

Efectividad de un programa de deshabituación tabáquica llevado a cabo en el centro de salud de Tapia de Casariego (Principado de Asturias)

Effectiveness of a giving up tobacco program carried out at the health center in Tapia de Casariego (Principado de Asturias)

M^a Covadonga Blanco Riopedre

Eduardo Fernández Fernández

Centro de salud de Taramundi, Área Sanitaria I (Jarrio)

Manuscrito recibido: 05-12-2014

Manuscrito aceptado: 07-01-2015

Cómo citar este documento

Blanco Riopedre M C, Fernández Fernández E. Efectividad de un programa de deshabituación tabáquica llevado a cabo en el centro de salud de Tapia de Casariego (Principado de Asturias). RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA). 2015 Mayo; 3(2):23-34

Resumen

Introducción: El tabaquismo es una enfermedad de naturaleza adictiva, crónica, recurrente y tratable que constituye la principal causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en países desarrollados.

Objetivo principal: Evaluar la efectividad de una intervención intensiva sobre deshabituación tabáquica llevada a cabo por un profesional de enfermería en el centro de salud de Tapia de Casariego.

Método:

Tipo de estudio. Estudio descriptivo de carácter retrospectivo.

Ámbito de estudio. Centro de salud de Tapia de Casariego, de carácter semirural, perteneciente al Área Sanitaria I del Principado de Asturias.

Periodo de estudio. Comprendido entre el año 2004 y el año 2012 ambos inclusive.

Población a estudio. Pacientes fumadores pertenecientes al centro de salud de Tapia de Casariego que demandaron ayuda para dejar de fumar, que se encontraban en fase de preparación (criterio de inclusión).

Variables a estudio. Características sociodemográficas, antecedentes personales (factores de riesgo o enfermedades previas) relacionados con el tabaco y características del hábito tabáquico.

Instrumento de medida. La principal medida de resultado o de la efectividad del programa fue la abstinencia mantenida y autodeclarada del hábito de fumar al año de haber abandonado el consumo de tabaco.

Resultados: La efectividad de la intervención, considerada como la tasa de abstinencia a los 12 meses, fue del 45,1%.

Conclusiones: Las intervenciones educativas de carácter intensivo sobre deshabituación tabáquica realizadas en atención primaria son muy efectivas, contribuyendo notablemente a la reducción del tabaquismo si se realizan sobre fumadores motivados para dejar de fumar.

Palabras clave

Enfermería; Atención Primaria de Salud; Hábito de Fumar; Cese del tabaquismo.

Abstract

Introduction. Smoking is a chronic, recurrent, treatable and addictive nature disease that constitutes the main preventable cause of disease, disability and premature death in developed countries.

Main objective. Evaluate the effectiveness of an intensive intervention on smoking cessation carried out by a nursing professional at the health center in Tapia de Casariego.

Method.

Type of study. Descriptive retrospective case study.

Scope of study. Health center of Tapia de Casariego, semirural character, within the Sanitary Area I (Principado de Asturias).

Period of study. Between 2004 and 2012 inclusive.

Study population. Smoking patients from the health center of Tapia de Casariego who were at preparation stage (inclusion criteria) and demanded help to cese smoking.

Variables to study. Sociodemographic characteristics, personal history (risk factors or prior illness) related to tobacco and smoking characteristics.

Measuring instrument. The main outcome measure or the effectiveness of the program was maintained and self-declared abstinence from smoking a period not shorter than 12 months after having abandoned the consumption of tobacco.

Results. The effectiveness of the intervention, considered as the abstinence rate at 12 months, was 45.1 %.

Conclusions. Educational interventions on intensive smoking cessation carried out in primary care are very effective, contributing significantly to the reduction of smoking if carried out on smokers motivated to stop smoking.

Keywords

Nursing; Primary Health Care; Smoking; Smoking Cessation.

Introducción

El tabaquismo es una enfermedad de naturaleza adictiva, crónica, recurrente y tratable¹ que constituye la principal causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en países desarrollados^{1,2}, por lo que es considerado un grave problema y una de las mayores amenazas de salud pública a nivel mundial³.

