

Mitos sobre el tabaco: una pregunta de examen

Alba Saa Casal^{a,c,*}, Mercedes Salvador Aguilá^{b,§}, Javier Guillem Saiz^{c,Δ}, Carmen Saiz Sánchez^{d,Φ}

Facultad de Medicina



Resumen

Introducción: El tabaquismo es una de las principales causas de muerte prematura y de pérdida de calidad de vida relacionada con la salud.

Objetivo: La finalidad de este trabajo consistió en explorar y evaluar las respuestas formuladas a una pregunta de examen en los conocimientos adquiridos en mitos sobre el tabaco y su desmitificación, después de haber impartido una práctica de Epidemiología y Salud Pública a 344 alumnos de 1º curso Grado en Medicina (2019-2020).

Método: Se realizó en una muestra de 344 alumnos de la Universidad de Valencia (curso 2019-2020), a los que se impartió una práctica en la que se dieron a conocer algunos de los mitos más populares sobre el tabaco, que consultan con frecuencia los pacientes. En la práctica se elegía, comentaba y exponía por parejas un mito de un

manual, por elección libre de los alumnos y sin repetir los ya elegidos. La pregunta formulada en el examen versaba en exponer un mito de forma libre y redactar la respuesta que le darían a sus pacientes.

Resultados: El grupo de mito más redactado fue el referido a los mitos de tabaco y salud, donde destacó “dejar de fumar engorda”. Menos del 1% de los alumnos eligieron el grupo de mitos relacionados con la economía.

Conclusiones: Los resultados obtenidos nos indican que los conocimientos sobre mitos presentados a los alumnos pueden trasladarse al resto de la sociedad dificultando la labor de los profesionales sanitarios en la deshabituación tabáquica. Además, la mayoría de alumnos manifiestan preocupación por temas de salud e imagen en relación al consumo de tabaco.

^a Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España.

^b Hospital de Manises, Manises, Valencia, España.

^c Universidad Internacional de Valencia, Valencia España.

^d Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universidad de Valencia, Valencia España
ORCID ID:

* <https://orcid.org/0000-0003-0153-8366>

[§] <https://orcid.org/0000-0003-2541-3664>

^Δ <https://orcid.org/0000-0002-5438-9715>

^Φ <https://orcid.org/0000-0002-9294-4716>

Recibido: 1-agosto-2021. Aceptado: 31-enero-2022.

* Autor de correspondencia: Alba Saa Casal.

Correo electrónico: saa.alva@gmail.com

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Palabras clave: *Docente de medicina; tabaco; enseñanza de la medicina; educación médica; dejar de fumar.*

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Smoking myths: an examination question Abstract

Introduction: Smoking is one of the main causes of premature death and loss of quality of life related to health.

Objective: The purpose of this work was to explore and evaluate the answers formulated to an exam question in the knowledge acquired in myths about tobacco and its demystification after having taught an Epidemiology and Public Health practice to 344 students of 1st year Degree in Medicine (2019-2020).

Method: It was carried out in a sample of 344 students of the University of Valencia (2019-2020 academic year), who were given a practice in which some of the most popular myths about tobacco that patients frequently consult were made known. In practice, a myth from a

manual was chosen, commented on and presented in pairs by free choice of the students and without repeating those already chosen. The question formulated in the exam was about exposing a myth freely and writing the answer that they would give to their patients.

Results: The most widely written group of myths was the one referring to tobacco and health myths, highlighting “quitting smoking makes you fat”. Less than 1% of the students chose the group of myths related to economics.

Conclusions: The results indicate that the knowledge about myths presented to the students can be transferred to the rest of society, making it difficult for health professionals to quit smoking. In addition, the majority of students express concern about health and image issues in relation to tobacco consumption.

