

Edad de inicio en el consumo del tabaco como predictor de la deshabituación tabáquica

G. Flores Mateo, S. Morchón Ramos, C. Masuet Aumatell, P. Carrillo Santisteve, P. Manchón Walsh y J.M. Ramon Torrell

Objetivo. Determinar la relación entre la edad de inicio del consumo del tabaco y el éxito de un programa de deshabituación tabáquica.

Diseño. Estudio de cohortes prospectivo.

Emplazamiento. Unidad de Deshabituación Tabáquica del Hospital Universitario de Bellvitge, en L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Participantes. Participaron en el estudio 2.801 fumadores de 10 o más cigarrillos al día, que iniciaron un programa de deshabituación tabáquica entre enero de 1993 y diciembre de 2002.

Mediciones principales. Se utilizó un análisis de Kaplan-Meier para obtener la probabilidad de recaída, y la prueba de rangos logarítmicos, para determinar diferencias de recaída en el tiempo entre los grupos de edad de inicio. El riesgo relativo (RR) de recaída se estimó mediante un modelo de Cox.

Resultados. La edad media \pm desviación estándar de inicio de los varones fue de $15,5 \pm 4,1$ años, y la de las mujeres, de $17,7 \pm 5,4$ años. La edad de inicio al consumo mostró ser un factor de riesgo significativo para la recaída durante la deshabituación tabáquica, con un RR de 1,42 (intervalo de confianza del 95%, 1,09-1,86) para los varones que iniciaron el consumo a una edad inferior a los 14 años y con un RR de 1,25 (intervalo de confianza del 95%, 0,76-1,49) para las mujeres que también lo iniciaron a dicha edad.

Conclusiones. El inicio del consumo del tabaco en edades tempranas es un factor predictor de recaída en los programas de cesación tabáquica entre los varones. En cambio, la escasa motivación en ambos sexos y la dependencia alta a la nicotina en las mujeres son factores que favorecen la recaída.

Palabras clave: Tabaquismo. Adolescente. Deshabituación tabáquica.

AGE OF SMOKING INITIATION AS PREDICTOR IN SMOKING CESSATION

Objective. To determinate the relationship between the age of smoking initiation and the success of the smoking cessation program.

Design. Prospective cohort.

Setting. Smoking Cessation Unit, in the University Hospital of Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain.

Participants. 2801 smokers of 10 or more cigarette per day, who started a smoking cessation program between January 1993 to December 2002.

Methods. Kaplan-Meier method was used to obtain the probability of relapse. The log-rank test was used to determine relapse differences in time between groups of age at smoking initiation. Hazard ratios (HR) of quitting were estimated with a Cox model.

Results. The mean age at smoking onset was 15.5 ± 4.1 years for men and 17.7 ± 5.4 years for women. The age of onset smoking was significant for relapse during smoking cessation in men with a HR=1.42 (95% CI, 1.09-1.86), and for women who started to smoke before 14 years old compared with the reference group a HR=1.25 (95% CI, 0.76-1.49).

Conclusions. This study shows that age of smoking onset predicts higher rates of relapse in a smoking cessation program in men. The low motivation for cessation was in both sex a significant factor for relapse and the low and high nicotine dependence were in women.

Key words: Smoking. Adolescent. Smoking cessation.

Unidad de Deshabituación Tabáquica. Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

Correspondencia:
Gemma Flores Mateo.
Unidad de Deshabituación Tabáquica. Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario de Bellvitge.
Feixa Llarga, s/n. 08907 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.
Correo electrónico: 37722gfm@comb.es

Manuscrito recibido el 1 de enero de 2004.
Manuscrito aceptado para su publicación el 13 de diciembre de 2004.

Introducción

El consumo de tabaco es la principal causa de morbilidad y mortalidad prematura evitables en los países desarrollados. En el año 2000 se estimaron 4,83 millones de muertes prematuras en el mundo atribuibles al consumo de tabaco^{1,2}. En Cataluña, en el año 1997, un 16,4% del total de muertes fueron atribuibles al consumo de tabaco³. Abandonar el consumo de tabaco reduce el exceso de riesgo de morir prematuramente y disminuye la morbilidad relacionada con el tabaco. Se calcula que si redujéramos el consumo del tabaco a la mitad se evitarían más de 20 millones de fallecimientos en el mundo en los próximos 25 años⁴.

