

ORIGINAL

Estudio de correlación entre diferentes escalas que miden la dependencia al tabaquismo



Jazmin Ripoll Perelló^{a,b,*}, Jennifer Pick Martín^c y Paula C. Barrés Fernández^a

^a Centro de Salud Fuente de San Luis, UDMAFYC Valencia, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España

^b Universidad de Valencia, Valencia, España

^c Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España

Recibido el 21 de noviembre de 2022; aceptado el 16 de enero de 2023

PALABRAS CLAVE

Tabaquismo;
Dependencia;
Escalas

Resumen

Objetivo: Analizar la correlación entre los grados de dependencia al tabaquismo medidos mediante los test: Fagerström de dependencia a la nicotina (FTND), dependencia conductual Glover-Nilsson (GN-SBQ) y una medida de la dependencia autopercebida (DA).

Diseño: Estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Participantes: Varones y mujeres de 18 a 65 años, fumadores a diario, escogidos mediante muestreo consecutivo no aleatorizado.

Intervenciones: Auto cumplimentación de diversos cuestionarios presentados a través de un dispositivo electrónico (del propio usuario o proporcionado por el centro de salud).

Mediciones principales: Edad, sexo y dependencia a la nicotina evaluada mediante FTND, GN-SBQ y DA. Análisis estadístico con SPSS® v.15.0: estadística descriptiva, análisis de correlación de Pearson y análisis de conformidad.

Resultados: Se incluyeron 214 individuos (54,7% mujeres) y una edad media de 52 años (rango: 27-65). Dependiendo del test utilizado, obtuvimos resultados dispares, en el nivel de dependencia alta/muy alta medido: FTND 17,3%; TG- SBQ 15,4% y DA 69,6%. La correlación de los 3 test fue de magnitud moderada ($r \approx 0,5$). Al evaluar la concordancia, comparando el FTND con la DA, en el 70,6% de los fumadores los niveles de dependencia no coincidían, sugiriendo FTND un grado de dependencia más leve que lo estimado mediante la DA. GN-SBQ vs. FTND, mostró conformidad (los niveles de dependencia eran equivalentes) en el 44,4%, mientras que en el 40,7% FTND infraestimó la dependencia respecto al GN-SBQ. Comparando DA vs. GN-SBQ, en el 64% GN-SBQ infraestimó y hubo conformidad en el 34,1%.

Conclusiones: Los pacientes que consideran una DA alta/muy alta es 4 veces superior respecto a GN-SBQ y FTND; siendo FTND el más exigente categorizando a los pacientes con dependencia muy alta. Considerar únicamente FTND de 7 para financiar la deshabituación tabáquica puede excluir a pacientes subsidiarios recibir tratamiento.

© 2023 The Authors. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ripoll.jaz@gmail.com (J. Ripoll Perelló).

KEYWORDSSmoke;
Dependence;
Scores**Study of correlation between different scales that measure smoking dependence****Abstract**

Objective: To analyze the correlation between the degrees of smoking dependence, measured with the Fagerström Test Nicotine Dependence (FTND), Glover-Nilsson Smoking Behavioral Dependence (GN-SBQ) and a measure of self-perceived-dependence (SPD).

Design: Cross-sectional descriptive observational study.

Site: Urban primary health-care center.

Participants: Men and women between 18 and 65 years old, daily smokers, selected by non-random consecutive sampling.

Interventions: Self-administration of various questionnaires through an electronic device.

Main measurements: Age, sex and nicotine dependence assessed by: FTND, GN-SBQ and SPD. Statistical analysis, with SPSS 15.0: descriptive statistics, Pearson correlation analysis and conformity analysis.

Results: Two hundred fourteen smokers were included, 54.7% were women. Median age 52 years (range: 27-65). Depending on the test used, different results of the high/very high degree of dependence were found: FTND 17.3%, GN-SBQ 15.4% and SPD 69.6%. A moderate magnitude ($r \approx 0.5$) correlation between the 3 test was found. When assessing concordance, comparing the FTND with SPD, 70.6% of smokers didn't coincide in the severity of dependence, reporting a milder degree of dependence with the FTND than with SPD. Comparing GN-SBQ versus FTND, showed conformity in 44.4% of patients while in 40.7%, the FTND underestimated the severity of dependence. Likewise, when comparing SPD with the GN-SBQ, in the 64% GN-SBQ underestimates, while in 34.1% smokers conformity was demonstrated.

