

## Abandono del hábito tabáquico mediante la aplicación del programa de ayuda al fumador en el centro de salud de Chantrea

M.A. Nuin<sup>1</sup>, C. Fuertes<sup>1</sup>, P. Ancizu<sup>2</sup>, G. Espeloin<sup>1</sup>, C. Royo<sup>1</sup>, I. Sarasa<sup>1</sup>

### RESUMEN

**Introducción:** Es un estudio descriptivo prospectivo de intervención sin asignación aleatoria, realizado en el Centro de Salud de Chantrea cuyo objetivo es conocer las características de los fumadores que participan en dos intervenciones del Programa de Ayuda al Fumador (PAF), y valorar los factores que influyen en el éxito de éstas.

**Material y métodos:** Se analizaron las características de 100 fumadores. Se les proponía una de las dos intervenciones del PAF: Mínima 1 (MN1): se entregaba folleto de apoyo en la primera consulta y llamada telefónica al mes y se citaba a los 6 meses para medición de CO. Mínima 2 (MN2): el fumador realizaba 5 consultas de apoyo para dejar de fumar (± parches de nicotina), con el médico, enfermera o trabajadora social indistintamente. Se valoró los factores que influyeron en el abandono del hábito tabáquico en 65 sujetos.

**Resultados:** El 60% de los participantes fueron varones con una media de edad de 41 (DE 29). Presentaban patología relacionada con el tabaco el 29%, no encontrando relación entre ello y el éxito de las intervenciones. Los que eligieron MN2 (el 38%) habían iniciado el consumo de tabaco a edad más temprana y tenían mayor dependencia de la nicotina. De los 65 fumadores que completaron el programa, el 37% seguían sin fumar a los 6 meses. Los que consiguieron dejar de fumar tenían mayor edad media, llevaban más años de fumador y pertenecían sobre todo a la intervención MN1.

**Discusión:** Se consiguen éxitos destacables si las acciones son llevadas por todo el Equipo de Atención Primaria. No encontramos diferencias significativas entre las características de los que dejan de fumar o no. Ni siquiera el tener patología seria, relacionada con el tabaco, es predictor del éxito. Hay que tener en cuenta en la intervención la dependencia de la nicotina del fumador.

**Palabras clave:** Tabaco. Atención Primaria

ANALES Sis San Navarra 1997; 20 (2): 191-199.

### ABSTRACT

**Introduction:** This is a prospective descriptive study of intervention without aleatory assignation, carried out in the Chantrea Health Centre. Its aim is to determine the characteristics of the smokers who are taking part in two interventions by the Smokers' Aid Program (Programa de Ayuda al Fumador - PAF), and to evaluate the factors that influence the latter's success.

**Material and methods:** The characteristics of 100 smokers were analyzed. They were offered one of the two PAF interventions: Minimal Intervention 1 (MN1): they are given a support brochure in the first consultations, contacted by telephone after one month and called to consultation after 6 months to measure CO. Minimal Intervention 2 (MN2): the smoker makes 5 consultations of support in giving up smoking (+ or - nicotine patches) with the doctor, nurse or social worker indiscriminately. The factors that were influential in abandoning the habit with 65 subjects were evaluated.

**Results:** 60% of the subjects were male with an average age of 41 (DE 29). 29% showed a pathology related to tobacco, with no relation found between this and the success of the interventions. Those who chose MN2 (38%) had started tobacco consumption at an earlier age and were more dependent on nicotine. Of the 65 smokers who completed the program, 37% continued not to smoke after 6 months. Those who managed to give up smoking were of a greater average age, had spent more years smoking and belonged above all to the MN1 intervention.

**Discussion:** Notable successes are achieved if the actions are carried out by the First Aid Team. We find no significant differences between the characteristics of those who give up smoking and those who do not. Not even a serious pathology, related to tobacco, is predictive of success. The smoker's dependence on nicotine must be taken into account in the intervention.

**Key words:** Tobacco. First Aid.

1 Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.

2 Trabajadora social.

Aceptado para su publicación el 5 de mayo de 1997.