En el concejo de Tapia de Casariego, el 30,6% de la población adulta fuma diariamente siendo este porcentaje muy similar al de la población asturiana en general (30,4%)⁴ y superior al de la población española (24%)⁵.

Según la OMS, “ofrecer ayuda para dejar de fumar” es una de las medidas más eficaces para disminuir la morbi-mortalidad provocada por el consumo de tabaco⁶.

La Atención Primaria ha de ser la principal protagonista en la intervención a los fumadores ya que este nivel asistencial es la puerta de entrada al sistema sanitario, abarca un mayor volumen de población y por su accesibilidad y continuidad en la atención, es el lugar idóneo para la captación de fumadores, su tratamiento y su seguimiento⁷.

Así pues, en el centro de salud de Tapia de Casariego, además de consejo antitabáquico sistematizado, desde el año 2004 se vienen realizando intervenciones intensivas de apoyo a aquellos fumadores que han decidido dejar de fumar.

Objetivos

- **Objetivo principal.** Evaluar la efectividad de una intervención intensiva sobre deshabitación tabáquica llevada a cabo por un profesional de enfermería en el centro de salud de Tapia de Casariego.
- **Objetivo secundario.** Describir las características sociodemográficas y otras variables relacionadas con el consumo de tabaco de los fumadores que participaron en el programa de deshabitación y analizar su influencia en el éxito o el fracaso del abandono del hábito tabáquico.

Método

1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo de carácter retrospectivo.

2. Ámbito de estudio

Centro de salud de Tapia de Casariego, de carácter semirural, perteneciente al Área Sanitaria I del Principado de Asturias.

3. Periodo de estudio

Se consideró el período de estudio comprendido entre el año 2004 y el año 2012 ambos inclusive.

4. Población a estudio

Pacientes fumadores pertenecientes al centro de salud de Tapia de Casariego que demandaron ayuda para dejar de fumar y se sometieron voluntariamente al programa de deshabitación tabáquica en el período de estudio.

El criterio de inclusión que se estimó para admitir a los pacientes en el programa fue que estuviesen en fase de preparación, es decir, decididos a fijar una fecha para abandonar el consumo de tabaco en el plazo de un mes⁸.

5. Recogida de datos y variables a estudio

La recogida de datos se realizó a través de la historia clínica de cada paciente y de los cuestionarios y registros elaborados durante el programa de deshabituación.

Las variables a estudio fueron: sexo, edad, medio o lugar de residencia (rural o urbano), años de fumador, nº de cigarrillos/ día, nº de intentos previos, historia clínica previa (en cuanto a presencia de otros factores de riesgo o enfermedades relacionadas con el tabaco), test de *Richmond*^p (que valora de 0 a 10 el nivel de motivación para dejar de fumar), test de *Fagerström* breve¹⁰ (que valora de 0 a 6 el grado de dependencia física de la nicotina), tipo de intervención (individual o grupal), abandono de la terapia antes de finalizar la intervención y mantenimiento de abstinencia al año de dejar de fumar .

6. Instrumento de medida

La principal medida de resultado o de la efectividad del programa fue la abstinencia mantenida y autodeclarada del hábito de fumar al año de haber abandonado el consumo de tabaco.

7. Descripción del programa

Este programa de deshabituación tabáquica fue llevado a cabo por un enfermero perteneciente al equipo de Atención Primaria del centro de salud de Tapia de Casariego. Consistió en una intervención multicomponente, que se basó fundamentalmente en la combinación de técnicas cognitivas y conductuales pudiendo llevar asociado el uso de tratamiento farmacológico.

Existieron dos modalidades de intervención, individual y grupal (entre 8 y 12 personas cada grupo) con diferencias organizativas y de desarrollo pero el abordaje y tratamiento del paciente fue el mismo en ambas intervenciones.