Conclusions: The number of patients who consider their SPD to be high/very high was four times higher compared to the GN-SBQ or the FTND; the latter, being the most demanding, categorizing patients with very high dependence. Requiring a FTND score greater than 7 to prescribe drugs for smoking cessation may exclude subsidiary patients from receiving treatment.

© 2023 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

De acuerdo con la Encuesta Europea de Salud en España del año 2020, se ha alcanzado en las últimas décadas el nivel más bajo de población que fuma a diario en ambos sexos. Actualmente, el 16,4% de las mujeres y el 23,3% de los varones fuman a diario¹. El tabaquismo continúa siendo de lejos, el principal factor de riesgo de enfermedad y mortalidad tanto en nuestro país (Soriano JB et al., 2018), como a nivel mundial². En España, se ha estimado que un total de 51.870 muertes prematuras eran atribuibles al tabaco³.

Debido al impacto de este factor de morbimortalidad prevenible, desde el 1 de enero de 2020 el Sistema Nacional de Salud financia, 2 de los 3 fármacos disponibles en el mercado, para tratar la deshabituación al tabaco, la vareniciclina (Champix®) y el bupropion (Zyntabac®)³. No obstante, su prescripción requiere la cumplimentación de los siguientes requisitos: tener motivación expresa de dejar de fumar (contemplada como al menos un intento de abandono de consumo en el último año), fumar 10 o más cigarrillos al día y tener un alto nivel de dependencia, calificado por el test Fagerström para la dependencia a la nicotina (FTND) con puntuación igual o superior a 7³.

El FTND valora la intensidad de la dependencia física hacia la nicotina^{4,5}. A pesar de su amplio uso, este test no está exento de críticas. Por una parte, las diferentes traducciones al castellano de este cuestionario escrito originalmente en inglés han conllevado que en ocasiones

produjeran sesgos al perderse el sentido original del mismo⁶. Asimismo, varios metaanálisis han cuestionado las cualidades psicométricas de dicha prueba^{7,8}. Por ello, se ha planteado si el FTND debiera ser la única medida a tener en cuenta para valorar el trastorno por uso de tabaco. Cabría considerar otros instrumentos y herramientas disponibles que valoren la dependencia física como son los análisis toxicológicos de sustancias en sangre/orina/pelo/aire exhalado (ejemplo de ello es el uso de cooximetría, disponible en algunos centros de atención primaria) o acotar las definiciones de dependencia de sustancias y derivados expuestas en el CIE y DSM, pero sobre todo, otras herramientas que evalúen más allá de la dependencia física entre las que se encuentra la dependencia autopercibida o el test de dependencia conductual de Glover-Nilsson (Glover Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire, [GN-SBQ])⁹ que es un instrumento sencillo, validado y ampliamente utilizado en la valoración del paciente con trastorno por uso de tabaco¹⁰⁻¹².

En las consultas de atención primaria, donde se realizan la mayor parte de tratamientos para dejar de fumar, la percepción de muchos médicos es que la exigencia de una puntuación de 7 (dependencia de nicotina alta) en el FTND resulta muy restrictivo e insuficiente para determinar quién es subsidiario y quien no de beneficiarse de un tratamiento financiado para la deshabituación.

Por una parte, es cierto que algunas guías sugieren que, dada la falta de evidencia, no se emplee tratamiento farmacológico en los fumadores ligeros (menos de

5-10 cigarrillos/día, pues probablemente tengan menos dependencia a la nicotina) e insistan en un tratamiento psicológico¹³. No obstante, el consenso de expertos sobre tratamiento farmacológico del tabaquismo en España 2022 incluye en su algoritmo un FTND 4 para el tratamiento en mujeres embarazadas o en periodo de lactancia y en el resto de grupos proponen terapia sin tener en cuenta la puntuación en el FTND sugiriendo así que, en mayor o menor medida, todo paciente fumador puede beneficiarse de un tratamiento farmacológico¹⁴.