### Correspondencia

Carmen Fuertes Goñi.

Unidad de Programación y Docencia de Atención Primaria.

Pza. de la Paz, s/n.

31007 Pamplona (Navarra)

## INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco constituye la primera causa de pérdida de salud, así como de muerte prematura y evitable en los países desarrollados. También es conocido que el tabaquismo es el principal problema de salud pública susceptible de prevención<sup>1,2</sup>.

Los fumadores presentan, en conjunto, un exceso de mortalidad sobre los no fumadores del 70%<sup>1</sup>. Por tanto, la magnitud del problema y sus repercusiones como factor de riesgo de múltiples patologías<sup>1,3</sup>, así como el coste sanitario y social que genera<sup>4</sup> hace que su abordaje desde la Atención Primaria (AP) sea un reto que ocupe un lugar prioritario<sup>5-9</sup> entre sus objetivos.

La OMS<sup>10</sup> recomienda que se establezcan programas de lucha contra el tabaco y estableció categóricamente que el éxito de un programa de tabaco depende, sobre todo, de la actitud del personal sanitario y según la revisión recientemente publicada<sup>11</sup> en la revista *Anales* parece que hay un aumento de sensibilización con el tema entre los profesionales sanitarios. Esto, añadido a la amplia cobertura de los Equipos de Atención Primaria (EAP) en la población general (entre el 70-80% consulta al menos una vez al año), convierte a los profesionales de AP en el colectivo con mayores posibilidades para promover hábitos y conductas saludables en relación con el uso del tabaco, y ayudar a los fumadores a abandonar su hábito.

Se considera que dejar de fumar es un proceso en el que los dos factores claves son la motivación y la dependencia<sup>12,13</sup>.

Existen muchos estudios experimentales y transversales<sup>6,14,15</sup> que estudian distintos factores que influyen en el abandono del hábito tabáquico, y son de especial importancia aquellas intervenciones que implican a todos los profesionales de Atención Primaria, así como el evaluar dichas intervenciones.

Para ayudar al profesional<sup>5,7,16,17</sup> en su intervención de apoyo al fumador que desea abandonar el tabaco, o incluso de motivación al fumador para un cambio de actitud y modificación de su conducta, se

estableció por parte del Instituto de Salud Pública del Gobierno de Navarra<sup>18</sup> un Programa de Apoyo al Fumador (PAF). Este programa tiene como apoyo normativo la Orden Foral del Programa de Tabaco del 8 de agosto de 1.994.

Nos pareció interesante profundizar en el estudio sobre tabaquismo tras la puesta en marcha del PAF en el Centro de Salud de Chantrea y nos marcamos los siguientes objetivos:

1. Conocer las características de los fumadores que intentan el abandono del hábito tabáquico mediante el PAF.

2. Determinar las características de los fumadores que se plantean el abandono del hábito tabáquico con un mínimo de apoyo (MN1) o con apoyo programado (MN2).

3. Valorar dos tipos de intervenciones (MN1 y MN2) sobre tabaquismo en AP y conocer si son diferentes los factores que influyen en el abandono del hábito tabáquico para los que lo consiguen y para los que no.

Las conclusiones del trabajo pueden contribuir a elaborar un perfil de fumador que tenga garantías de éxito en la tarea de dejar el hábito tabáquico y a seleccionar los métodos de ayuda más útiles desde el ámbito de la Atención Primaria.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de una intervención para el abandono del hábito tabáquico en el Centro de Salud de Chantrea, barrio urbano de Pamplona con una población de 21.600 habitantes de un nivel socio-económico medio-bajo.

El estudio se enmarca dentro del PAF<sup>18</sup>, y se consideró al EAP de Chantrea como piloto.

Los sujetos del estudio se captaron de marzo a junio de 1995, por todos los profesionales del EAP (12 médicos, 12 enfermeras y una trabajadora social) tanto en la consulta de demanda como en la programada.