El programa constó de dos fases:

- 1) **Evaluación inicial** en la que se realizó una recogida de datos generales sobre el estado de salud y antecedentes personales y familiares de cada fumador, la determinación de la fase de abandono del tabaco en la que se encontraba cada uno. Para someterse a la intervención el fumador debía de encontrarse en fase de preparación (criterio de inclusión) puesto que se trató de una intervención de ayuda para la cesación del hábito tabáquico y no de una intervención motivacional. Asimismo se les hizo una descripción breve y se les aportó información sobre la intervención que se llevaría a cabo, se les dio a elegir entre las dos modalidades de intervención (individual y grupal) en función de diferentes aspectos (de las preferencias del fumador, de su disponibilidad o compatibilidad horaria para acudir a las sesiones grupales en las fechas fijadas y de la presencia de características o circunstancias propias de la persona que dificultaban su integración en el grupo tales como dificultades de aprendizaje o de comunicación como hipoacusia o sordera, etc.). También se les exigió la cumplimentación de un cuestionario inicial en el que se recogieron datos sociodemográficos y sobre el hábito tabáquico.
- 2) **Implementación o desarrollo de la intervención** propiamente dicha que consistió en cinco sesiones presenciales de aproximadamente una hora de duración y con un intervalo de separación aproximado de una semana.

Esta segunda fase del programa se dividió en tres fases:

- Una primera fase denominada de preparación que abarca desde el inicio de la intervención hasta el día D (el día elegido por cada paciente para dejar de fumar). Esta fase se correspondió con las dos primeras sesiones y su objetivo fue trabajar la motivación, fortalecer el compromiso y el autoconocimiento de determinadas características personales en relación al consumo de tabaco. También se empezaron a trabajar estrategias de afrontamiento de cara al momento del abandono.
- Una segunda fase de abandono en la que se aplicaron los conocimientos y técnicas trabajadas y se produce el abandono del tabaco. Se correspondió con la tercera sesión y en ella el objetivo fue facilitar al individuo la cesación del hábito tabáquico y minimizar los efectos del síndrome de abstinencia.
- Y una tercera fase de mantenimiento que abarcó desde el día D hasta la finalización de la intervención. Correspondió a las dos últimas sesiones y su objetivo consistió en la prevención de recaídas y en mantener la abstinencia tabáquica a largo plazo mediante el entrenamiento de habilidades de afrontamiento, de solución de problemas y del apoyo social.

Posteriormente a la finalización de las sesiones el enfermero encargado de llevar a cabo esta intervención, realizó un seguimiento telefónico de cada paciente al año del abandono del tabaco con la finalidad de evaluar la persistencia o no de la abstinencia, reforzarla en el caso de que se mantuviese y prevenir y/o detectar recaídas. También se aprovechó para animar a los no abstinentes a intentarlo de nuevo cuando se sintiesen preparados.

Resultados

En el estudio han participado un total de 163 pacientes, de los cuales 51,5% eran hombres y el 48,5% restante mujeres. El medio de residencia en el 63,2% de los pacientes era el urbano mientras que el 36,8% vivía en un medio rural. El 66,3% participaron en la intervención individual y el 33,7 en la intervención grupal.

La edad media de los participantes fue de 44,2 años (DT= 12,7), la media de años de fumador de 26,2 años (DT= 12,6), el consumo medio diario de cigarrillos de 22,1 (DT= 11,6) y, el número medio de intentos previos fue de 1,5 (DT=1,3). Se observaron diferencias muy significativas en todas estas variables predictoras en función del sexo de los participantes (Tabla 1).

Tabla 1. Diferencias en la edad, los años de fumador, el consumo de cigarrillos/ día y de intentos previos, y su significación estadística, según el sexo de los participantes

<i>Variable</i>	<i>Hombres (51,5%)</i>	<i>Mujeres (48,5%)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Edad media (DT)	47,4 (14,4)	40,8 (9,6)	3,46	**
Años de fumador (DT)	29,5 (14,5)	22,7 (9)	3,57	**
Cigarrillos/ día (DT)	24,2 (13,4)	20 (8,9)	2,32	*
Intentos previos (DT)	1,7 (1,4)	1,3 (1,1)	2,07	*

** $p < 0,001$; * $p < 0,05$

Además, se calculó la puntuación obtenida por los participantes en las escala de valoración de dependencia de la nicotina, "test de *Fagerström* breve", y la escala de valoración de la motivación para dejar de fumar, "test de *Richmond*". La puntuación media para la primera de las escalas fue de 3,9 puntos (DT= 1,49), mientras que para el segundo de los test fue de 8 (DT= 1,24). La interpretación cualitativa de estas escalas situaron a los participantes como "moderadamente dependientes de la nicotina" y también con una "motivación moderada" para dejar de fumar. El análisis de la puntuación de estas escalas en función del sexo de los participantes no mostró diferencias significativas.