Por otra parte, valorar distintos aspectos de la dependencia puede ayudar a dirigir el tratamiento más indicado para cada paciente. Se ha observado que una elevada dependencia psicológica puede dar lugar a peores resultados en el éxito de la deshabituación¹¹. Asimismo, el tratamiento psicológico junto con tratamiento psicológico mejora las tasas de éxito de abandono tabáquico^{15,16}.

En definitiva, es necesaria una visión holística que tenga en cuenta un enfoque biopsicosocial a la hora de realizar un abordaje del paciente que inicia tratamiento de deshabituación tabáquica¹⁷. Por ello, en el presente trabajo se ha querido evaluar desde distintos puntos de vista la dependencia al tabaco (dependencia física, psicológica y autopercebida) y determinar si existe correlación entre las mismas que apoye la percepción de que la dependencia al tabaquismo no es exclusivamente física y grados de FTND < 7 pueden corresponder a dependencia psicológica y autopercebida elevadas.

Objetivo

Analizar la correlación entre los grados de dependencia al tabaquismo, medidos mediante el test de Fagerström de dependencia a la nicotina, el test de dependencia conductual Glover-Nilsson y el test de la dependencia autopercebida.

Evaluar la concordancia entre los diferentes grados de dependencia de las 3 escalas.

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal basado en la cumplimentación de diversos cuestionarios mediante un dispositivo electrónico bien del propio usuario o proporcionado por el centro de salud (fig. 1).

Muestra

Los datos utilizados en el presente trabajo fueron recogidos como parte de un estudio más amplio sobre diferencias en las características del consumo de tabaco entre varones y mujeres, en una muestra de fumadores a diario, de 18 a 65 años que estaban siendo atendidos en un centro de atención primaria en la ciudad de Valencia entre los años 2020 y 2021. La población total del centro de salud entre 18 y 64 años es de 19.302 personas. Los participantes en el estudio fueron reclutados mediante un muestreo consecutivo no probabilístico, entre aquellos pacientes que cumplían los criterios de inclusión (formar parte de la población diana, consumo diario de tabaco, haber fumado el día de la entrevista y firmar

el consentimiento informado) hasta completar el número de pacientes de la muestra. El tamaño muestral fue estimado en 246 personas suponiendo un 15% de pérdidas¹⁸. Las estimaciones han sido realizadas para un intervalo de confianza del 95% (riesgo alfa: 0,05) y una potencia del 80% (riesgo beta: 0,20).

Se excluyeron del estudio aquellos pacientes que no firmaron el consentimiento informado, los que no cumplimentaron todos los cuestionarios, las mujeres embarazadas y aquellos con antecedentes de patología psiquiátrica grave o de trastorno por uso de otras sustancias, así como terapia sustitutiva de nicotina, isoniacida o consumo de vitamina B3.

Variables

Cabe distinguir entre variables principales: dependencia a la nicotina, medida por FTND (baja, media y alta); GN-SBQ (leve, moderada, fuerte y muy fuerte); DA (muy baja, baja, moderada, alta, muy alta), todas ellas de tipo cualitativa nominal; y las variables secundarias: edad (años) variable cuantitativa discreta y sexo (varón o mujer) variable cualitativa nominal dicotómica.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados en este estudio fueron el FTND, el GN-SBQ y la valoración de la dependencia autopercebida.

El FTND es una escala validada que valora la intensidad de la dependencia física hacia la nicotina. Consta de 6 ítems, algunos con respuesta sí/no (puntuación de 0 a 1) y otros de respuesta múltiple (de 0 a 3). Se considera que una puntuación de 0-1 es indicativa de dependencia muy baja, una puntuación de 2-3 de dependencia baja, 4-5 moderada, 6-7 alta y 8-10 grado extremo^{4,5}.

El GN-SBQ es un instrumento que en la versión más ampliamente utilizada, traducida y validada en múltiples idiomas y culturas consta de 11 ítems, que se puntúan en una escala del 0 al 4, en la que 0 corresponde a nada en absoluto, 1 a algo, 2 a moderadamente, 3 a mucho y 4 muchísimo. En función de la puntuación total permite diferenciar entre una dependencia psicológica leve (< 12), moderada (12-22), fuerte (23-33) y muy fuerte (> 33)¹¹.