A todos los fumadores que acudían a la consulta por cualquier motivo, se les preguntaba y registraba el hábito tabáquico. Si deseaban dejarlo, se les ofertaba la posibili-

dad de ayuda. A los que accedían se les derivaba a una primera consulta programada donde se realizaba la ficha de datos socio-sanitarios y el test de Henri Mondor (Anexo 1) y de dependencia de Fagerström (Anexo 2). Los datos socio-sanitarios recogidos eran los siguientes: edad; sexo; situación laboral (activo o inactivo); ocupación (paro, buscando primer empleo, baja laboral, estudiante, jubilado, labores de hogar, trabajando y en esta última categoría se recogía el turno de trabajo; nivel de estudios (analfabeto, primarios, EGB, BUP, Universitarios). Otros datos más relacionados con el hábito tabáquico fueron: edad de comienzo del hábito tabáquico e intentos previos de abandono (>1 semana abstinentes); años de fumador; nº cigarrillos/día; tener patología relacionada con el tabaco (cardiopatía isquémica, ACV, enfermedad vascular periférica, EPOC, cáncer de pulmón, labio, boca, faringe, laringe, esófago, páncreas, riñón, esófago, vejiga urinaria o cuello uterino); motivos para dejar de fumar, entre los que el fumador señalaba los 3 más importantes del siguiente listado: a) para mejorar mi salud b) para mejorar la calidad de vida c) por miedo a enfermar d) por no perjudicar la salud de los que conviven conmigo e) por estar mi pareja o yo embarazada f) porque dejar de fumar es un buen ejemplo para los que me rodean g) porque ahorraré dinero h) por motivos estéticos i) para contentar a otros j) otros.

En esta primera consulta se fijaba la fecha para dejar de fumar y el tipo de intervención elegida para ello:

- MN1 (Intervención Mínima): el fumador lo iba a intentar con un mínimo de apoyo. Se le entregaba un folleto de apoyo y se le llamaba por teléfono al mes para confirmar el intento del cese. A los 6 meses se le citaba para medición de CO mediante el aparato Mini and Micro Smoker Lycers<sup>19</sup>.

- MN2 (Intervención con Apoyo): Se realizaba una consulta programada una semana antes de la fecha del cese para profundizar en motivaciones, dificultades etc.. del proceso y otras 4 consultas: a la semana, al mes, a los 3 y 6 meses de la fecha del cese, incidiendo en el síndrome de abstinencia, reemplazamiento de nicotina y prevención de recaídas. En la última

consulta se realizaba la confirmación de "exfumador" mediante la medición del CO.

Se realizó "consejo sistematizado" para el abandono del hábito tabáquico a 776 fumadores. De éstos hubo 80 que estaban dispuestos a poner fecha para dejar de fumar: 42 con una mínima intervención (MN1) y 38 con apoyo programado (MN2).

Se incluyeron en el estudio 100 sujetos para responder a los objetivos 1 y 2 ya que a los 42 de mínima intervención (MN1) se añadieron otros 20 que ya lo habían dejado en los meses anteriores con el consejo médico pero que al no estar diseñada la ficha de recogida de datos socio-sanitarios, se les realizó de forma retrospectiva. Por tanto se consideraron 62 sujetos como MN1 y 38 como MN2.