También se observó una influencia significativa entre la puntuación del test de Richmond y la variable "no fumar al año de la intervención", que no así entre el test de Fagerström breve y la citada variable dependiente (Tabla 2).

Tabla 2. Influencia de las variables "puntuación en el test de Fagerström breve" y "puntuación en el test de Richmond" en la variable dependiente "fumar al año de participar en el programa" (0= no fuma al año; 1= fuma al año).

	<i>Fuma al año del programa (0= no; 1= si)</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Test de Richmond	No	60	8,63	0,901	4,19	<0,001
	Si	72	7,88	1,174		
Test de Fagerström breve	No	64	3,61	1,570	1,79	n.s.
	Si	78	4,06	1,417		

En el momento del inicio de la participación en el programa de deshabituación, un 68,1% de los participantes ya presentaba patología que podía estar relacionada con el consumo del tabaco, siendo la más frecuente la hipertensión arterial.

Abandonaron el programa un 12% de los pacientes y, tras finalizar el mismo, el porcentaje de fumadores que continuaban abstinentes a los 12 meses de finalizar el programa fue del 45,1%. Por sexos, un 40,8% y un 43,2% de hombres y mujeres respectivamente, no fumaban un año después de participar en el programa.

Asimismo, se realizó una regresión logística múltiple tomando como variable dependiente la variable "dejó de fumar al año de la intervención" (0= no fuma al año/ 1= sí fuma al año) y como independientes el "sexo", "edad", "lugar de residencia", "años de fumador", "número de cigarrillos/día", "número de intentos previos", "presencia de factores de riesgo o enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco", "Test de Richmond", "test de Fagerström breve" y el "tipo de intervención". En este análisis se observó asociación entre "haber recibido intervención grupal" y tener una mejor puntuación en el test de Richmond con la variable "no fumar al año de la intervención". Esta regresión explica aproximadamente el 20% de la variabilidad de la variable dependiente ($R^2 = 0,207$) (Tabla 3).

Tabla 3. Regresión logística con la variable dependiente "fumar al año de participar en el programa" (0= no fuma al año; 1= fuma al año).

	<i>B</i>	<i>E.T.</i>	<i>Wald</i>	<i>Sig.</i>	<i>Exp (B)</i>	<i>I.C. 95%</i>	
						<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Sexo	0,301	0,446	0,455	0,5	1,351	0,564	3,237
Edad	0,001	0,036	0,001	0,982	1,001	0,932	1,075
Medio (urbano=0; rural=1)	0,695	0,435	2,549	0,11	2,003	0,854	4,699
Años de fumador	-0,006	0,036	0,024	0,877	0,994	0,926	1,068
Cigarrillos/día	0,019	0,025	0,570	0,45	1,02	0,971	1,069
Intentos previos	-0,243	0,166	2,137	0,144	0,79	0,567	1,086
Enfermedad relacionada	0,130	0,483	0,072	0,788	1,138	0,442	2,931
Test de Richmond	-0,833	0,225	13,705	<0,001	0,435	0,280	0,676
Test de Fagerström breve	0,198	0,191	1,082	0,298	1,22	0,839	1,773
Intervención (individual =0; grupal =1)	1,040	0,439	5,605	0,018	2,830	1,196	6,696
Constante	5,559	2,158	6,636	0,01	259,5		

Discusión

El porcentaje de participación en este programa de deshabituación tabáquica ha sido similar en ambos sexos, existiendo una pequeña diferencia a favor del género masculino (51,5% frente a 48,5%) que podría deberse en parte, a la mayor prevalencia del consumo de tabaco que hay en los hombres en la población en general^{4,5,11}.

En cuanto al medio de residencia de los participantes, ha sido muy superior la participación de fumadores residentes en el medio urbano (un 63,2% frente a un 36,8% del medio rural). Esto podría explicarse por una mayor facilidad o accesibilidad de la que dispone este grupo de fumadores para someterse a este tipo de tratamiento que requiere de sucesivas visitas al centro de salud para asistir a las sesiones, debido a una mayor proximidad o cercanía entre su domicilio habitual y el centro de salud, facilitando así su desplazamiento y aumentando la posibilidad de poder participar en el programa.