Por otra parte, se valoró mediante una pregunta única la dependencia autopercebida. No se trata de una escala validada, pero pretende evaluar la adicción al tabaco en función de cómo lo percibe el propio paciente. Para ello emplea la pregunta «¿Cómo considera su dependencia al tabaquismo?» que se puntúa en una escala del 0 a 4 y permite clasificarla como muy baja (0), baja (1), moderada (2), alta (3) y muy alta (4)^{9,19}.

Análisis estadístico

El análisis estadístico de los resultados se realizó mediante el programa SPSS® versión 15.0 y se llevó a cabo un análisis descriptivo de las diferentes variables cualitativas (FTND, GN-SBQ y DA).

Posteriormente, se realizó un estudio de correlación de Pearson (paramétrico) entre los 3 test de dependencia, dado que resultó indiferente emplear el coeficiente de

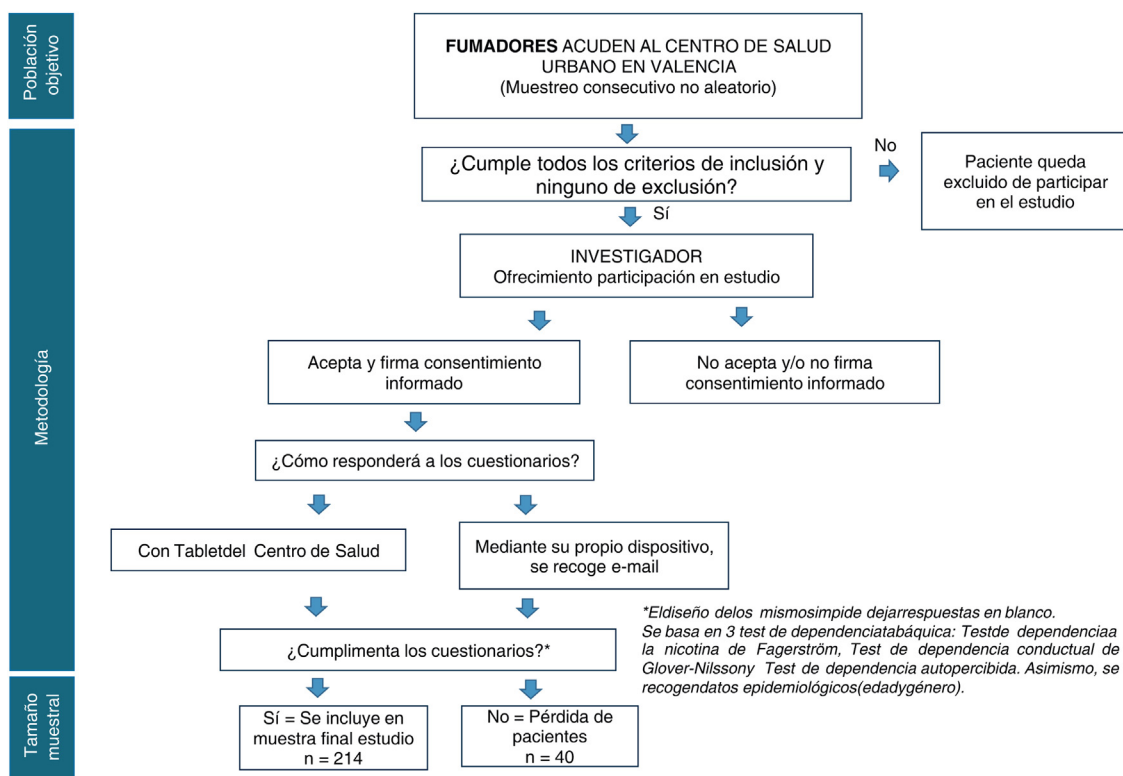


Figura 1 Esquema del estudio.

correlación de Spearman (no paramétrico) pues el tamaño muestral alcanzado ($n > 200$) proporciona el mismo resultado con ambos.

Para finalizar, evaluamos la concordancia entre los diferentes grados de dependencia de las 3 escalas.

Resultados

Caracterización de la muestra

Se reclutaron un total de 254 pacientes, 97 varones (45,3%) y 117 mujeres (54,7%), todos fumadores, con una edad media global de $52,1 \pm 9,5$ años en un rango de 27 a 65 años. De estos, 214 individuos cumplimentaron la totalidad de los test y cuestionarios y fueron los que finalmente se incluyeron en este estudio.