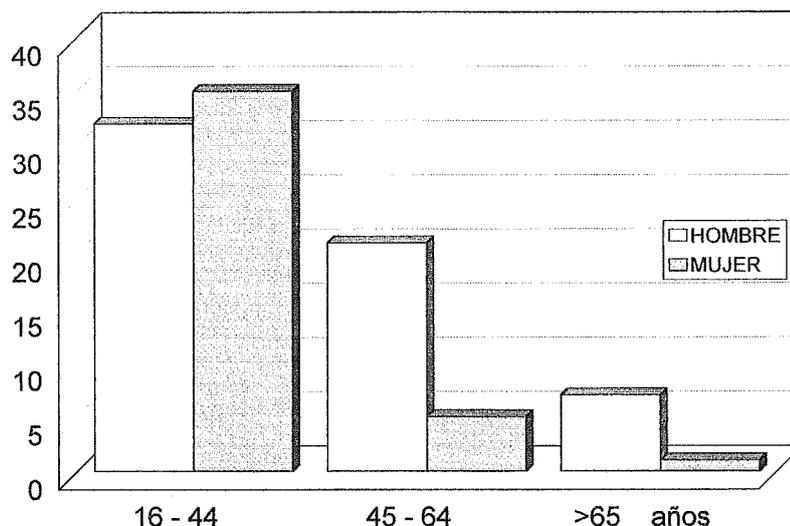
Para el objetivo de conocer los factores que influyen en el abandono del hábito tabáquico mediante el PAF se consideraron 65 sujetos, es decir sólo aquellos fumadores a los que se había realizado propiamente la intervención (de los 38 que inicialmente aceptaron la intervención MN2, sólo se consideraron los 23 que llegaron a acudir a la cita de la semana después del cese. Así mismo, de los 62 MN1 se excluyeron los 20 fumadores a los que se les había recogido los datos de forma retrospectiva).

Se propuso a todos los fumadores con dependencia de la nicotina la utilización de parches, pero sólo fueron 7 (de la intervención MN2) los que los utilizaron, todos ellos de forma irregular y por un período menor de 2 meses.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa informático SPSS y los estadísticos utilizados para relacionar las variables cualitativas han sido el Ji-Cuadrado y para las cuantitativas la prueba de t-Student. En el análisis de los resultados de las intervenciones se valoró la Odds Ratio (OR).

## RESULTADOS

La edad media de los fumadores que intentan el abandono del hábito tabáquico en nuestro estudio es de 41,5 años  $\pm$  29,4 (rango de 19 a 82 años). Casi el 60 % son varones y su distribución por edad y sexo puede verse en la figura 1.



**Figura 1.** Distribución de fumadores de PAF según edad y sexo.

Casi el 60% están en situación activa y algo más de la mitad de la población presenta estudios primarios (36,6%) o graduado escolar (21,6%), y un 9,8% presenta estudios universitarios.

La mitad de la población comenzó a fumar antes de los 15 años, y el 13,7% a partir de los 22 años. El 88,2% lleva más de 10 años fumando.

En cuanto a los intentos de abandono del hábito tabáquico, un 35,3% no lo había intentado nunca, y un 17,6% lo había intentado 4 o más veces.

Los motivos para dejar de fumar aducidos eran en el 92,2% de los casos motivos de salud en primera opción, no dándose diferencias en el análisis conjunto de los tres primeros motivos aducidos: el 63,7% relatan los 3 motivos de salud y un 27,5% dos motivos de salud y uno social.

El consumo de cigarrillos por día era de más de 15 cigarrillos en el 70,3% de los casos.

Casi un tercio (29,4%) de los fumadores presentaba patologías serias relacionadas con el tabaco.

El test de Henri Mondor nos indica que el 14,7% presentaba muchas posibilidades de dejar el hábito, mientras que un 42,2% tenía dificultades según este test. De entre los que dejaban el hábito tabáquico a los 6 meses de la fecha del cese, sólo el 16% tenía según el test muchas posibilidades de dejarlo.

Según el test de dependencia de la nicotina de Fagerström, el 56% de los sujetos eran dependientes de la nicotina.

No se dan diferencias, entre los que eligen la intervención MN1 o MN2, con respecto a las variables sociodemográficas (edad, sexo, ocupación, actividad y nivel de estudios). Respecto a las variables relacionadas con el hábito tabáquico (edad de inicio a fumar, años de fumador, intentos de abandono del hábito, consumo de cigarrillos al día y patologías relacionadas con el tabaco), sólo se dan diferencias con respecto a la edad de inicio a fumar, más temprana en los que eligen MN2 (15 años frente a 18 de los MN1 con  $p < 0,001$ ).