Keywords: *Medical teacher; tobacco; medical training; medical education; smoking cessation.*

This is an Open Access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

Mitos y realidades sobre el tabaco, qué hay de verdad detrás de todas esas frases que han sido escuchadas tantas veces sobre el consumo de tabaco y en las que se presentan algunos ejemplos: La oración “El tabaco de liar es menos perjudicial que el convencional”, sería falsa¹. Según el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), el nivel de monóxido de carbono es un 30% más elevado en el cigarrillo de liar, así como su concentración en nicotina y alquitrán. “El cigarrillo electrónico es una terapia segura y eficaz para dejar de fumar”, sería falso². Los aerosoles de estos dispositivos pueden contener sustancias dañinas como metales pesados y compuestos orgánicos que pueden generar daño pulmonar agudo o incrementar a largo plazo patología pulmonar obstructiva crónica. “Se aconseja fumar poco en una mujer embarazada ya que no daña al feto” sería falsa. Siempre que se fuma hay alteraciones en el feto, pues los componentes del tabaco atraviesan la barrera placentaria³. “El tabaco

rubio no es tan malo como el negro,” sería falso. Las dos variedades de tabaco tienen el mismo tipo de componentes nocivos. “Los cigarrillos *light* no hacen daño”, sería falso. Los cigarrillos bajos en nicotina y alquitrán tienen el resto de los componentes iguales que los cigarrillos convencionales y también son cancerígenos⁴. “Yo no dependo del tabaco, puedo dejar de fumar cuando quiera. El tabaco no es una droga”, sería falso. Esto suele ser una excusa para continuar fumando. Todo fumador es dependiente física y psicológicamente del tabaco, aunque fume poco^{5,6}. El tabaco cumple todos los requisitos de una droga. “Cuando estoy nervioso o necesito concentrarme, lo único que me ayuda es fumar. Me relaja”, sería falsa. En realidad, la nicotina es una sustancia estimulante, no relajante. Es posible que en el momento notes alivio, quizás porque reduzcas la sensación de abstinencia, pero a medio plazo, al fumar estás aumentando la tensión del organismo⁵. Así que aparte de ser falso te recordamos que hay muchas otras formas de relajarse. “Ya es tarde para dejarlo.

No merece la pena”, sería falso. Nunca es tarde para dejarlo. Por mucho tiempo que lleves fumando siempre vas a experimentar cambios positivos en cuanto a salud, bienestar físico y psíquico, economía y estética⁷. “Fumo porque me gusta”, sería falso. Acuérdate de lo desagradable que fue tu primera calada. Fumas porque tienes dependencia al tabaco. Entre un 70% y un 80% de los fumadores confiesa que les gustaría dejar de fumar⁶⁻⁸.

La metodología para realizar prevención en tabaquismo cuenta con muchas posibilidades de estudio que nos van a ayudar a conocer y entender, para comprender, comunicar, integrar y transmitir mensajes a los pacientes en la clínica de la deshabituación tabáquica. Las controversias y los mitos se plantean con gran frecuencia en las consultas y es necesario que los profesionales sepamos actuar de forma acertada frente a esta demanda de información que puede dificultar nuestra labor en el abordaje del abandono de la adicción. Para ello deberemos entender los miedos y las dudas de los que fuman y de los que pretenden dejarlo.

Reflexionar sobre creencias erróneas y mitos sobre el tabaco, adquiriendo información bien documentada, contribuye a enriquecer características de formación académica de nuestros sanitarios, pero también a conocer sus preferencias personales en su entorno social. El consumo tabáquico entre 15 y 24 años afecta al 18.5%. En este grupo de edad, el 21.4% de los hombres y el 15.5% de las mujeres consumen tabaco.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio fue explorar las respuestas sobre los conocimientos adquiridos en una práctica sobre “los mitos en tabaco” realizada por estudiantes de la materia de Epidemiología y Medicina Preventiva en el Grado de Medicina de la Facultad de Medicina, dado que es una institución 100% libre de humo del tabaco.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en una muestra de 344 alumnos de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Valencia (UV) mediante muestreo no probabilístico, por conveniencia a partir de un taller práctico

en deshabituación tabáquica impartido en la asignatura de Epidemiología y Medicina Preventiva de segundo curso, en ocho grupos de 43 alumnos, a través de las respuestas a una pregunta de examen formulada sobre el mismo.