Grado de dependencia según escala empleada y correlación entre las mismas

Las puntuaciones medias de la muestra en las escalas utilizadas en el estudio fueron de $4,2 \pm 2,2$ puntos en la FTND, indicativa de una dependencia media, y de $15,5 \pm 6,2$ en el NT-SBQ, sugerente de una dependencia moderada. En cuanto a la DA, la gran mayoría de pacientes consideraban su dependencia alta (91 pacientes), muy alta (58) o moderada (47).

Los resultados del grado de dependencia obtenidos en la población de estudio se exponen en la [tabla 1](#).

A partir de las puntuaciones obtenidas en la FTND, el GN-SBQ y la DA se procedió a calcular la correlación mediante el test paramétrico de Pearson.

La [tabla 2](#) resume los resultados de dicho análisis de correlación entre las puntuaciones de las tres escalas utilizadas en el estudio. Las 3 correlaciones evaluadas fueron de magnitud moderada ($r \approx 0,5$) siguiendo el criterio de Thumb; aunque obviamente se rechazó la hipótesis de nulidad de las mismas ($p < 0,001$), es decir se rechazó que no hubiera correlación.

Concordancia entre las distintas escalas

El grado de correlación entre las diferentes escalas en general fue solo moderado, pero comparamos las diferentes categorías del grado de dependencia (baja/media/alta), entre las escalas, para ver la concordancia en los diferentes niveles de dependencia que puede ser útil para ver qué escala está infra/supra-estimada respecto a otra.

En la [tabla 3](#) podemos observar, al comparar FTND con la DA que en 59 pacientes (27,6%), es decir, la suma de la diagonal principal ($n = 18 + 8 + 33$), había coincidencia entre los niveles de dependencia para ambas escalas. Sin embargo, para la gran mayoría ($n = 151 = 35 + 61 + 55$; 70,6%), el FTND sugería un grado más leve que la autopercepción.

En la comparación GN-SBQ con el FTND ([tabla 4](#)), para 95 participantes (44,4%) hubo concordancia entre ambas clasificaciones mientras que para otros 87 (40,7%) el FTND infraestimó respecto a GN-SBQ, mientras que para 32 restantes (14,9%), pasó lo contrario.

Por último, analizamos la concordancia entre DA y las puntuaciones en el GN-SBQ ([tabla 5](#)). Para 73 sujetos (34,1%) hubo concordancia; para otros 137 (64%) GN-SBQ infraestimó la gravedad de la dependencia y para los restantes 4 (1,9%) sucedió lo contrario.

Tabla 1 Grado de dependencia para cada una de las pruebas empleadas (test de Fagerström de dependencia a la nicotina, test de dependencia conductual de Glover-Nilsson y dependencia auto-percibida)

	Alta* Fuerte** Muy alta/alta***	Media* Moderada** Moderada***	Baja* Leve** Baja/muy baja***
Fagerström*	17%	29,4%	53,3%
Glover-Nilsson**	15,4%	58,9%	25,7%
Dependencia autopercebida***	27,1/42,5%	22%	7,5/0,9%

Tabla 2 Correlación entre *scores* de dependencia autopercebida, el test de Fagerström de dependencia a la nicotina y el test de dependencia conductual de Glover-Nilsson: resultados del coeficiente de correlación de Pearson en la muestra total

	R	IC 95%	p-valor
Autopercebida vs. Fagerström	0,59	0,50-0,67	< 0,001*
Autopercebida vs. Glover	0,55	0,45-0,64	< 0,001*
Fagerström vs. Glover	0,45	0,34-0,55	< 0,001*

IC 95%: intervalo de confianza del 95%; R: coeficiente de correlación.

*p<0,001.