Un 60% de los fumadores ha intentado dejar el consumo en alguna ocasión, pero sólo un 4,3% de ellos lo ha conseguido en los 2 años siguientes. Los programas de deshabituación tabáquica son una herramienta importante para abandonar el consumo de tabaco, y las intervenciones más efectivas son el consejo médico, la combinación del tratamiento farmacológico con el soporte conductual y la terapia de grupo⁵⁻⁸. Son diversos los factores que pueden influir en el éxito en la deshabituación, como el sexo, la edad, la situación socioeconómica, el nivel educativo, el grado de dependencia a la nicotina y la presencia de enfermedades crónicas asociadas⁹⁻¹¹.

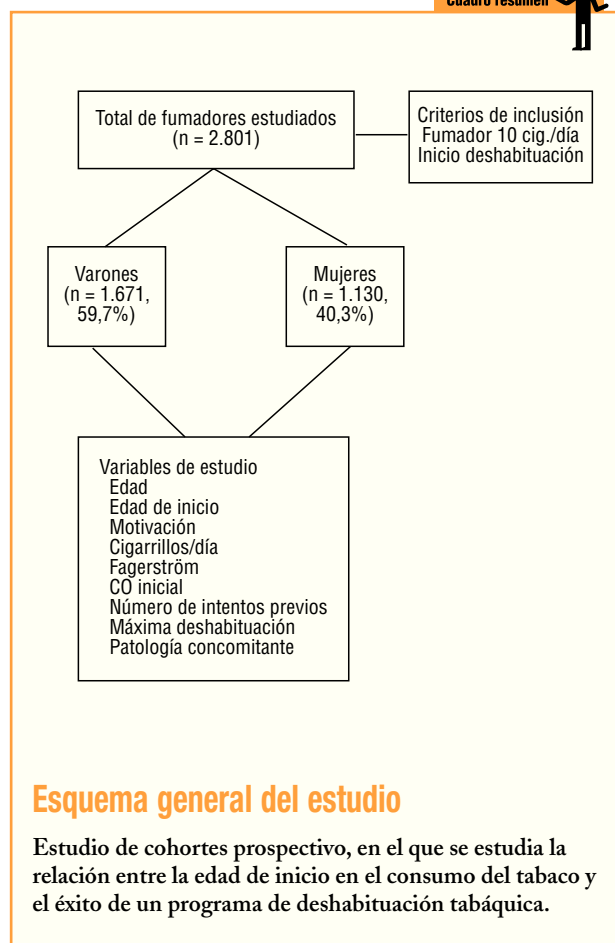
Numerosos estudios han demostrado que iniciar el consumo de tabaco a una edad temprana en la adolescencia sería un fuerte predictor del consumo del tabaco en la edad adulta. Entre un 25 y un 50% de los adolescentes experimentadores terminarán convirtiéndose en fumadores habituales en la edad adulta, con mayor consumo de cigarrillos, más años de consumo y mayor riesgo de recaída en el proceso de deshabituación¹²⁻¹⁸. El objetivo del presente estudio es determinar la relación entre la edad de inicio en el consumo del tabaco y el éxito de un programa de deshabituación tabáquica.

Pacientes y métodos

Se ha realizado un estudio prospectivo de 2.801 fumadores de 10 o más cigarrillos al día que acudieron para tratamiento a la Unidad Especializada de Deshabituación Tabáquica, del Hospital Universitario de Bellvitge, entre el 1 de enero de 1993 y el 31 de diciembre de 2002. Los criterios de inclusión fueron el consumo de 10 o más cigarrillos al día y el inicio de la deshabituación tabáquica. Se excluyó del estudio a los fumadores con otras adicciones y/o con enfermedades psicóticas de base y que no recibieron la intervención avanzada (farmacológica y/o conductual) después de la primera visita.

En la primera visita, mediante una entrevista clínica, se recogieron datos demográficos, antecedentes patológicos (presencia de problemas cardíacos, pulmonares, dislipemia, diabetes mellitus y úlcera) y datos sobre el consumo de tabaco: número de cigarrillos fumados al día, edad de inicio al consumo, número de intentos previos para abandonar el consumo, tiempo máximo de deshabi-

Material y métodos Cuadro resumen



tuación, tiempo transcurrido desde el último intento de deshabituación y presencia de fumadores en el entorno familiar. El grado de dependencia nicotínica se midió mediante el test de Fagerström¹⁹. La abstinencia se determinó a partir de las concentraciones de monóxido de carbono (CO) en el aire exhalado. Se clasificó el grado de motivación de los fumadores según los estadios definidos por Prochaska y DiClemente en: precontemplación, contemplación-preparación y acción²⁰.