En la docencia del taller se detalla primero el procedimiento terapéutico del abandono de dependencia del tabaco, las distintas formas de abordaje farmacológico y la diferenciación de las etapas de cambio formuladas por Prochaska y Diclemente en las que se clasifican los pacientes⁹. En la segunda parte, dado que se realiza desde el aula de informática, se consulta el manual “50 mitos del tabaco”⁷ en el que se presenta una extensa revisión de los mismos. El procedimiento metodológico seguido durante el taller consistió en organizar a los alumnos por parejas, quienes elegían un mito distinto que debían revisar, resumir y argumentar en un relato. Posteriormente, los alumnos expusieron al resto de sus compañeros el mito elegido, con un ejercicio de *rol-playing*, donde interpretaban médico y paciente. Todos escucharon un mínimo de 21 mitos en su taller, instando a profundizar en otros mitos al conocer el manual.

Para evaluar el taller realizado se formuló una pregunta de examen pidiendo en la misma elegir un mito y comentar la respuesta que darían a sus pacientes ante la demanda de información, determinando de esta forma las preferencias de conocimientos adquiridos en cuanto a los mitos relatados y explicados durante la práctica de forma imparcial.

Con base en los exámenes leídos y calificados se obtuvieron las siguientes variables objeto de nuestro estudio: elección del mito, estilo de redacción, frecuencia de respuestas, clasificación por categorías: grupo académico según el idioma en el que cursan la asignatura, formando 4 grupos con la abreviaturas por siglas: inglés (grupo denominado AR con 75 alumnos); castellano 2 grupos (B con 88 alumnos y C con 91 alumnos) y valenciano (V con 47 alumnos), y sexo. Las respuestas obtenidas se agruparon dentro de los diferentes grupos de mitos (**tabla 1**) propuestos en la clasificación del autor del manual.

A la información obtenida se le asignó un código numérico por el investigador, así como se codificaron el resto de las variables y se trató conforme a la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal

Tabla 1. Mitos y grupos de mitos

Capítulo I. Los mitos del tabaco y libertad
<ul style="list-style-type: none"> • “Fumo porque quiero” • “Fumo porque me gusta” • “El cigarrillo simboliza la liberación de la mujer” • “Fumar es una libre opción de adultos informados” • “Los gobiernos no tienen derecho a decirle a los empresarios lo que tienen que hacer” • “El fumador perseguido” • “Las prohibiciones son contraproducentes”
Capítulo II. Los mitos del tabaco y la salud
<ul style="list-style-type: none"> • “Todo el mundo sabe que el tabaco es malo” • “De algo hay que morir” • “Las drogas ilegales son más peligrosas” • “Es el papel lo nocivo; el tabaco es un producto natural” • “El humo de tabaco molesta a los obsesivos” • “No se ha demostrado una relación causal entre respirar humo de tabaco y enfermedades” • “El tabaco me sirve para afrontar el estrés” • “Los aditivos del tabaco son naturales” • “Fumar después de una comida es un placer” • “El tabaco aumenta el atractivo sexual” • “El tabaco aumenta el rendimiento intelectual”
Capítulo III. Mitos de dejar de fumar
<ul style="list-style-type: none"> • “Dejar de fumar no me compensa” • “No tengo suficiente fuerza de voluntad” • “Esto de dejar de fumar es psicológico” • “Los medicamentos no son eficaces” • “Solo quiero reducir a 3 o 4 cigarrillos al día” • “Dejar de fumar engorda” • “Por uno no pasa nada”
Capítulo IV. Los mitos sociales del tabaco
<ul style="list-style-type: none"> • “La publicidad busca garantizar la competencia” • “Las advertencias sanitarias no son efectivas” • “El cine refleja la realidad social” • “Hay que respetar la libertad artística” • “Regalar tabaco en las bodas es una tradición” • “La regulación enfrentará a fumadores y no fumadores” • “Los fumadores y no fumadores pueden compartir espacios ventilados” • “El control del tabaco es una moda de Estados Unidos” • “Más contamina el tráfico” • “Los problemas entre fumadores y no fumadores se resuelven con cortesía” • “Los antitabaco son unos fanáticos” • “La solución es la educación” • “Si es tan malo porque no se prohíbe”
Capítulo V. Los mitos del tabaco y la economía
<ul style="list-style-type: none"> • “El control del tabaquismo costará empleos” • “Los gobiernos perderán ingresos si aumentan los impuestos” • “Los impuestos del tabaco cubren los costes de su uso” • “El Estado ahorra dinero en pensiones” • “Más impuestos aumentarán el contrabando” • “El cultivo de tabaco es una fuente de riqueza para muchas regiones del mundo” • “El Estado se lucra con el tabaco” • “Subir los impuestos repercute en el IPC” • “Los altos impuestos a los cigarrillos perjudican a los pobres” • “Los eventos artísticos y deportivos desaparecerán sin el apoyo de la industria tabacalera” • “Los ambientes libres de humo perjudicarán a la hostelería” • “El control del tabaco atenta contra la soberanía del consumidor”