Tabla 3 Concordancia entre *score* de dependencia autopercebida y el test de Fagerström de dependencia a la nicotina

	Dependencia percibida							
	Total		Baja/muy baja		Moderada		Alta/muy alta	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Fagerström</i>								
Total	214	100,0	18	8,4	47	22,0	149	69,6
Baja	114	53,3	18	8,4	35	16,4	61	28,5
Media	63	29,4	0	0	8	3,7	55	25,7
Alta	37	17,3	0	0	4	1,9	33	15,4

Tabla 4 Concordancia entre *score* del test de dependencia conductual Glover-Nilsson y el test de Fagerström de dependencia a la nicotina

	Glover							
	Total		Leve		Moderada		Fuerte	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Fagerström</i>								
Total	214	100,0	55	25,7	126	58,9	33	15,4
Baja	114	53,3	42	19,6	67	31,3	5	2,3
Media	63	29,4	8	3,7	40	18,7	15	7,0
Alta	37	17,3	5	2,3	19	8,9	13	6,1

Discusión

La finalidad del presente estudio era valorar el grado de dependencia al tabaco en una muestra de pacientes de un centro de salud urbano en valencia empleando para ello diversas medidas (FTND, GN-SQB y la dependencia auto-percebida) y analizar si existe correlación y/o concordancia entre los resultados obtenidos mediante las mismas.

El 69,6% de la muestra reconoció un grado alto o muy alto de dependencia autopercebida al tabaco mientras que mediante el FTND solo se estimó un 17% de dependencia alta y un 14,5% de dependencia fuerte con GN-SBQ. Es decir, mediante la dependencia autopercebida hay hasta 4 veces más pacientes con una dependencia alta o muy alta de lo estimado mediante las escalas FTND y GN-SBQ. Estos hallazgos coinciden con los de otras investigaciones^{9,19} que

Tabla 5 Concordancia entre *score* de dependencia autopercibida y el test de dependencia conductual de Glover-Nilsson

	Dependencia percibida							
	Total		Baja/muy baja		Moderada		Alta/muy alta	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Glover</i>								
Total	214	100,0	18	8,4	47	22,0	149	69,6
Leve	55	25,7	14	6,5	21	9,8	20	9,3
Moderada	126	58,9	4	1,9	26	12,1	96	44,9
Fuerte	33	15,4	0	0	0	0	33	15,4

concluyen que el grado de autopercepción de dependencia del fumador es mayor al obtenido mediante los test validados (FTND y GNT).

El estudio de correlación muestra que las 3 correlaciones evaluadas son de magnitud moderada ($r \approx 0,5$).

Al igual que la investigación de Nerin I et al.¹¹, se muestra que FTND asigna una severidad más baja que la medida mediante el GN-SBQ y es que el análisis de concordancia del presente estudio concluye que el FTND infraestima hasta en un 70,6% de los casos respecto al test DA y hasta el 40,7% respecto al GN-SBQ. En definitiva, parece que FTND es mucho más exigente a la hora de categorizar a los pacientes con dependencia muy alta por lo que estamos de acuerdo con los estudios de Sancho JM⁹ y de Meneses-Gaya IC et al.⁷ con que es necesario reevaluar los puntos de corte del FTND para las distintas poblaciones para evaluar el grado de dependencia al tabaco. Exigir un FTND igual o superior a 7 (dependencia a la nicotina alta) puede excluir a pacientes susceptibles de beneficiarse de un tratamiento farmacológico.

Por otra parte, hasta un 44,4% de los casos muestran concordancia entre GN-SBQ y FTND y hasta un 34,1% entre DA y GN-SBQ. Estos valores no despreciables de concordancia, al igual que plantean otros autores^{8,9,12} nos induce a pensar que la dependencia física y psicológica no son independientes, sino que en su conjunto condicionan la dependencia a la nicotina, siendo la dependencia física (la medida mediante FTND) únicamente una parte de esta.

Por ello, el tabaquismo y su adicción debe valorarse de forma integral teniendo en cuenta los elementos biológicos, psicológicos y sociales del individuo para un óptimo abordaje del mismo. De la misma manera que en otros estudios^{9,11,15,20} consideramos que el uso de varios métodos para determinar la dependencia permite una visión holística y más centrada en el paciente. Un ejemplo de ello es la combinación de métodos de detección de consumo de sustancias junto al test de dependencia física, psicológica-conductual y también autopercibida. Consideramos interesante la idea de escuchar la percepción subjetiva del paciente que puede realizarse de forma sencilla y rápida mediante la escala Likert (dependencia autopercibida) de la misma forma que realizamos otras escalas como la escala visual analógica del dolor, esta pregunta puede ser un recurso útil en la implicación del paciente en su dependencia y en su auto-seguimiento.