Con respecto a la elección de la modalidad de intervención, el porcentaje de participación en la intervención individual se ha situado muy por encima de la intervención grupal (66,3% y 33,7% respectivamente). Esta preferencia o inclinación mostrada por los participantes por esta modalidad del programa puede ser debida, a que la intervención individual facilitaba la posibilidad de adaptar a cada paciente el horario y las fechas en las que habría de acudir a las sesiones, lo que no era posible en la modalidad grupal donde las sesiones ya estaban previamente establecidas siendo más difícil posteriores modificaciones. Esta menor participación en las terapias grupales también podría explicarse por la dificultad añadida que supone en esta modalidad, la formación de grupos y el reclutamiento de fumadores para unas fechas determinadas en las que se podían desarrollar los talleres de deshabituación.

La media de edad de los participantes fue de 44,2 años, siendo superior a otros estudios encontrados sobre programas multicomponente similares^{12,13}, lo que puede explicarse por las características demográficas de la población asturiana, en progresivo envejecimiento. La diferencia en cuanto a la media de edad entre ambos sexos, ha sido casi 7 años superior en hombres que en mujeres (47,4 y 40,8 respectivamente) lo que podría ser debido a que las mujeres han empezado a fumar más recientemente y por ello son más jóvenes.

Se encontraron diferencias significativas en función del sexo de los participantes con respecto a las variables "años de fumador" y "consumo de cigarrillos diario", obteniéndose medias superiores en ambos casos en los varones lo que indica que existía una mayor intensidad del hábito tabáquico en los hombres que en las mujeres que han participado en este programa de deshabituación (Tabla 1).

Según la literatura, los factores o características determinantes del éxito en la abstinencia tabáquica que contribuyen a una mayor efectividad de las terapias son: el grado de dependencia medido con el test de *Fagerström* (a mayor dependencia mayor dificultad para el abandono), la edad (a mayor edad mayor probabilidad de éxito), el sexo (mayor incidencia de abandonos en los varones y mayor número de recaídas en las mujeres), en nivel educativo (a mayor nivel educativo mayor éxito en el abandono del hábito) y el padecimiento de enfermedad cardiorrespiratoria crónica (nivel de éxitos más bajo)^{14,15}. Sin embargo, en este estudio se ha encontrado influencia significativa entre la puntuación del test de *Richmond* cuya media se situó en los 8 puntos (motivación moderada para dejar de fumar) y la variable "no fumar al año de la intervención" (Tabla 2).

De los participantes en este programa, un 68,1% de los participantes presentaba patología previa que podía estar relacionada con el consumo de tabaco siendo la más frecuente la hipertensión arterial, aunque no se obtuvo asociación significativa con la variable "no fumar al año de la intervención" (Tabla 3). La presencia de enfermedades concomitantes es una característica frecuente entre los fumadores que se someten a este tipo de intervenciones educativas para dejar de fumar; así, en otros estudios publicados se han obtenido también porcentajes elevados en la presencia de patología previa entre los participantes sobre todo de enfermedades cardiovasculares y respiratorias. Incluso hay estudios publicados en los que este tipo de intervenciones intensivas para dejar de fumar se han dirigido exclusivamente a este tipo de fumadores con patología previa^{16,17,18}.

El porcentaje de participantes que abandonaron el programa antes de finalizar la totalidad de las sesiones, se ha situado en un 12%. Hay pocos estudios que tengan en cuenta este aspecto porque los pacientes que abandonan la terapia de deshabituación suelen considerarse fumadores, ya que la mayor parte de las veces el motivo es la recaída. En este estudio se ha obtenido un porcentaje bastante inferior a uno de los estudios encontrados que también ha valorado este aspecto y en el que se ha obtenido un 29,13% de abandonos¹⁹, lo que podría deberse a que todos los participantes del presente estudio se hallaban en fase de preparación (criterio de inclusión), concienciados y dispuestos a dejar de fumar en el plazo de un mes.