Respecto a las variables de análisis (test de motivación de Henri Mondor y test de Fagerström), sólo la dependencia de la nicotina presenta diferencias respecto al

tipo de intervención ( $p=0,01$ ): los dependientes de la nicotina en la intervención MN2 son el 75% frente al 42,9% en los MN1. Su distribución en las dos intervenciones (Fig. 2) varía sobre todo para los no dependientes que un 80% están en la intervención MN1. Los dependientes de la nicotina se distribuyen casi por igual en las dos intervenciones.

Al considerar los 65 sujetos que estrictamente habían seguido las intervenciones MN1 y MN2 durante el período de estudio, encontramos que un 73% del total de fumadores seguían sin fumar al mes, y un 37% a los 6 meses. Sólo 2 fumadores, de los 7 que utilizaron parches de nicotina, consiguieron el abandono del hábito tabáquico a los 6 meses.

Con respecto a las variables sociodemográficas (edad, sexo, ocupación, actividad y nivel de estudios), sólo se dan diferencias significativas entre el grupo de éxitos y fracasos respecto a la edad: los que fracasan en el cese del hábito tabáquico presentan una media de edad inferior a los que tienen éxito (38,8 frente a 46 años  $p<0,05$ ).

Respecto a las variables relacionadas con el hábito tabáquico (edad de inicio a fumar, años de fumador, intentos de abandono del hábito, consumo de cigarrillos al día y patologías relacionadas con el tabáquico), sólo se dan diferencias con respecto a la variable años de fumador: los que tienen éxito presentan una media de años de fumador superior a los que fracasan (27 años frente a 21,1  $p<0,05$ ).

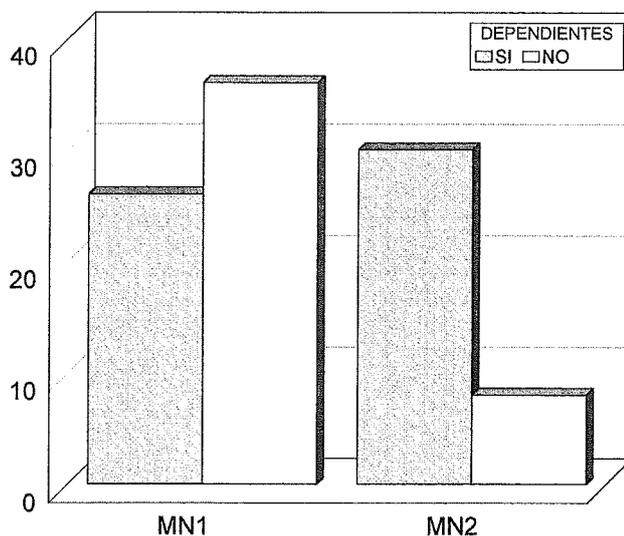


Figura 2. Dependencia de la nicotina según intervención.

Por último, respecto a las variables consideradas de análisis (test de posibilidades de éxito en el intento de abandono del hábito tabáquico, y test de dependencia) no encontramos diferencias significativas entre los éxitos y los fracasos.

En el intento del abandono del hábito tabáquico (medido al mes de la fecha del

cese) se consiguen más éxitos en los que eligen MN2 (83,3%), aunque esto ocurre al revés si contabilizamos los éxitos a los 6 meses (Fig. 3), no siendo en ninguno de los casos las diferencias significativas

Los fumadores que han elegido MN1 tienen más probabilidades de conseguir el éxito a los 6 meses que los que eligen MN2,

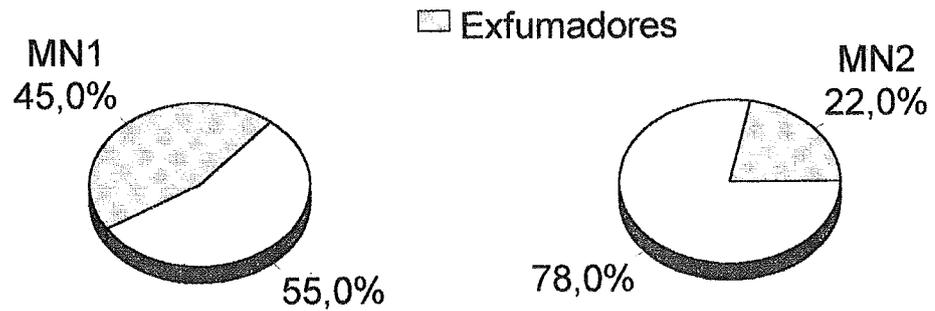


Figura 3. Resultados en dos tipos de intervenciones del Programa de Ayuda al Fumador.

aunque las diferencias no llegan a ser significativas ( $p=0,06$ ). La OR es de 2,9 (con IC 95%= 0,93-9,51).

