más alto que los porcentajes de PS fumadores de países de nuestro entorno sociocultural. Creemos que el fracaso del abordaje de la deshabituación desde la consulta estará garantizado mientras el profesional de AP no asuma la necesidad del abandono del tabaco ni su papel como modelo ante el paciente, máxime si tenemos en cuenta que más del 70% de los fumadores visita al médico al menos una vez al año^{10,18-22}.

En muchas partes del mundo los profesionales de la salud siguen consumiendo tabaco, a menudo a una tasa similar –si no mayor– que la del público en general²³. Es sabido que los profesionales de la salud que consumen tabaco suelen participar menos en actividades de control del tabaco que sus homólogos no fumadores. Una encuesta realizada en 2003 en varios países indicó que las tasas de tabaquismo entre enfermeros y médicos responden al nivel de las actividades de control del tabaco en un país²⁴.

En los países donde está descendiendo la prevalencia del consumo de tabaco, el tabaquismo entre los profesionales de la salud también está disminuyendo. En aquellos donde la prevalencia del tabaco va en ascenso o es estable, también está subiendo la prevalencia entre los profesionales de la salud, principalmente entre las mujeres.

Si abordamos el tema de la formación, más del 40% dice haber recibido formación para el abordaje del tabaco; sin embargo, llama la atención que el PS formado necesita más formación, pero no así el que confirma no tener formación. Dicha formación es más escasa entre los enfermeros, como cabía esperar, ya que, hasta ahora, el tabaco ha sido un tema que, al no estar en la cartera de servicios, sólo era abordado por el médico de AP y cuando el paciente lo requería. Creemos que ambos profesionales deberían estar lo suficientemente capacitados, ya que están próximos a los usuarios^{22,25,26}.

La gran mayoría de los encuestados dice que el consumo de tabaco debe ser abordado por AP, aunque de igual forma consideran que no hay tiempo para su abordaje. El profesional de AP tiene la "obligación" y el "deber" de informar a todos sus pacientes sobre el riesgo del tabaco para su salud, y para eso es el propio profesional el que tiene que convencerse y aceptarlo al igual que su función como modelo social^{11,27-30}. Sin embargo, esto es un tema controvertido y poco estudiado que sería un interesante campo a explorar.

Es un dato a valorar el resultado que obtenemos cuando se pregunta a nuestros PS sobre qué es tabaco. Uno de cada cuatro encuestados considera el tabaco como un hábito y no una enfermedad ni una drogadicción, coincidiendo con el perfil profesional menos formado, fumador y enfermero. Esto corrobora aún más la necesidad de formación y de cambio de actitud entre nuestros PS. Pensamos que las mismas causas originan que un elevado porcentaje de PS no valoren como prioritario el tabaco a la hora de la prevención cardiovascular desde AP con respecto a los otros factores.

Un alto porcentaje de los PS encuestados aconseja el abandono del tabaco a sus pacientes, aunque no siempre el grado de respuesta ha sido el adecuado. Sin embargo, los estudios revisados indican que ya es un comienzo, aunque sólo sea la ayuda puntual^{19,20,27-30}. Nos llama la atención que, sin embargo, sólo la mayor edad y el género influyan a la hora de abordar o no el tabaquismo. Todos los PS de AP tenemos la necesidad y la obligación de ser el modelo y el perfil que la sociedad debe seguir en cuanto al consumo de tabaco. El tabaco es un problema con muchos frentes de batalla y con una baja implantación de su atención en la actividad clínica rutinaria de nuestro Sistema Nacional de Salud y la asistencia al paciente fumador, con todo lo que implica para el PS, es una pieza fundamental en el enfoque integral del tabaquismo^{20,29}.

CONCLUSIONES

1) Alto número de fumadores con consumo elevado de cigarrillos al día.

2) Sobre todo, la enfermera fumadora es la que valora más la necesidad de tener en el CS un lugar habilitado para que se pueda fumar.

3) El exfumador está más formado, aconseja más y presenta mayor capacidad para abordar el tabaco.