Los resultados finales obtenidos con este tipo de intervención intensiva sobre deshabituación tabáquica medidos en términos de abstinencia al año, han sido superiores a lo esperado, obteniéndose un 45,1% de abstinentes al año de finalizar la intervención permitiendo hacer una valoración muy positiva del mismo. El porcentaje o tasa de abstinentes a los 12 meses de otros estudios encontrados sobre intervenciones o programas multicomponente similares para dejar de fumar es variable (entre un 5% y un 40%) pero en general con menor efectividad que la conseguida en la presente investigación^{12,18}. Por el contrario, en un estudio realizado en un centro de salud de Vizcaya se consiguió un porcentaje superior de abstinentes al año (58,3%) disminuyendo ésta a un 35% a los 4 años¹⁹. Otro de los estudios encontrados llevado a cabo por Sala M et al. en Sabadell obtuvo una tasa de abstinencia a los 12 meses muy similar a la nuestra (45%) pero también disminuyendo a un 33% a los 24 meses¹⁸.

El alto porcentaje de abstinencia a los 12 meses conseguido en este estudio puede estar en relación con el nivel de motivación de los participantes, que como ya hemos señalado anteriormente se asoció significativamente con la variable "no fumar al año de la intervención". Asimismo, en los últimos años, la entrada en vigor de la Ley antitabaco y actual la crisis económica, ha desencadenado un aumento del nivel de motivación de los fumadores para la cesación del hábito tabáquico, incrementando del número de ellos que se deciden a abandonar el consumo y a pedir ayuda para conseguirlo²⁰, aumentando así las tasas de abstinencia conseguidas y disminuyendo el número de fumadores en la población en

"Los resultados finales obtenidos con este tipo de intervención intensiva sobre deshabituación tabáquica medidos en términos de abstinencia al año, han sido superiores a lo esperado, obteniéndose un 45,1% de abstinentes al año de finalizar la intervención permitiendo hacer una valoración muy positiva del mismo"

general como demuestran la tendencia de las estadísticas en los últimos años^{5,11}. Por otra parte también cabe destacar, que los buenos resultados obtenidos con este tipo de intervención también pueden ser debidos a que en este programa de deshabituación tabáquica se han incluido sólo a aquellos pacientes que se encontraban en fase de preparación, dispuestos a fijar una fecha para dejar de fumar en el plazo de un mes (criterio de inclusión en el programa) que creemos que son los pacientes que más se pueden beneficiar de este tipo de intervenciones intensivas para dejar de fumar.

Aunque el programa de deshabituación tabáquica objeto de nuestro estudio sólo se realizó seguimiento hasta un año después de producirse el abandono del consumo de tabaco, no podemos olvidar que la recaída tardía, después de los 12 meses, puede aparecer entre un 25% y un 50% de los que siguen sin fumar según algunos estudios^{13,15,19}. Por ello, es necesario señalar que sería conveniente realizar mediciones de la abstinencia posteriores al año para confirmar el mantenimiento de la misma, ya que las posibles recaídas que podrían detectarse si existiese un seguimiento por un período de tiempo más largo podrían disminuir el porcentaje de éxito de la intervención a un plazo más largo.

Conclusiones

Los resultados finales de este tipo de intervención para dejar de fumar obtenidos en este estudio tras un año de seguimiento, ponen de manifiesto que las intervenciones educativas de carácter intensivo sobre deshabituación tabáquica realizadas en Atención Primaria son muy efectivas, contribuyendo notablemente a la reducción del tabaquismo si se realizan sobre fumadores motivados para dejar de fumar (mayor puntuación en el test de Richmond) y obteniéndose mejores resultados cuando se realizan intervenciones grupales.

Aspectos éticos

Para la realización de este estudio, fue necesario solicitar permiso a la Dirección Gerencia y al Comité de Ética del Área I para realizar la recogida de datos necesarios para llevar a cabo el trabajo de investigación.

Tanto el diseño como el desarrollo del trabajo y la utilización de los datos se ajustan a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999.

