



REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO Y SU RELACION CON LAS RECAÍDAS

Integrantes:

Montserrat Micaela de la Sierra Borrazás

Florencia Laura Guedes de Rezende Molina

Eloísa Ibarra Pianzola

Deysi Jaunarena Curvello

Ana Juñen Brito

Tutora: Silvia Texeira

Departamento responsable: Medicina Familiar y Comunitaria

Uruguay, Montevideo 2014

ÍNDICE:

Resumen _____	Pág. 2
Fundamentación y pregunta hipótesis _____	Pág. 3
Introducción _____	Pág. 4
Objetivos _____	Pág. 10
Metodología _____	Pág. 11
Resultados _____	Pág. 12
Conclusiones _____	Pág. 23
Referencias Bibliográficas _____	Pág. 25

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre recaídas y el tratamiento en el cese de tabaquismo.

Materiales y Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica en internet sobre investigaciones desde el año 2008 a setiembre de 2014. Se consideraron resultados con significancia metodológica.

Resultados: Factores como la depresión, ansiedad y motivación influyen en las recaídas. El fármaco Vareniclina ha demostrado eficacia en la terapia de cese. No hemos encontrado resultados concluyentes sobre el resto de las terapias tanto farmacológicas como cognitivo-conductuales.

Conclusiones: La depresión y falta de motivación aumentan la probabilidad de recaídas. La Vareniclina ha demostrado eficacia en la terapia de cese a largo plazo.

Palabras clave: 'smoking', 'relapse', 'cessation' y 'motivation' como Article title, abstract y keyword.

FUNDAMENTACIÓN

El tabaquismo es una adicción de alta prevalencia en el mundo, que conlleva a enfermedades sistémicas como cáncer de pulmón y daño orgánico múltiple. El tabaquismo aumenta la morbilidad y la mortalidad y, por tanto, los costes individuales. Actualmente la prevalencia en Uruguay es del 24,8%. ⁽⁵⁾

Considerando que solo un 3% de la población cesa de fumar sin ayuda de equipo especializado, creemos de suma relevancia realizar una investigación sobre los aspectos que llevan a la motivación de cesación así como las recaídas, de manera de poder identificar cuáles son las mejores prácticas en el primer nivel de atención. Pretendemos identificar predictores de éxito o fracaso del tratamiento del tabaquismo para así adecuar la intervención terapéutica y realizar una toma de decisiones más individualizada, lo que aumentaría las posibilidades de éxito en determinados pacientes.

Deseamos investigar también sobre la eficacia en el tratamiento farmacológico y cognitivo conductual, así como el momento indicado para ser llevados a cabo.

PREGUNTA DE HIPÓTESIS

¿Existe alguna relación entre la prevalencia de recaídas con el tratamiento implementado para el cese de tabaquismo?

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, el tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas. Es la principal causa de diversas enfermedades respiratorias y uno de los más importantes factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, cáncer y de muchas otras patologías. Del total de muertes en Uruguay (32000 personas / año) alrededor de 5.000 son atribuibles al tabaquismo, siendo el 10 a 15% de ellas causada por la exposición al humo de tabaco ajeno o humo de segunda mano.

La nicotina es la sustancia responsable de la adicción, actuando a nivel del sistema nervioso central, es una de las drogas más adictivas, superando la adictividad de la cocaína y la heroína. Por ello es importante saber que aunque el 70% de los fumadores desean dejar de fumar, sólo el 3% de ellos lo logran por año, sin ayuda.

El tabaquismo es considerado una adicción porque cumple con los siguientes criterios: conducta compulsiva repetitiva, mantener el consumo a pesar de reconocer el daño que causa, tolerancia (necesidad de aumento progresivo del consumo para conseguir el mismo efecto), síndrome de abstinencia (aparición de síntomas que causan disconfort cuando disminuye o cesa el consumo) y alteración de los aspectos de la vida diaria y social por efecto del consumo. Y como en todas las adicciones, se encuentran presentes factores biológicos, psicológicos y sociales (predisposición genética, personalidad vulnerable, modelos identificatorios, presión de los pares, etc).

Según la Organización Mundial de la Salud, el tabaquismo constituyó la mayor pandemia del siglo XX y lo seguirá siendo en el siglo XXI si no se modifican los patrones actuales de consumo de tabaco. Se estima que actualmente 1200 millones de personas, o sea un 1/3 de la población mundial es fumadora. En Uruguay la prevalencia de tabaquismo es aproximadamente 32% según datos de 2006 (1,2). Entre los médicos la prevalencia de tabaquismo se sitúa en el 27% lo que implica un mensaje contradictorio a la población, con la consiguiente dificultad en el ofrecimiento de ayuda para los fumadores. ⁽¹⁾ Actualmente fuma uno de cada cuatro uruguayos (24,8%). ⁽⁵⁾

En cuanto a la epidemiología, el tabaquismo es más frecuente en personas con menor nivel socioeconómico y educativo; y la mayoría de los fumadores regulares inician el consumo antes de los 18 años, siendo los jóvenes la población más vulnerable y el tabaco la puerta de entrada hacia otras drogas.