En la segunda visita los fumadores recibieron el tratamiento multicomponente según protocolo previo, que incluía tratamiento farmacológico y conductual. Se realizó un seguimiento sistemático de los pacientes cada 15 días durante los primeros 2 meses y posteriormente las visitas se establecieron a los 3, 6 y 12 meses del inicio de la deshabituación. En cada control se interrogó al paciente sobre la presencia de síntomas de abstinencia, efectos secundarios del tratamiento y vulneración de la abstinencia, se volvieron a recoger datos antropométricos y a determinar las concentraciones de CO exhalado como medida de la abstinencia.

Se consideró abstinentes a los 12 meses al paciente que declaraba no haber fumado de forma continuada desde el inicio del tratamiento y que había presentado concentraciones de CO exhalado de 6 ppm o menores en cada uno de los controles. Se consideró que habían recaído los pacientes que reconocían haber vuelto a fumar y los que presentaron concentraciones de CO exhalado superiores a 6 ppm. Asimismo los fumadores que no acudieron al

control establecido y pudieron ser localizados telefónicamente se consideraron recaídas a partir de dicha fecha.

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se presentan en forma de media \pm desviación estándar y las cualitativas mediante porcentajes. Se estratificó según sexo.

Las características basales cuantitativas se compararon mediante la prueba de la *t* de Student. Para las variables cualitativas se utilizó la prueba de la χ^2 de Pearson. Las características basales según la edad de inicio en el consumo se compararon mediante un análisis de la variancia.

Se categorizó la edad de inicio en el consumo de tabaco (edad a la que se fumó el primer cigarrillo) según los terciles entre los abstinentes en 3 categorías: inferior a los 14 años; entre los 14 y

los 19 años, y superior a los 19 años. La dependencia a la nicotina se midió con el test de Fagerström y se clasificó en: dependencia alta si la puntuación obtenida era superior o igual a 6, y dependencia leve o moderada si la puntuación era inferior a 6. La edad se categorizó en mayor o igual a 45 años y en menor de 45 años.

La proporción de abstinencia según la edad de inicio se estimó mediante el método de Kaplan-Meier. Las diferencias de recaída entre los grupos se determinaron mediante el test de rangos logarítmicos. Mediante un modelo proporcional de Cox se obtuvieron los riesgos relativos (RR) e intervalos de confianza del 95% para la recaída según la edad de inicio en el consumo de tabaco, y se ajustó por las variables significativas en el análisis bivariado: edad, test de Fagerström y motivación para dejar de fumar.

En todos los cálculos se aceptó como nivel de significación un valor inferior a 0,05. El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS 11.0²¹.

TABLA 1 Características basales de la población estudiada en relación con la edad de inicio al consumo de tabaco

Edad media de inicio al consumo del tabaco				
Varón	< 14 años	14-19 años	> 19 años	p ^a
Edad	51,9 ± 13,5	45,4 ± 12,5	51,7 ± 12,8	< 0,001
Cigarrillos/día	30,8 ± 15,2	30,9 ± 13,6	31,2 ± 15,3	0,928
Años-consumo	40,6 ± 12,7	29,7 ± 12,7	28,5 ± 12,4	< 0,001
Fagerström	7,8 ± 2,1	7,7 ± 2,0	7,5 ± 2,2	0,149
CO inicial (ppm)	18,5 ± 13,0	18,2 ± 12,4	17,8 ± 12,5	0,806
N.º de intentos previos	1,9 ± 2,6	1,7 ± 2,4	1,8 ± 2,4	0,714
Máxima deshabituación ^b	156,3 ± 470,2	163,6 ± 496,7	135,6 ± 319,9	0,775
Motivación (%)				
Precontemplativa	12,7	12,0	13,1	0,379
Contemplativa	76,3	79,9	75,6	
Acción	11,0	8,1	11,3	
Patología (%)				
Sí	67,4	52,6	59,1	< 0,001
No	32,6	47,4	40,9	
Mujer	< 14 años	14-19 años	≥ 20 años	p ^a
Edad	40,9 ± 16,7	38,1 ± 10,1	47,8 ± 10,0	< 0,001
Cigarrillos/día	28,3 ± 13,1	28,0 ± 11,7	29,0 ± 12,4	0,500
Años-consumo	25,3 ± 12,4	22,1 ± 9,9	22,0 ± 9,4	0,016
Fagerström	8,10 ± 1,8	7,5 ± 2,2	7,4 ± 2,2	0,013
CO inicial (ppm)	16,9 ± 12,2	16,4 ± 11,7	16,6 ± 10,9	0,890
N.º de intentos previos	1,4 ± 2,2	1,5 ± 2,0	1,7 ± 2,3	0,265
Máxima deshabituación ^b	175,8 ± 547,8	167,4 ± 546,9	156,4 ± 360,1	0,942
Motivación (%)				
Precontemplativa	11,3	11,1	11,2	0,220
Contemplativa	81,5	77,9	83,2	
Acción	7,2	11,0	5,6	
Patología (%)				
Sí	29,1	28,9	46,4	< 0,001
No	70,9	71,1	53,6	