15/1999 de 13 de dic (LOPD) y normas éticas de la declaración de Helsinki.

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión fueron:

1. Ser alumno de la Universidad de Valencia y estar matriculado en la asignatura.
2. Realizar el taller/práctica “Prevención del tabaquismo”.
3. Presentarse y responder a la pregunta de examen de la materia.

Análisis estadístico

El análisis se desplegó en dos metodologías: cuantitativa y cualitativa. La primera basándose en aspectos observables y susceptibles de cuantificación, utilizando una estadística descriptiva para el estudio de los datos, elaborando tablas de frecuencias absolutas y porcentajes de los mitos escogidos por cada uno de los alumnos. En la segunda fase se analizaron las relaciones existentes entre el sexo, el grupo académico y el tipo de mito seleccionado, que fueron clasificados en cinco categorías atendiendo a la naturaleza que da origen a sus narraciones: libertad, salud, relacionados con dejar de fumar, sociales y económicos. La comparación de la distribución de frecuencias se realizó con el test de chi cuadrado de

Pearson. En referencia a la metodología cualitativa se estudió su estilo de redacción y preferencias en la elección del mito. Es importante destacar que ambas pueden ser complementarias en el estudio de los conocimientos y comprensión de la materia.

La transcripción, tabulación y procesamiento de datos se realizó a través del paquete estadístico SPSS (versión 22).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

A la información obtenida se le asignó un código numérico por el investigador, así como se codificaron el resto de las variables y se trató conforme a la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999 de 13 de dic (LOPD) y normas éticas de la declaración de Helsinki. Los estudiantes aceptaron participar en el estudio mediante un Consentimiento Informado presentado en el examen.

RESULTADOS

Del total de los 344 alumnos matriculados durante el curso académico 2019-2020 (edad media 19.2 años), 306 (89%) se presentaron al examen de los cuales 301(87.5%) contestaron a la pregunta sobre mitos del tabaco (25.9% hombres y 74.1% mujeres). Las respuestas obtenidas se agruparon dentro de los diferentes grupos de mitos (**tabla 2**) y presentan los siguientes resultados.

Tabla 2. Distribución del grupo de mito según sexo (N=301)

Grupo de mito	n			%
Tabaco y salud	126			42
Dejar de fumar	118			39
Tabaco y libertad	36			12
Mitos sociales	18			6
Tabaco y economía	3			1
Sexo	n			%
Masculino	78			25.9
Femenino	223			74.1
Grupo de mito	% Masculino	% Femenino	p-valor Chi ²	
Tabaco y salud	43	43	0.831	
Dejar de fumar	38		39	
Tabaco y libertad	10		12	
Mitos sociales	8		5	
Tabaco y economía	1		3	

Tabla 3. Distribución de los mitos más redactados y según sexo

Mitos	n	%	p-valor	Chi ²
Dejar de fumar engorda	129	43	0.000*	0.169
El tabaco de liar es menos perjudicial	64	21	0.260	-0.044
De algo hay que morir	27	9	0.007*	-0.104
El tabaco sirve para afrontar el estrés	24	8	0.006*	-0.106
Por uno no pasa nada	36	12	0.001*	0.130
El tabaco aumenta el atractivo sexual	21	7	0.548	-0.023
Mitos	% Masculino	% Femenino	p-valor	
De algo hay que morir	10	9.1	0.098	
El tabaco sirve para afrontar el estrés	4.3	10		
El tabaco de liar es menos perjudicial	32	15		
El tabaco aumenta el atractivo sexual	2.4	8.2		
Dejar de fumar engorda	37.5	45		
Por uno no pasa nada	13.5	12.5		