A demás del elevado costo sanitario, el tabaquismo tiene también costos a nivel socioeconómico y medio ambiental: desde el punto de vista socioeconómico se estima que los costos sanitarios directos de los fumadores en Uruguay ascienden aproximadamente a 150 millones de dólares anuales, cifra que podría incrementar hasta en un 70% por la pérdida de productividad por muerte temprana, pérdida de jornadas laborales y otros costos, duplicando lo recaudado por concepto de impuestos aplicados a productos del tabaco; La mitad de las muertes debidas al consumo de tabaco se producen prematuramente entre los 35 y los 69 años. Se produce entonces una sobrecarga de los sistemas de seguridad social por el incremento de enfermedades responsables de discapacidad o incapacidad laboral.

La única forma efectiva de detener esta epidemia es a través de la implementación de las medidas establecidas en el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco, dentro de las cuales la promoción de la salud, la prevención del inicio del consumo y el tratamiento de los fumadores actuales, constituyen aspectos fundamentales.

En el Uruguay el control del tabaco ha cambiado cualitativamente y cuantitativamente a partir del 1° de marzo de 2006 con la entrada en vigencia de la prohibición de fumar en lugares cerrados de uso público, acompañado de un fuerte compromiso político con el tema que culminó en la aprobación de la Ley 18.256 del 6 de marzo de 2008.

En cuanto al tratamiento para el cese de tabaco, en Uruguay hubo un aumento progresivo en el número de profesionales formados y de programas de cesación, principalmente en los últimos 5 años. Sin embargo la intervención del equipo de salud en todos los fumadores que tienen un contacto con el sistema sanitario, está lejos de ser sistemática y universal. ⁽¹⁾

La eficacia del tratamiento, depende en gran parte de las herramientas psicológicas empleadas. Considerar el tabaquismo como un trastorno adictivo lleva a considerarlo como un trastorno crónico, en el que la recaída es parte del proceso, en el que deben tenerse en cuenta los estímulos asociados al

consumo, qué aporta la conducta adictiva y qué recursos presenta el paciente para realizar el cambio conductual. ⁽²⁾

Ante estos hechos, la última iniciativa lanzada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante el año 2008, es la estrategia MPOWER. Los seis puntos de la estrategia MPOWER consisten en:

Monitoring: Vigilar el consumo de tabaco y las medidas de prevención.

Protecting: Proteger a la población de la exposición al humo de tabaco.

Offering: Ofrecer ayuda para el abandono del consumo de tabaco.

Warning: Advertir de los peligros del tabaco.

Enforcing: Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio.

Raising: Aumentar los impuestos al tabaco.

En este contexto, las ayudas para dejar de fumar aparecen como uno de los pilares para el control del tabaquismo, donde los profesionales del equipo de salud tienen una gran responsabilidad.

En la actualidad existe consenso que las intervenciones de cesación del tabaquismo deben tener dos componentes: tratamiento psico-social y tratamiento farmacológico. Ambos componentes deberían incluirse en el apoyo a cualquier persona que solicite ayuda para dejar de fumar. Dichas intervenciones de ayuda para dejar de fumar se basan en ciertos modelos teóricos, que tratan de responder las preguntas del porqué y cómo cambian su conducta de fumar las personas.

Es recomendable hacer una evaluación general del fumador, con una completa anamnesis y examen físico. Se debe poner especial énfasis en la medición de la presión arterial, del pulso y del peso, parámetros que pueden modificarse durante el proceso de abandono del tabaco. Entre los exámenes generales a solicitar se encuentran: hemograma, perfil bioquímico (para descartar otros factores de riesgo cardiovascular asociados como hiperglicemia, hiperuricemia y dislipidemia), y en determinados casos, radiografía de tórax y espirometría.

Al tratarse de una enfermedad adictiva, es necesario, caracterizar y objetivar la dependencia y su severidad en cada paciente,, tanto en sus aspectos físicos como psicosociales.

En cuanto a la dependencia física, se puede clasificar como leve, moderada o severa utilizando el test de Fagerström, donde las preguntas claves son la cantidad de cigarrillos fumados al día y el tiempo que transcurre entre que la persona se levanta y fuma su primer cigarrillo.

En relación a la dependencia psicosocial, puede ser valorada utilizando el test “Por qué fuma usted”, donde se evalúa el rol que juega el consumo, los aspectos de estimulación, manipulación, placer, manejo de la tensión, adicción, automatismo y entorno social. Este tipo de dependencia se debe diagnosticar y tratar adecuadamente, ya que juega un rol importante en el fumador, quien está acostumbrado a enfrentar múltiples situaciones de su vida diaria con la ayuda de un cigarrillo (situaciones estresantes, relaciones interpersonales o situaciones sociales como aperitivo, café, etc).