Además, no podemos obviar la importancia de las medidas políticas en el esfuerzo por reducir el consumo de tabaco, pues se ha demostrado que la prevalencia de

tabaquismo disminuye incrementando el precio de los cigarrillos, mediante campañas publicitarias e implementando programas y políticas de abandono tabáquico²¹.

En definitiva, el tratamiento farmacológico debe entenderse como una herramienta facilitadora para iniciar un cambio en el comportamiento del paciente. Tiene como objetivo tratar la dependencia física a la nicotina mejorando los síntomas de abstinencia producidos por la ausencia de nicotina permitiendo así un mejor abordaje del aspecto psicológico de la adicción.

Respecto a las limitaciones del estudio, los datos proceden de otro estudio más amplio¹⁴, no siendo el propósito de este estudiar la utilidad de FTND, por lo que convendría diseñar un estudio específico para poder generalizar los resultados aquí expuestos. Asimismo, la investigación observacional tiene serias limitaciones cuando se trata de hacer inferencia causal y que la muestra ha sido seleccionada únicamente entre los pacientes que acudían al centro de salud.

Por otra parte, cabe remarcar que las dos escalas validadas empleadas valoran aspectos diferentes de la dependencia; el FTND estima la dependencia física, mientras que el GN-SBQ estima dependencia psicológica y conductual no siendo diseñado para medir la dependencia física por lo que, aunque pueda haber cierta correlación entre ambas, su comparación tiene limitaciones. No se pretende emplear el GN-SBQ para valorar la necesidad de terapia farmacológica que es la responsable de combatir los síntomas de abstinencia sino de emplearlo como una herramienta más para un abordaje combinado psicofarmacológico de la dependencia a nicotina.

En conclusión, respecto a las implicaciones de este estudio, siendo el tabaquismo el responsable de la mayor parte de la mortalidad evitable, debemos utilizar todas las herramientas a nuestro alcance para tratar la deshabituación tabáquica. Consideramos que debiera reducirse el valor exigido en el FTND tal y como se contempla en el consenso de expertos sobre tratamiento farmacológico del tabaquismo en España 2022¹⁴ incluyendo al menos a los pacientes con dependencia moderada (FTND igual o superior a 4).

Como propuesta de futuro, consideramos que son necesarios estudios que correlacionen FTND y otras escalas con datos objetivos de detección de consumo de sustancias (como por ejemplo, la determinación de sustancias en orina, sangre o pelo). Asimismo, sería interesante ampliar el presente estudio analizando otros aspectos de la vida del paciente que pueden tener relación con el consumo

de tabaco como pueden ser aspectos biológicos (género), económicos (ingresos), sociales (ocupación del paciente, porcentaje de amigos fumadores, porcentaje de familiares directos fumadores o ámbito en el que más fuma).

Consideraciones éticas

Declaramos haber obtenido el consentimiento informado escrito del paciente y haber seguido los protocolos establecidos en nuestro centro sanitario para acceder a los datos de las historias clínicas con finalidad de investigación/divulgación para la comunidad científica.

Financiación

Queremos comunicar y agradecer a Fisabio que ha financiado el estudio sobre las diferencias en la dependencia al tabaquismo entre hombres y mujeres en Atención Primaria desde una perspectiva de género UGP 19-317, estudio más amplio del cual hemos extraído los resultados de este estudio.

Conflicto de intereses

Todos los autores declaran la ausencia de conflicto de intereses.

Agradecimientos

Queremos agradecer a la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Valencia y al Dr José Martínez Raga por su apoyo y sugerencias en la redacción de este artículo.