Tabla 4. Elección del grupo de mito y de los mitos según el grupo académico

Grupo de mito	AR% (n)	B % (n)	C% (n)	Va% (n)	p-valor Chi ²
Tabaco y libertad	11 (9)	9 (8)	15 (14)	12 (6)	0.006*
Tabaco y salud	39 (29)	32 (28)	57 (52)	42 (20)	
Dejar de fumar	45 (33)	48 (42)	24 (22)	39 (18)	
Mitos sociales	4 (3)	11 (10)	4 (3)	3 (1)	
Tabaco y economía	1 (1)	0 (0)	0	4 (2)	
Mito	AR% (n)	B% (n)	C% (n)	Va% (n)	p-valor Chi ²
Dejar de fumar engorda	54 (41)	46 (40)	19 (17)	57 (27)	0.001*
El tabaco de liar es menos perjudicial	15 (11)	18 (16)	26 (24)	22 (10)	
De algo hay que morir	5 (4)	0 (0)	23 (21)	5 (2)	
El tabaco sirve para afrontar el estrés	5 (4)	13 (11)	11 (10)	5 (2)	
Por uno no pasa nada	7 (5)	18 (16)	17 (15)	8 (4)	

El grupo más redactado fue el referido a los mitos de tabaco y salud, con un 42% de las respuestas, y solo el 1% de los alumnos escogieron el mito del tabaco y la economía. Al estratificar los resultados según el sexo de los alumnos (**tabla 2**), no encontramos diferencias estadísticamente significativas en la elección del mito ($p = 0,831$).

Los mitos más redactados están recogidos en la **tabla 3**. Destacamos con un 43% de las respuestas el mito de “Dejar de fumar engorda”. Al analizar la relación por sexo, no se obtuvo un resultado estadísticamente significativo entre el mito elegido y el sexo del alumno ($p = 0,098$).

Si estudiamos la distribución de las respuestas

según el grupo académico (**tabla 4**), encontramos diferencias estadísticamente significativas en el grupo del mito ($p = 0.006$) y en la redacción del mito ($p = 0.001$).

En cuanto a la forma de redacción del mito, el 55% de los alumnos contestó de manera literal, mientras que 45% lo hizo de manera conceptual, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas según el grupo académico ($p = 0.033$), no se encontraron diferencias según el sexo. ($p = 0.762$).

La frecuencia de consumo no fue objeto de pregunta de examen y, posterior a la realización de la práctica, 5 estudiantes solicitaron ayuda para dejar de fumar.

DISCUSIÓN

La sociedad está compuesta por diferentes grupos donde la identidad personal viene impuesta por unos valores y creencias preconcebidos denominados estereotipos. En algunos casos se puede considerar el tabaquismo como un símbolo de autoafirmación y de independencia, asociándose erróneamente con un mayor grado de madurez y de experiencia, especialmente en grupos más jóvenes¹⁰⁻¹².

Con respecto a la idea de engordar, al dejar de fumar, el gasto energético se reduce en 300-400 calorías al día. Para contrarrestar la reducción del gasto energético es necesaria una adecuada ingesta de alimentos y aumento de la actividad física ya que es capaz de proporcionar un alto nivel de bienestar y favorecer el cese de la adicción⁹. Diversos estudios¹³ aportan que ganar unos 2-3 kg es un menor riesgo que continuar fumando, ya que esto supone un riesgo coronario equivalente a un sobrepeso similar a 40 kg. Engordar al dejar de fumar es evitable y esto es lo verdaderamente importante¹⁴.

El segundo mito más nombrado fue “El tabaco de liar es menos perjudicial”. En el año 2007 el consumo de tabaco de liar estaba en un 1.8% de los fumadores y aumentó hasta un 18.6% en 2015¹⁵. En cuanto a las creencias sobre la nocividad de los distintos tipos de tabaco que existen en el mercado, se realizó un estudio en el que el 25% de los encuestados opinaba que el tabaco de pipa, el de puro y el de liar eran menos perjudiciales que el tabaco manufacturado¹⁶⁻¹⁸.