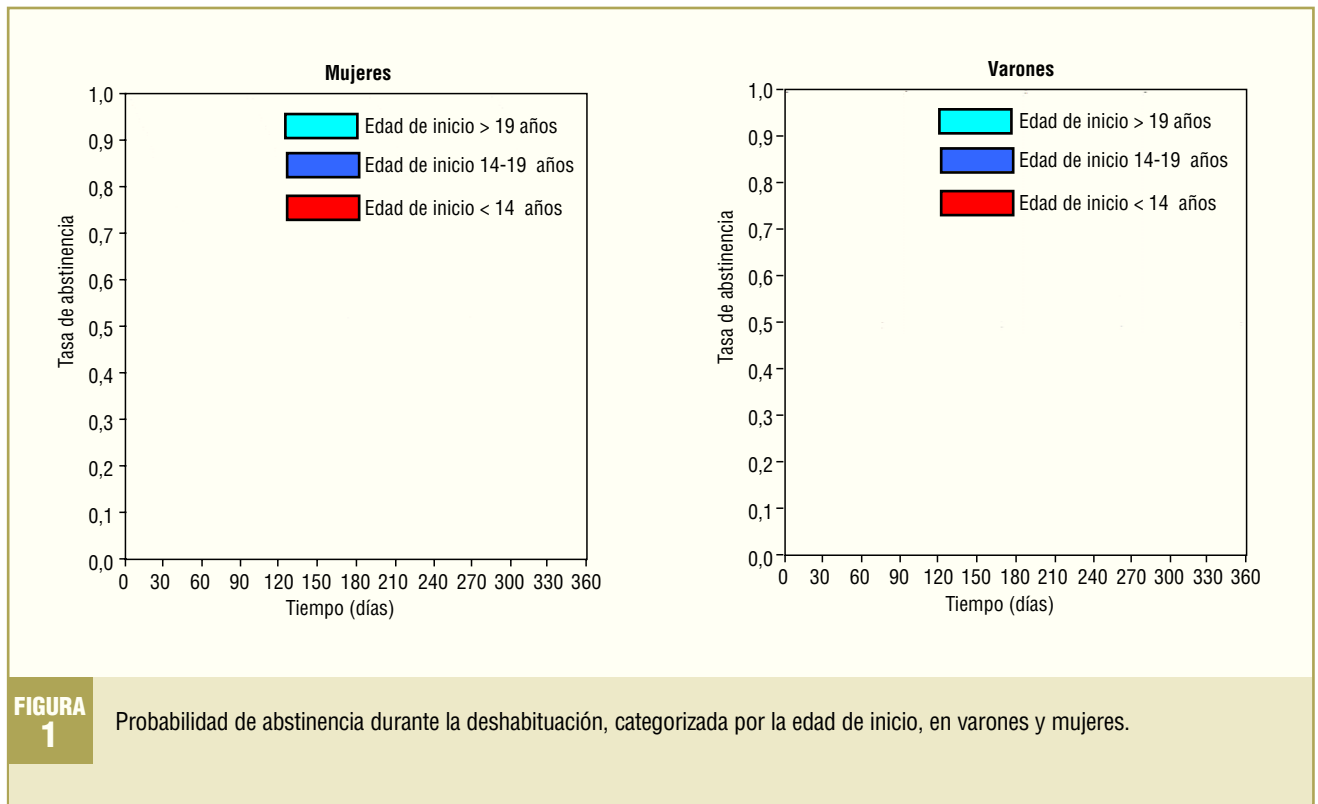
CO: monóxido de carbono; ppm: partes por millón.