En la tabla 1 se observa que la OR en el

análisis de los datos brutos es 2,9. Con la corrección de Mantel y Haenszel el valor de la OR es 3,66. En el análisis de los datos estratificados según la dependencia o no a la nicotina la OR toma valores diferentes.

Tabla 1. Eficacia de la intervención MN1 y MN2 en función de la dependencia de la nicotina.

TOTAL	ÉXITOS	FRACASOS	TOTAL	OR
MN1	19	23	42	2,99
MN2	5	18	23	
<i>DEPENDIENTES</i>				
MN1	10	8	18	4,38
MN2	4	14	18	
<i>NO DEPENDIENTES</i>				
MN1	9	15	24	2,4
MN2	1	4	5	

## DISCUSIÓN

Los fumadores sobre los que hemos realizado las intervenciones presentan características similares a las encontradas en otros estudios en cuanto a la distribución por edad y sexo: son más fumadores los varones. En el grupo de edad más joven predominan las mujeres<sup>2</sup>.

Destaca que algo más de un tercio de los fumadores (35%) no habían intentado nunca el abandono del hábito tabáquico y casi otro tercio (29%) tenía patología seria relacionada con el tabaco.

El perfil del fumador que consigue el abandono del hábito tabáquico es un varón de 46 años de edad que lleva 27 años fumando. Los ex-fumadores a los 6 meses eran de mayor edad y habían fumado durante más número de años que los que no consiguieron dejar el hábito tabáquico. No influyen en el éxito otras variables, ni siquiera el tener patología seria relacionada con el tabaco<sup>10</sup>. Los motivos para dejar de fumar que aduce son sobre todo de salud<sup>20</sup>.

No se elige una mayor intervención si se previenen menos posibilidades de éxito (test

de Henri Mondor), lo que nos puede indicar que en los dos grupos (MN1 y MN2) no hay diferencias en cuanto a la autovaloración que hacen los fumadores de sus posibilidades de éxito. Sería necesario profundizar en otros factores relacionados con la motivación y la fuerza de voluntad que pudieran ser predictivos de los éxitos. En futuros estudios podría ser interesante realizar una investigación de tipo cualitativo para analizar dichos aspectos.

En cuanto a la dependencia de la nicotina, si bien entre los MN2 encontramos mayor número de dependientes de la nicotina<sup>21</sup>, éste no es un factor decisivo a la hora de elegir una u otra intervención, ya que entre los que tienen dependencia de la nicotina no predominan los que eligen una mayor intervención (MN2) y eligen casi al 50% la intervención MN1 o MN2.

El estudio realizado es un descriptivo de dos intervenciones (MN1 y MN2), elegidas por los fumadores, para dejar de fumar en el ámbito de la AP. Es decir el objetivo no era comparar la eficacia de una u otra intervención, ya que para ello la asignación de sujetos tendría que haber sido aleatoria, sino describir las características de los fumadores disonantes y los factores que condicionan el éxito o que les llevan a elegir MN1 o MN2.

A partir de esta experiencia se constata que la intervención sobre tabaquismo, si se realiza por todo el EAP consigue éxitos importantes (37% de exfumadores a los 6 meses). A diferencia de otros estudios<sup>10,14</sup> se consiguen más éxitos con la intervención MN1 (45% frente a 22% de MN2), aunque los resultados al mes son más favorables para la MN2. Hay que considerar que en los MN2 encontramos mayor número de dependientes de la nicotina, y que a pesar de que se les aconsejó, apenas utilizaron parches de nicotina para la deshabituación. Es por tanto un grupo (MN2) que si se les hace un seguimiento más continuado (como se realizaba durante el primer mes) los resultados son satisfactorios. En los 5 meses siguientes (en que sólo se realizó una visita) hubo un alto número de recaídas.