Pese al arraigo que tiene este mito en la sociedad actual, en el año 2014 expertos de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica advirtieron que se aspira más monóxido de carbono cuando se fuma tabaco de liar que si se fuma un cigarrillo manufacturado, si comparamos la presencia de aditivos en un cigarrillo manufacturado, estos alcanzan el 10% de su peso; mientras que en tabaco de liar de la misma marca, se alcanza el 22%¹⁷ y mantienen mayores concentraciones de nicotina.

El tercer mito más nombrado fue “Por uno no pasa nada”. Cuando este mito invade el pensamiento de la persona que está en proceso de abandono del tabaco, puede ser presagio de una recaída. La ayuda psicológica-conductual y farmacológica es muy importante en el camino del abandono del tabaco¹⁹.

El arraigo de comportamientos sociales también ayuda a los fumadores en su cese, con entornos que favorecen y dan facilidades para ello¹².

La adicción al tabaco es una adicción física, psíquica y social, los trabajadores sanitarios pueden actuar sobre las dos primeras, pero la tercera depende del entorno social del paciente.

Dentro de las funciones de la educación médica actual, debemos promover la autonomía del alumno con el fin de poder gestionar sus propios aprendizajes en su carrera académica y poseer las herramientas intelectuales y sociales necesarias para su futura formación y carrera laboral. El estudio nos ha servido para reflejar las preferencias de conocimientos de los futuros médicos sobre los mitos del tabaco. Posiblemente nuestros alumnos puedan ostentar una tasa de tabaquismo inferior a la de otros jóvenes universitarios de otros grados y programas, es difícil obtener una muestra representativa en el contexto universitario global, aunque podría plantearse para futuras investigaciones.

El carácter práctico de la evaluación de los conocimientos adquiridos se realizó con base en proporcionar contenidos, medios y resultados para aplicar a posteriores intervenciones a sus pacientes y efectuar una mejor intervención académica en este tema. Aunque las distintas asignaturas del Grado de Medicina contemplan conocimientos básicos sobre el tabaco y sus repercusiones en la salud, deseamos insistir en el escaso tiempo dedicado a la formación en deshabituación del tabaco.

Nuestro estudio presenta algunas limitaciones como el tamaño de la muestra y el carácter no aleatorio de la misma, que restringen la generalidad de los resultados. De cara a futuros estudios, sería recomendable comparar diferentes universidades públicas y privadas, además de contrastar respuestas de diferentes cursos con el fin de evaluar la evolución del conocimiento de los estudiantes.

CONCLUSIONES

El estudio revela que algunos de los mitos más desarrollados y reconocidos por los alumnos pueden trasladarse al resto de la sociedad. La labor de los profesionales sanitarios para el abordaje de la deshabituación tabáquica se puede ver mermada si estos mitos se interpretan como legítimos, al excusar y

justificar los discursos para no abandonar el tabaco. Asimismo, la mayoría de los alumnos manifiestan preocupación por temas de salud y de imagen corporal en la elección del mito, sin mostrar interés por la relación de la economía, los temas sociales y la libertad. Cabría destacar este enfoque al ser estudiantes de Medicina.

CONTRIBUCIÓN INDIVIDUAL

- AS: Redacción del borrador, revisión bibliográfica, redacción artículo final.
- JG-S: Conceptualización, metodología, análisis de los datos, redacción.
- MS: Redacción del artículo final, metodología.
- CS: Realización de la práctica y la pregunta de examen, corrección de examen, análisis, supervisión del estudio.

AGRADECIMIENTOS

A los alumnos de Medicina por formar parte del estudio. A la Universitat de València por permitir el mismo.

PRESENTACIONES PREVIAS

Ninguna.

FINANCIAMIENTO

Ninguno.