4) La mayor edad y el género masculino son los factores que más determinan el abordaje del fumador.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comité Nacional para la prevención del tabaquismo: libro blanco sobre el tabaquismo en España. Barcelona: Glosa; 1998.
2. Villalbí JR, Tomás Z, López MJ, Rodríguez M, Nebot M. La cambiante epidemiología del tabaquismo: Barcelona, 2000-2001. *Rev Clin Esp* 2004;204:312-6.
3. World Health Organization. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Tobacco or Health Programme. Ginebra: OMS, 1996.
4. Banegas JR, Díez L, González J, Villar F, Rodríguez-Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Med Clin*. 2005;124:769-71.
5. The health consequences of smoking: nicotine addiction: A report from the Surgeon General. Washington DC: Government Printing Office, 1988. DHHS Publication N° (CDC) 88-8406; 1988.
6. Thun MJ, Adicella LF, Jane S. Smoking vs other risk factors as the cause of smoking attributable deaths. Confounding in the courtroom. *JAMA*. 2000;284:706-12.
7. Salvador Llivina T. Condicionantes del consumo de tabaco en España. *Adicciones*. 2004;16Suppl2:25-8.
8. Fernández Ruiz ML, Sánchez Bayle M. Prevalencia de consumo de tabaco entre las médicas y las enfermeras de la Comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*. 1999;73:355-64.
9. Salvador Llivina T. Tabaquismo y responsabilidad profesional en el ámbito de la salud pública. *Rev San Hig Pública*. 1990;64:585-8.
10. Córdoba García R. Tabaco. *AMF* 2006;2:6-18.
11. Rodríguez García E, Valderrey Barbero J, Secades Villa R, Vallejo Seco G, Fernández Hermida JR, Jiménez García JM, et al. Consumo y actitudes sobre el tabaco entre el personal sanitario del Principado de Asturias. *Trastornos adictivos*. 2004;6:234-9.
12. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Epidemiológico. Prevalencia del consumo de tabaco entre los profesionales sanitarios del INSALUD. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.
13. Viana Alonso A, Fernández Martín J, Sainz Rojo A, Moral Iglesias L. Encuesta sobre medidas de prevención antitabáquica en la red de hospitales de la salud: situación actual. *Med Clin (Barc)*. 2001;116(3):117.
14. Azagra MJ, Aragón LF. El tabaco y los profesionales de la salud: situación actual. *Anales Sis San Navarra*. 1997;20:42-4.
15. Pardell P, Saltó E, Jané M, Salleras L. Cómo luchar contra la epidemia tabáquica en nuestros días. *Med Clin*. 2000;116:60-2.
16. Fernández Ruiz ML, Sánchez Bayle M. Hábitos, actitudes y conocimientos de los profesionales de enfermería en Atención Primaria respecto al tabaquismo. *Centro de Salud*. 1997;5:186-91.
17. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España. Madrid:MSC, 2003.
18. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years? Observations on male British doctors. *BMJ*. 1994;309:901-11.
19. Camaralles Guillem F. Los médicos de familia y la semFYC frente al tabaquismo. *Aten Primaria*. 2006;37:427-8.
20. Morales R, Ballesteros AM, Tenas MJ, Velasco A, Barceló I, Bueno JM. Profesionales de Atención Primaria ante el tabaco: ¿Implicación o expectación? V Congreso Nacional de Prevención y Tratamiento del tabaquismo. Salamanca, 10 al 12 Noviembre 2005.
21. Torrecilla M, Domínguez F, Torres A, Cabezas C, Jiménez CA, Barruco M, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de consenso. *Aten Primaria*. 2002;30:310-7.
22. Martínez C. El rol de la enfermería en la atención al tabaquismo. *Prevención del tabaquismo*. 2003;5:186-9.
23. Mackay J, Ericksen M. The tobacco atlas. Geneva: World Health Organization; 2002.

24. John U, Hanke M. Tobacco-smoking prevalence among physicians and nurses in countries with different tobacco-control activities. *Eur J Cancer Preven.* 2003;12:235-79.
25. Villalbi JR. De las propuestas del movimiento de prevención al consenso político: la ley de medidas sanitarias contra el tabaquismo. *Gac Sanit.* 2006;20:1-3.
26. Jiménez CA, Fagerström KO. Reducción del consumo de tabaco. ¿Una estrategia para dejar de fumar? *Arch Bronconeumol.* 1999; 35:229-32.
27. Instituto de Salud Carlos III. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
28. Grandes G, Cortada J, Arrazola A. ¿Podemos ayudar a nuestros pacientes a dejar de fumar?: la experiencia del programa de abandono del tabaco. *Gac Sanit.* 2001;15:312-9.
29. Sanz B, De Miguel J, Anegon M, García M, Gómez E, Fernández JF. Efectividad de un programa de consejo antitabaco intensivo realizado por profesionales de enfermería. *Aten Primaria.* 2006;37:266-72.
30. Ocano E, Matilla B, Sánchez E, Alarcón E. ¿Intervención mínima en tabaquismo? El protocolo de atención al paciente fumador en Atención Primaria. *Aten Primaria.* 2005;36:510-4.