Bibliografía

1. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Bennett G, Benowitz NL et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline [monografía en Internet]. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008 [acceso 4 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>
2. Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Guía sobre drogas [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.; 2007 [acceso 4 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/guiaDrogas.pdf>
3. World Health Organization [sede web]. Geneva: World Health Organization; 2011 [acceso 5 de febrero de 2013]. Media centre. Tobacco; [aproximadamente 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/index.html>
4. Observatorio de Salud en Asturias [sede web]. Oviedo: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad; 2008 2011 [6 de febrero de 2013]. Indicadores de salud- Prevalencia de fumadores [aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/?indicador=prevalencia-de-fumadores-as&tipo=0&anio=2012>
5. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de salud [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2013 [acceso 30 de marzo 2013]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>
6. World Health Organization. MPOWER. A policy package to reverse the tobacco epidemic [monografía en Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008 [acceso 5 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_english.pdf
7. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. Manual de abordaje del tabaquismo en Atención Primaria [monografía en Internet]. Cantabria: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria; 2010 [acceso 15 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/drogodependencias/manual%20con%20ISBNpdf.pdf>
8. 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):390-395.
9. Richmond RI, Kehoe L, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioner. *Addiction* 1993; 88:1127-35.
10. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Rickert WS, Robinson J. Measuring the heaviness of smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *Br J Addict* 1989; 84:791-9.
11. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. II Encuesta de Salud para Asturias, año 2008 [monografía en Internet]. Oviedo: 2008 [acceso 6 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Encuesta%20de%20Salud/esa-2008-informe-preliminar.pdf

12. Ochoa Prieto JA, Aurrecochea Corral R, Llanderas López P, Aparicio García S. Multicomponent group treatment for smoking cessation in a health care center. *Atención Primaria* [revista en Internet] 2010 [acceso 12 de marzo de 2013]; 36(7): 377-85. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/en/abstract/revistas/semergen---medicina-familia-40/multicomponent-group-treatment-for-smoking-cessation-in-13154405-originales-2010>

13. Sala M, Serra I, Serrano S, Corbella T, Kogevinas M. Evaluation of a worksite smoking cessation program. *Gaceta Sanitaria* [revista en Internet] 2005 [acceso 15 de marzo de 2013]; 19(5): 386-92. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en/abstract/revistas/gaceta-sanitaria-138/evaluation-of-worksite-smoking-cessation-program-13080138-originales-2005>

14. De Sancho Martín JL, Gorgojo Jiménez L, González Enríquez J, Salvador Llivina T, Hernández Torres A, Ovalle Perandones MA, et al. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar [monografía en Internet]. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS), Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003 [acceso 6 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=13/12/2012-9b6515fe0f>

15. Monsó E. ¿Conseguiré dejar de fumar? *Medicina Clínica* [revista en Internet] 2001 [acceso 18 de abril de 2013]; 116:259-60. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/conseguire-dejar-fumar-10022427-editoriales-2001>

16. Rigotti N, Clair C, Munafò M, Stead L. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 Issue 5. Art. No.: CD001837. DOI: 10.1002/14651858.CD001837

17. Barth J, Critchley J, Bengel J. Intervenciones psicosociales para el abandono del hábito de fumar en los pacientes con cardiopatía coronaria (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

18. Morchón S, Blasco JA, Rovira A, Ariasa CN, Ramóna JM. Efectividad de una intervención de deshabituación tabáquica en pacientes con patología vascular. *Revista Española de Cardiología* [revista en Internet] 2001 [acceso 15 de marzo de 2013]; 54: 1271-6. Disponible en:

<http://www.revespcardiol.org/es/efectividad-una-intervencion-deshabituacion-tabaquica/articulo/13021096/>

19. Basterretxea Oiarzabal J, García Parra JM, Bilbao Garmendia E, Noya Arrizabalaga A. Resultado de un programa intensivo de deshabituación tabáquica en atención primaria de salud. *Atención Primaria* [revista en Internet] 2006 [acceso 12 de

marzo de 2013]; 38(4): 240. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v38n04a13092350pdf001.pdf>

20. Orleans CT. Increasing the demand for and use of effective smoking-cessation treatments reaping the full health benefits of tobacco-control science and policy gains in our lifetime. *American Journal of Preventive Medicine* [revista en Internet] 2007 [acceso 24 de febrero]; 33(6 Suppl.): [S340-8]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18021909>