^aTest de significación estadística (ANOVA, χ^2 de Pearson). ^bTiempo en días.

Resultados

De los 2.801 fumadores estudiados, 1.671 eran varones (59,7%) y 1.130 mujeres (40,3%). La edad media de la cohorte fue de 44,9 \pm 13,1 años. La edad media de inicio fue de 15,5 \pm 4,1 años entre los varones y de 17,1 \pm 5,4 años entre las mujeres.

Al comparar las características basales según el sexo y la edad de inicio (tabla 1), se observó que el hecho de iniciar el consumo a una edad temprana se asoció en los varones a más años de consumo y a un porcentaje más elevado de patología concomitante; el 67,4% de los varones que iniciaron el consumo en edades inferiores a los 14 años presentaron algún tipo de enfermedad asociada al consumo del tabaco, frente al 52,6% de los que iniciaron el consumo entre los 14 y 19 años y el 59,1% de los que comenzaron a fumar a los 20 años o después ($p < 0,001$). En las mujeres, la edad de inicio inferior a 14 años se asoció a una mayor dependencia, con una puntuación media en el test de Fagerström de 8,1, frente a una puntuación de 7,5 en el grupo que inició el consumo entre los 14 y 19 años y un 7,4 en el grupo que comenzó a fumar después de los 19 años ($p = 0,014$). El grupo que inició el consumo en edades tempranas también presentó más años de consumo en comparación con los otros. Las mujeres que comenzaron a fumar después de los



19 años presentaron un mayor porcentaje de patología concomitante y una edad más elevada al iniciar la deshabituación. En la figura 1 se muestran las curvas de tasa de abstinencia para varones y mujeres estimadas mediante el método

de Kaplan-Meier. Entre los varones, se observa que los que iniciaron el consumo en edades superiores a los 19 años presentaron tasas de abstinencia más altas durante todo el seguimiento y tardaron más tiempo en recaer que los grupos que comenzaron a fumar en edades más tempranas,

TABLA 2 Riesgos relativos (RR) estimados para la recaída a los 12 meses entre las principales covariables estudiadas según el sexo

	Varones (n = 1.671)		Mujeres (n = 1.130)	
	RR bruto ^a (IC del 95%)	RR ajustado ^b (IC del 95%)	RR bruto ^a (IC del 95%)	RR ajustado ^b (IC del 95%)
Edad de inicio (años)				
≥ 20	1	1	1	1
14-19	1,29 (1,05-1,58)	1,28 (1,01-1,16)	0,96 (0,80-1,16)	0,88 (0,70-1,12)
≤ 13	1,33 (1,07-1,67)	1,42 (1,09-1,86)	1,21 (0,93-1,58)	1,25 (0,76-1,49)
Edad actual (años)				
< 45	1	1	1	1
≥ 45	0,84 (0,74-0,96)	0,89 (0,76-1,01)	0,85 (0,71-1,01)	0,84 (0,68-1,05)
Fagerström				
< 6	1	1	1	1
≥ 6	1,18 (0,99-1,39)	1,05 (0,87-1,28)	1,36 (1,11-1,67)	1,28 (1,01-1,62)
Motivación				
Acción	1	1	1	1
Contemplativa	1,19 (0,93-1,54)	1,14 (0,87-1,50)	1,23 (0,90-1,67)	1,20 (0,86-1,67)
Precontemplativa	1,63 (1,20-2,21)	1,69 (1,23-2,33)	1,80 (1,24-2,61)	1,72 (1,16-2,55)

IC: intervalo de confianza.
^aEstimados mediante un modelo de Cox. ^bAjustado por edad, test de Fagerström y motivación.

con un porcentaje de abstinencia a los 365 días del 42,2% en el grupo que inició el consumo en edades superiores a los 19 años, un 32,9% de abstinencia entre los que lo iniciaron entre los 14 y 19 años, y un 33,2% entre los que lo iniciaron antes de los 14 años (test de rangos logarítmicos = 7,02; $p = 0,03$). Entre las mujeres estudiadas, también se observaron tasas de abstinencia más altas en el grupo que inició el consumo de tabaco más tarde, pero estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (test de rangos logarítmicos = 3,84; $p = 0,14$).