Bibliografía

1. Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS. Subdirección General de Información Sanitaria. Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) 2020 [consultado 8 Sep 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/ESEE2020_inf_evol_princip_result.pdf
2. Soriano JB, Rojas-Rueda D, Alonso J, Anto JM, Cardona P, Fernández E, et al. La carga de enfermedad en España. Resultados del Estudio de la Carga Global de las enfermedades 2016. *Med Clin (Barc)*. 2018;151:171–90.
3. Notas de Prensa. Gob.es [consultado 10 Oct 2022] Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4717>.
4. Instrument: Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND) Drugabuse.gov [consultado 10 Oct 2022] Disponible en: <https://cde.drugabuse.gov/instrument/d7c0b0f5-b865-e4de-e040-bb89ad43202b>.
5. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991;86:1119–27, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>.
6. Ruiz J, Ko F. ¿Hacemos bien el test de Fagerström? *Prev Tab*. 2003;5:161–2.
7. Meneses-Gaya IC de, Zuardi AW, Loureiro SR, Crippa JA de S. Psychometric properties of the Fagerström Test for Nicotine Dependence. *J Bras Pneumol*. 2009;35:73–82, <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-37132009000100011>.
8. Sharma MK, Suman LN, Srivastava K, Suma N, Vishwakarma A. Psychometric properties of Fagerstrom Test of Nicotine Dependence: A systematic review. *Ind Psychiatry J*. 2021;30:207–16, http://dx.doi.org/10.4103/ipj.ipj_51_21.
9. Sancho JM. Propiedades psicométricas del test de Fagerström con dos preguntas reformuladas [España]: Universidad Miguel Hernández; 2015 [consultado 5 Sep 2022]. Disponible en: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3750/1/TD%20Mataix%20Sancho%2c%20Javier.pdf>
10. Rath JM, Sharma E, Beck KH. Reliability and validity of the Glover-Nilsson smoking behavioral questionnaire. *Am J Health Behav*. 2013;37:310–7, <http://dx.doi.org/10.5993/AJHB.37.3.3>.
11. Nerín I, Crucelaegui A, Novella P, Beamonte A, Sobradie N, Bernal V, et al. Evaluación de la dependencia psicológica mediante el test de Glover-Nilsson en el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol*. 2005;41:493–8, <http://dx.doi.org/10.1157/13078651>.
12. Glover ED, Nilsson F, Westin A, Glover PN, Laflin MT, Persson B. Developmental history of the Glover-Nilsson smoking behavioral questionnaire. *Am J Health Behav*. 2005;29:443–55.
13. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline. 2008.
14. Jiménez-Ruiz CA, Rábade Castedo C, de Higes Martínez EB, de Simón Gutiérrez R, Riesco Miranda JA. Consenso de expertos sobre tratamiento farmacológico del tabaquismo en España. *Revista Prevención Del Tabaquismo*. 2022;24:75 [consultado 5 Sep 2022]. Disponible en: https://issuu.com/separ/docs/prev_tab_24_2
15. Simon JA, Carmody TP, Hudes ES, Snyder E, Murray J. Intensive smoking cessation counseling versus minimal counseling among hospitalized smokers treated with transdermal nicotine replacement: A randomized trial. *Am J Med*. 2003;114:555–62, [http://dx.doi.org/10.1016/s0002-9343\(03\)00081-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0002-9343(03)00081-0).
16. Hartmann-Boyce J, Stead LF, Cahill K, Lancaster T. Efficacy of interventions to combat tobacco addiction: Cochrane update of 2012 reviews: Cochrane update of 2012 reviews. *Addiction*. 2013;108:1711–21, <http://dx.doi.org/10.1111/add.12291>.
17. Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J, editores. *Atención Primaria. Problemas de Salud en la consulta de medicina de Familia*. 8.ª ed Elsevier; 2019. p. 272–91.
18. Ripoll J, Pick Martin J, Barrés Fernández PC. Proyecto de investigación: diferencias en la dependencia al tabaquismo entre hombres y mujeres en Atención. *Revista e-sinopsis de Atención primaria de UDMAFYC de Valencia*. 2022;10:6–9.
19. Álvarez Martínez M, Mataix Sancho J, Tenías Burillo JM, Gil Guillén V. Autopercepción en la detección y gradación de la dependencia al tabaco en atención primaria. *Semergen*. 2015;41 (Espec Congr):21.
20. Ebbert JO, Severson F H.H., Danaher BG, Schroeder DR, Glover ED. A comparison of three smokeless tobacco dependence measures. *Addict Behav*. 2012;37:1271–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.06.011>.
21. A report of the surgeon general. (n.d.). Hhs.gov [consultado 20 Dic 2022] Disponible en: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/2020-cessation-sgr-full-report.pdf>.