Cada aspiración de un cigarrillo resulta en una rápida absorción de nicotina y consecuente elevación de dopamina, con lo que se producen asociaciones estímulo-impulsos, generando el impulso a fumar. La sensación placentera al fumar genera los motivos (M): sentimientos de deseo (placer o satisfacción anticipada) o necesidad (alivio anticipado) que son centrales en la conducta dirigida a metas. A un nivel cognitivo aparecen las evaluaciones (E) o “creencias” que forman los fumadores acerca de los beneficios de fumar en relación al manejo del estrés, control del peso y logro de concentración, entre otros, por lo que en determinadas circunstancias desean o necesitan fumar. Según este enfoque, la conducta humana es el resultado, en cada momento, de la interacción de múltiples influencias sobre los diferentes niveles de motivación. En la actualidad hay dos modelos que se están utilizando a nivel mundial: el modelo de las Etapas de Cambio (o teoría transteorética) de Prochaska y DiClemente que se utiliza hace más de 20 años y la teoría PRIME de Robert West de más reciente formulación y uso. ⁽⁴⁾

De acuerdo al modelo de etapas de cambio, dejar de fumar es un proceso en el cual existen etapas, hasta llegar a la abstinencia definitiva. Éstas son:

precontemplación (la persona ni siquiera considera la posibilidad de dejar de fumar), contemplación (el fumador ha pensado la posibilidad de abandonar el cigarrillo, dentro de los próximos 6 meses, pero aún está indeciso e inseguro), preparación (la persona visualiza dejar de fumar en los próximos 30 días y hace algo por dejar de fumar, sin abandonarlo totalmente, como por ejemplo fumar una menor cantidad diaria de acción, el fumador deja de fumar totalmente y corresponde a los 6 primeros meses de abstinencia), acción y mantención (más allá de los de 6 meses de detención). En las etapas de acción y mantención son relativamente frecuentes las recaídas, por lo que se considera que éstas también forman parte del proceso, para volver a reinsertarse en las etapas de precontemplación, contemplación o preparación.

⁽³⁾ El rol del profesional de la salud sería ayudar al paciente a moverse de una etapa a otra, avanzando de acuerdo a la situación particular de cada fumador.

Existen diversas críticas para este modelo, por ejemplo: la arbitrariedad de los plazos, la poca importancia que le da al rol de los refuerzos y castigos en el desarrollo de hábitos difíciles de superar y al impacto inmediato de las barreras y facilitadores del cambio de conducta. Por otra parte, se han realizado intervenciones basadas en el modelo de etapas de cambio y no han probado ser más efectivas que las que no las consideran.

Recientemente se ha elaborado otro enfoque del proceso de dejar de fumar, denominada teoría PRIME de la motivación, que señala que en toda adicción existe una fuerte motivación que lleva a una conducta desadaptativa, sobrepasando la capacidad de autocontrol.

La teoría PRIME de la motivación presenta un modelo de 5 niveles integrados, que interactúan entre sí. Estos son: Planes, Respuestas, Impulsos/Inhibiciones, Motivos y Evaluaciones: de las iniciales de cada uno de los niveles surge el acrónimo PRIME. El nivel de los planes (P) o reglas se basa en la capacidad humana de proyectarse. Los planes orientan la vida humana, constituyendo una estructura para las actividades cotidianas. Así, el individuo está programado para fumar en determinadas circunstancias, como después de terminar una actividad, cada vez que toma café, etc. El nivel R lo constituyen las respuestas reflejas a estímulos específicos: el fumador enciende el cigarrillo

sin decidirlo conscientemente ni pensar en las consecuencias. En el nivel I los impulsos e inhibiciones aparecen como respuestas automáticas, ligadas a estímulos específicos, que pueden ser innatas (instintos) o aprendidas (hábitos).

La cesación del tabaco necesita autocontrol y la aplicación de un plan en la fase de deseos, necesidades o impulsos competitivos. Esto requiere esfuerzo y la presencia de reglas con límites claros que faciliten superar el conflicto con otros deseos y necesidades. Los planes en forma de “reglas” organizan la conducta y protegen los intereses de largo plazo frente a las demandas inmediatas, propiciando un cambio en la identidad personal, de “fumador” a “ex fumador”.

Esta teoría permite entender los mecanismos que interactúan a la base de la adicción al cigarrillo, permitiéndonos reconocer las vías de intervención para un efectivo proceso de cesación tabáquica. ⁽⁴⁾

OBJETIVOS

Objetivo General: Esta búsqueda bibliográfica tiene como objetivo el evaluar las intervenciones específicas para el cese de tabaquismo y su relación con las recaídas.