Mediante el modelo de Cox se obtuvieron los RR para la recaída al año según la edad de inicio al consumo (tabla 2), y se ajustó por las posibles variables de confusión (edad, motivación para la deshabituación y dependencia a la nicotina). Los varones que iniciaron el consumo en edades inferiores a los 14 años presentaron un riesgo superior para la recaída con respecto al grupo que inició el consumo después de los 19 años. Los varones con una motivación baja o precontemplativa presentaron un 69% más de riesgo de recaída que los fumadores con una alta motivación. Entre las mujeres, la edad de inicio no se asoció a un aumento de riesgo para la recaída, pero la dependencia alta y una motivación baja se asociaron significativamente a un aumento del riesgo de recaída durante la deshabituación tabáquica.

Discusión

Éste es el primer estudio prospectivo realizado en nuestro medio que analiza la influencia de la edad en el inicio al consumo de tabaco en relación con el éxito de la deshabituación tabáquica. Se ha observado que la edad de inicio al consumo influye en el riesgo de recaída durante la deshabituación entre los varones, de forma independiente del resto de las variables estudiadas. En las mujeres, la edad de inicio al consumo no se asoció a un aumento de riesgo de recaída. Estos resultados coinciden con los observados por otros autores. En el estudio de Breslau y Peterson¹⁶, donde se estimaron los RR de abstinencia durante la deshabituación tabáquica según la edad de inicio al consumo, se observó que el grupo que lo iniciaba después de los 17 años tenía el doble de riesgo de abstinencia ($RR = 2$; intervalo de confianza del 95%, 1,3-3,2) con respecto al grupo de referencia, que lo iniciaba en edades inferiores a los 13 años; la asociación fue independiente de la dependencia nicotínica. En otro trabajo¹⁷ se estudió a varones mayores de 35 años y se observó que los fumadores que iniciaron el consumo de tabaco antes de los 16 años de edad tenían un riesgo significativamente mayor de recaer ($RR = 2,1$) que el grupo que lo inició después de esta edad.

Las mujeres fumadoras con una dependencia alta a la nicotina presentaron un 36% más de riesgo de recaer que las fumadoras con una dependencia leve-moderada. Estos re-

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- El consumo de tabaco es la principal causa de morbilidad y mortalidad prematura evitables en los países de renta alta.
- Abandonar el consumo de tabaco reduce el riesgo de morir prematuramente.
- La combinación del tratamiento farmacológico con el soporte conductual es una intervención efectiva para abandonar el consumo.

Qué aporta este estudio

- El inicio temprano al consumo del tabaco es un predictor de recaída en los varones, pero no en las mujeres.
- El inicio temprano al consumo del tabaco es un factor asociado a mayor dependencia física nicotínica en las mujeres.
- De todos los factores analizados, el factor predictivo que más fuertemente se ha asociado con el riesgo de recaída en ambos sexos ha sido la motivación baja o precontemplativa.

sultados coinciden con los obtenidos en diversos estudios^{16,17}. Entre los varones con una edad mayor o igual a 45 años se observó un 16% menos de riesgo de recaída con respecto al grupo de menores de 45 años; al ajustar por las variables de confusión, el riesgo no fue significativo¹⁰.

De todos los factores analizados, el factor predictivo que más fuertemente se ha asociado con el riesgo de recaída en ambos sexos ha sido la motivación baja o precontemplativa, con un 69% más de recaídas para los varones precontemplativos y un 72% para las mujeres, en comparación con los individuos en estadio de acción. Estos resultados coinciden con los obtenidos en otros estudios¹⁵.

Algunas de las limitaciones del estudio podrían ser que la cohorte incluida en él presentaba unas características basales que podrían diferir de la población general de fumadores, como una mayor dependencia, un mayor número de intentos previos para dejar de fumar y un mayor porcentaje de patología asociada, dadas las características de la unidad donde se les atendió. No obstante, los resultados de este estudio sí se pueden aplicar a la población de fumadores que acuden a otras unidades de deshabituación. Otra limitación podría ser que la edad de inicio al consumo se recogió de forma retrospectiva, por lo que podría existir un sesgo de memoria, pero este dato lo recuerdan mejor los individuos más jóvenes y nuestra cohorte está compuesta

por un alto porcentaje de fumadores jóvenes, este hecho, junto con el elevado número de fumadores incluidos en el estudio, haría que disminuyera el efecto de este sesgo. Por último, dado que no se dispone de la información del nivel socioeconómico de todos los individuos, no se incluyó al realizar el análisis multivariado, pero sí se incluyeron en el modelo otras variables de gran importancia para la deshabituación tabáquica.