CONFLICTOS DE INTERESES

Ninguno. 🔍

REFERENCIAS

1. Castaño Calduch T, Hebert Jiménez C, Campo San Segundo MT, Ysa Valle M, Pons Carlos-Roca A. Tabaco de liar: una prioridad de salud pública y consumo. *Gaceta Sanitaria*. 2012 May 1;26(3):267-9. doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.010
2. Hajek P, Phillips-Waller A, Przulj D, et al. A Randomized Trial of E-Cigarettes versus Nicotine-Replacement Therapy. *N Engl J Med*. 2019;380(7):629-37. doi:10.1056/NEJMoa1808779
3. Villena Ferrer A, Morena Rayo S, Párraga Martínez I, González Céspedes MD, Soriano Fernández H, López-Torres Hidalgo. Factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes. *Rev Clin Med Fam [Internet]*. 2009 Jun [citado 2022 Ene 30];2(7):320-5. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200002&lng=es
4. Nerín I. El fumador pasivo, ¿mito o realidad? *Archivos de Bronconeumología*. 2006;42:25-31.
5. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet*. 2016;387(10037):2507-20. doi:10.1016/S0140-6736(16)30272-0
6. Valera Fernández MR, González Cuello AM, Aceña Domínguez R, Valera Fernández AB, Moreno Poyato AR, Fonseca Casals F. Efectividad de una intervención de enfermería sobre abordaje al tabaquismo en personas con un trastorno mental. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental* 2019 Dec 12;(9):3-9.
7. Córdoba R, Samitier E. 50 Mitos del tabaco. Zaragoza: Departamento de Salud y Consumo Gobierno de Aragón; 2009.
8. Ruiz Mori E, Ruiz Mori H, Salazar-Rojas R, Torres-Mallma C, Valer-Villanueva S, Santiago B, Blas-Rodríguez HJ, Vásquez Tornero C, Guevara Gonzales L. Conocimiento de los riesgos del tabaquismo en fumadores, exfumadores y no fumadores. *Horizonte Médico (Lima)*. 2016;16(1):32-37.
9. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(3):390-5. doi:10.1037//0022-006x.51.3.390
10. Sakai-Bizmark R, Richmond TK, Kawachi I, et al. School Social Capital and Tobacco Experimentation Among Adolescents: Evidence From a Cross-Classified Multilevel, Longitudinal Analysis. *J Adolesc Health*. 2020;66(4):431-8. doi:10.1016/j.jadohealth.2019.10.022
11. Cavazos-Rehg P, Li X, Kasson E, et al. Exploring How Social Media Exposure and Interactions Are Associated With ENDS and Tobacco Use in Adolescents From the PATH Study. *Nicotine Tob Res*. 2021;23(3):487-94. doi:10.1093/ntr/ntaa113
12. Grobman B, Wu R, Jackson A, et al. First tobacco product tried among adolescents based on race/ethnicity and socioeconomic status. *Addict Behav*. 2021;113:106666. doi:10.1016/j.addbeh.2020.106666
13. McDonald P, Maxwell T, Lawrance K. For Smokers Who Don't Want to Quit One Step at a Time. [Internet]. Canadian Cancer Society; 2013. [citado el 10 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.smokershelpline.ca/docs/default-source/default-document-library/pdf/osaat-who_dont_want_to_quit_en_nov2014.pdf?sfvrsn=74f7d3f1_0
14. Kos K. Cardiometabolic Morbidity and Mortality with Smoking Cessation, Review of Recommendations for People with Diabetes and Obesity. *Curr Diab Rep*. 2020;20(12):82. doi:10.1007/s11892-020-01352-6
15. Tarrazo M, Pérez-Ríos M, Santiago-Pérez MI, Malvar A, Suanzes J, Hervada X. Cambios en el consumo de tabaco: auge del tabaco de liar e introducción de los cigarrillos electrónicos. *Gac Sanit*. 2017;31(3):204-9. doi:10.1016/j.gaceta.2016.06.002
16. O'Connor RJ, McNeill A, Borland R, et al. Smokers' beliefs about the relative safety of other tobacco products: findings from the ITC collaboration. *Nicotine Tob Res*. 2007;9(10):1033-42. doi:10.1080/14622200701591583

17. Chapman S. "Keep a low profile": pesticide residue, additives, and freon use in Australian tobacco manufacturing. *Tob Control*. 2003;12 Suppl 3(Suppl 3):iii45-iii53. doi:10.1136/tc.12.suppl_3.iii45
18. Granda-Orive JI, Jiménez-Ruiz CA. Algunas consideraciones sobre el tabaco de liar. *Arch Bronconeumol*. 2011;47(9):425-6. doi:10.1016/j.arbres.2011.02.012
19. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;3:CD008286. doi:10.1002/14651858.CD008286.pub3