Para futuras experiencias se podría hacer más hincapié en el seguimiento del fumador que elige MN2 y en el tratamiento

mediante reemplazamiento de nicotina sobre todo para aquellos fumadores dependientes de ésta<sup>10,20</sup>.

De la diferente distribución de los dependientes de la nicotina en el grupo de MN1 y MN2 y de los resultados de éxitos obtenidos podemos deducir que la intervención sobre el fumador no puede ser de igual forma en todos los fumadores, sino que debe adecuarse a su nivel de dependencia y motivación.

*Agradecimientos:* A Martín Oteiza y Helena Manso de la empresa de Análisis sociológicos y territoriales Ikersare AST, por las aportaciones y el análisis estadístico de los datos.

Al Equipo de Atención Primaria de Chantrea que ha llevado a la práctica el PAF.

## BIBLIOGRAFÍA

1. SALLERAS L, PARDELL H, SALTÓ E, MARTÍN G, SERRA L, PLAUS P et al. Consejo antitabaco. *Med Clin (Bar)* 1994; 102: 109-117.
2. PLANS P, NAVAS E, TARÍN A, RODRÍGUEZ G, GALI N, GAYTA R et al. Coste-efectividad de los métodos de cesación tabáquica. *Med Clin (Barc)* 1995; 104:49-53.
3. ESTAPÉ J, AGUSTÍ A, FONT A, SALVADOR T, VIÑOLAS N. Tabaco y Cáncer. *Med Clin (Barc)* 1987; 89: 30-37.
4. PANDELL H. El tabaquismo: epidemia de nuestro tiempo. *Med Clin (Barc)* 1985; 85: 539 - 541.
5. CABEZAS MC, GLYNN T. El control del tabaquismo desde los centros de Atención Primaria. Un análisis comparativo entre EEUU y España. *Revisiones en Salud Pública* 1991; 2:25 - 41.
6. MARÍN TUYÁ D, SALVADOR LLIVINA T. Intervención mínima en el tabaquismo desde la Atención Primaria de Salud. *Monografías clínicas en AP (vol 2)*. Barcelona. Doyma S.A., 1989.
7. SOLBERG LI. Conferencia pronunciada el 12-12-89 en el Salón de Actos del Hospital M. Servet. Zaragoza.
8. VILLALBÍ JR, CÓRDOBA R. Ayudar a los pacientes a realizar cambios en el estilo de vida: problemas y perspectivas desde la Atención Primaria. *At Primaria* 1990;7: 82 - 84.
9. CORRAL C, PASCUAL M. Intervención sobre el tabaquismo en Atención Primaria. Estudio