En conclusión, el estudio indica que el inicio temprano al consumo del tabaco es un fuerte predictor de recaída entre los varones, a diferencia de lo observado entre las mujeres. Por ello, sería conveniente tener en cuenta este factor en el momento de orientar el tratamiento de la adicción para reforzar convenientemente con recursos farmacológicos y/o psicológicos a los pacientes que empezaron a fumar más jóvenes.

Bibliografía

1. WHO. Tobacco or health. A global status report. Geneva: WHO; 1997.
2. Ezzati M, López AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*. 2003;362:847-52.
3. Generalitat de Catalunya. Direcció General de Salut Pública. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Mortalitat atribuïble a l'hàbit tabàquic. Barcelona: Direcció General de Salut Pública. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2001.
4. Peto R, López AD. Future worldwide health effects of current smoking patterns. En: Koop CE, Pearson CE, Schwarz MR, editors. *Critical issues in global health*. New York: Jossey-Bass; 2000.
5. Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ*. 2000;321:355-8.
6. Torrecilla M, Barrueco M, Maderuelo JA, Jiménez C, Plaza MD, Hernández MA. El abordaje del tabaquismo en atención primaria y especializada, una oportunidad real y una necesidad de salud pública. *Aten Primaria*. 2002;30:197-205.
7. Marcos T, Godás T, Corominas J. Tratamiento de sustitución de nicotina frente a reducción progresiva en la deshabituación tabáquica. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:127-30.
8. Camarrelles F, Asensio A, Jiménez-Ruiz C, Becerril B, Rodero D, Vidaller O. Efectividad de la intervención grupal para la deshabituación tabáquica. Ensayo clínico aleatorizado. *Med Clin (Barc)*. 2002;119:53-7.
9. Morchón S, Blasco JA, Rovira A, Arias-César N, Ramón JM. Efectividad de una intervención de deshabituación tabáquica con patología cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2001;54:1271-6.
10. Tillgren P, Haglund BJ, Lundberg M, Romelsjö A. The socio-demographic pattern of tobacco cessation in the 1980s: results from a panel study of living condition surveys in Sweden. *J Epidemiol Community Health*. 1996;50:625-30.
11. De Sancho Martín JL, Gorgojo Jiménez L, González Enríquez J. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes para dejar de fumar. Madrid: AETS, 2003.
12. DiFranza JR, Rigotti NA, McNeill AD, Ockene JK, Savageau JA, St. Cyr D, et al. Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tobacco Control*. 2000;9:313-9.
13. DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, Ockene JK, Rigotti NA, McNeill AD, et al. Measuring the loss of autonomy over nicotine use in adolescents: the DANDY study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156:397-403.
14. Lando H, Thai DT, Murria D, Robinson LA, Jeffery RW, Sherwood N, et al. Age of initiation, smoking patterns, and risk in a population of working adults. *Prev Med*. 1999;29:590-8.
15. Taioli E, Wynder EL. Effect of the age at which smoking begins on frequency of smoking in adulthood. *N Engl J Med*. 1991;325:968-9.
16. Breslau N, Peterson E. Smoking cessation in young adults: age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. *Am J Public Health*. 1996;86:214-20.
17. Khuder S, Dayal H, Mutgi A. Age at smoking onset and its effect on smoking cessation. *Addict Behav*. 1999;24:673-7.
18. Fernández E, La Vecchia C, D'Avanzo B, Braga C, Negri E, Franceschi S. Quitting smoking in Northern Italy: a cross-sectional analysis of 2621 subjects. *Eur J Epidemiol*. 1997;13:267-73.
19. Fagerström KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence: a review of the FTND. *J Behav Med*. 1989;12:159-82.
20. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how the people change. Applications to addictive behaviours. *Am Psychol*. 1992;7:1102-14.
21. SPSS para Windows 11.0. Chicago, 2000.