- de cuatro modalidades de actuación. At Primaria 1992; 9: 287-292.
10. CORRAL C. Intervención sobre el tabaquismo desde la Atención Primaria. At Primaria 1993;11: 271-272.
  11. AZAGRA MJ, ARAGÓN LF. El tabaco y los profesionales de la Salud: situación actual. Anales Sis San Navarra 1997; 20: 33-46
  12. FERNÁNDEZ ML, GUAL A. Tabaquismo, Alcoholismo y otras drogodependencias. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Manual de Atención Primaria. Barcelona. Doyma S.A., 1989: 418.
  13. SALVADOR LLIVINA T, MARÍN TUYÁ D, AGUSTÍ VIDAL A. El tratamiento del tabaquismo: niveles de intervención. Med Clin (Barc) 1987; 89: 45-51.
  14. FORT F, MARTÍ R, HERNÁNDEZ J, ROIG P, FELIN A, JOVE J. Actitudes en la población frente a la regulación del consumo de tabaco en los centros sanitarios. At Primaria 1991; 8: 893.
  15. CÓRDOBA R, SANZ C, URIEL JA, ASENSIO L. Tipo de intervención y signo de los mensajes en la deshabitualización del tabaquismo. At Primaria 1992; 9: 66.
  16. KOTTKE TE, BREKKE ML, SOLBERG L, HUGHES JR. A randomized trial to increase smoking. Intervention by physicians. JAMA 1989; 261: 2101-2106.
  17. SOLBERG LI, MAXWELL PL, KOTTKE TE, GEPNER GJ, BREKKE ML. A systematic primary care office-based smoking cessation program. J Fam Pract 1990; 30: 647-654.
  18. Instituto de Salud Pública de Navarra. Proyecto de Ayuda a Fumador: implantación en la red de Atención Primaria. Boletín de Salud Pública de Navarra 1995; 11: 2-9.
  19. JARVIS MJ, BELCHER M, VESEY C, HUTCHINSON DC. Low cost monoxide monitors in smoking assessment. Thorax 1986; 41: 886-887.
  20. GRANOLLERS S, PONT A, UBEDA Y. Idoneidad de una consulta de tabaquismo en Atención Primaria. At Primaria 1995; 6: 331-336.
  21. CÓRDOBA R, MARTÍN JM, AZNAR P, DIE S, SANZ MC, FORÉS MD. Efecto de la oferta de seguimiento, versus consejo aislado en una muestra de fumadores disonantes. At Primaria 1990; 7: 350-354.

**Anexo 1.** Test de autoevaluación para calcular las posibilidades de éxito del fumador (Fuente: Centro de ayuda a la cesación del tabaquismo del hospital Henri Mondor).

	PUNTUACIÓN
1. Vengo a la consulta espontáneamente, por decisión personal .....	2
Vengo a la consulta por indicación del médico .....	1
Vengo a la consulta por indicación de mi familia.....	1
2. Ya he dejado de fumar durante más de una semana .....	1
3. Actualmente mi actividad profesional está sin problemas .....	1
4. Actualmente el plano familiar todo va bien .....	1
5. Quiero liberarme de esta dependencia.....	2
6. Hago deportes o tengo intención de hacerlos.....	1
7. Voy a estar en mejor forma física .....	1
8. Voy a cuidar mi aspecto físico .....	1
9. Estoy embarazada o mi pareja lo está .....	1
10. Tengo niños de corta edad .....	2
11. Estoy con buena moral actualmente.....	2
12. Tengo costumbre de lograr lo que emprendo .....	1
13. Soy más bien de temperamento tranquilo .....	1
14. Mi peso es habitualmente estable .....	1
15. Voy a acceder a una calidad de vida mejor.....	2
La suma de puntos obtenida indica sus posibilidades de éxito:	
16 puntos y más .....	muchas probabilidades
12 a 15 puntos.....	bastantes probabilidades
7 a 12 puntos.....	oportunidades reales, pero con dificultad
6 puntos y menos .....	¿es este el momento?

**Anexo 2.** Test de dependencia a la nicotina de Fagerström

<b>Cuestiones</b>	<b>Respuesta</b>	<b>Puntos</b>
1. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	1-15	0
	16-25	1
	> 25	2
2. ¿Cuánto tiempo transcurre desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo?	< 30 min.	1
	> 30 min.	0
3. ¿Fuma más por las mañanas que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
4. ¿Qué cantidad de nicotina tienen los cigarrillos que fuma?	< 0,8 mg	0
	0,9-1,2 mg	1
	> 1,3 mg	2
5. ¿Le resulta difícil no fumar en lugares donde esté prohibido (cine, etc.)?	Sí	1
	No	0
6. ¿Fuma cuando está enfermo?	Sí	1
	No	0
7. ¿Qué cigarrillo le produce mayor placer?	El primero	1
	Otros	0
8. ¿Se traga el humo?	Siempre	2
	A veces	1
	Nunca	0

PUNTUACIÓN: 6 ó más puntos indica que existe dependencia y a partir de 11 dependencia intensa.