Objetivos Específicos:

- ✓ Conocer la prevalencia de cese de tabaquismo en nuestro país.
- ✓ Factores predictores de cese de tabaquismo.
- ✓ Conocer si hay relación entre la ansiedad, depresión y/o las recaídas.
- ✓ Investigar qué tratamientos se utilizan para el cese y cuales son más eficaces en la prevención de recaídas.
- ✓ Investigar sobre qué tipos de tratamientos farmacológicos existen y su eficacia.
- ✓ Conocer los factores relacionados con la motivación.

METODOLOGÍA

El trabajo se basó en una búsqueda bibliográfica sobre el tema: “cese tabaquismo, recaídas y su relación con la motivación para dejar de fumar”. Se utilizaron diversos buscadores como The Cochrane Library, LILACS, Timbó (buscador scopus), Medline, Pubmed y Scielo. Las palabras claves utilizadas fueron: `smoking`, `relapse`, `cessation` y `motivation` como Article title, abstract y keyword. El operador booleano utilizado fue el de intersección AND, ya que el objetivo era encontrar artículos que relacionaran todos los términos. El tipo de artículos utilizados fueron reviews y estudios descriptivos de cohortes. Los idiomas seleccionados fueron español, portugués e inglés. El año de publicación se limitó desde el año 2008 a la fecha para así considerarlos actualizados. Se analizaron 19 artículos de los cuales se tomaron en cuenta 14 para la realización de este trabajo.

Aquellos artículos que relacionaban el cese de tabaquismo con alguna patología o condición en particular (ej: esquizofrenia, embarazo, etc.) no fueron tomados en cuenta ya que no formaba parte de nuestro objetivo de trabajo. Tampoco se utilizaron artículos que no estuvieran disponibles o no tuvieran validez científica.

La dinámica de trabajo se basó en reuniones grupales y comunicación por vía mail y Skype. Las reuniones con la tutora fueron planificadas a realizarse todos los martes hasta la finalización del trabajo estando sujeto a modificaciones.

La principal vía de comunicación se realizó por internet. Cada integrante del grupo se encargó de la búsqueda de artículos y su correspondiente análisis que luego era sometido a la crítica grupal. Se desarrollaron los resultados y conclusiones en base a esos análisis. El resto de las partes de la monografía se dividieron entre los distintos integrantes del grupo. De igual manera, cada parte era discutida por todos.

El material era enviado vía mail a la tutora para su correspondiente corrección.

RESULTADOS

La literatura indica que aproximadamente el 70% de los fumadores tienen previsto dejar de fumar en algún momento. En un artículo realizado por la *Dra. Adriana Carneiro Russo et al. 2008*, se encontró que la mayoría de los fumadores que buscaban tratamiento fue en la etapa de contemplación.

Es un hecho ampliamente estudiado que al finalizar el tratamiento del tabaquismo se alcanzan porcentajes de cesación o abstinencia que no llegan a 50% y que estas cifras descienden a menos de 30% cuando se miden al año de finalizada la terapia. Estos resultados corresponden a cifras de cesación globales. (*María Laura Llambí. 2008*).

En el estudio descriptivo realizado en 2008 (*Adriana Carneiro Russo et al. 2008*) en una población que asistió a policlínica de cese de tabaquismo, se encontró que los encuestados habían mencionado que el principal factor de motivación para dejar de fumar fue el debido a los problemas de salud y el 69,8% de los encuestados llegó a la instalación por recomendación de un profesional de la salud. Estos datos corroboran la importancia de los profesionales de la salud en el proceso de cesación del tabaquismo y demostraron que incluso una intervención mínima es capaz de motivar a la etapa de acción. Las intervenciones más intensivas, requieren más tiempo y se desarrollan en el contexto de programas específicos y especializados para dejar de fumar, siendo de mayor eficacia (20 a 35% de éxito) pero de menor alcance poblacional. El rol del profesional de la salud sería ayudar al paciente a moverse de una etapa a otra, avanzando de acuerdo a la situación particular de cada fumador. (*Sergio Bello S et al. 2009*).

En una investigación llevada a cabo en el Hospital de Clínicas se encontró al realizar el análisis de la población asistida en una policlínica especializada en el tratamiento del tabaquismo que la media de edad fue de 46 años, similar a la que reportan otros estudios, encontrándose predominio del sexo femenino. El consumo de cigarrillos/día fue similar al reportado por otros autores, con una media de 24 cigarrillos. En esta muestra más de un tercio de los pacientes

(35,7%) ya presentaba alguna enfermedad relacionada con el tabaquismo. (María Laura Llambí. 2008)

En estudios similares, como el realizado en Brasil (Stephani A. Lukasewicz Ferreira et al. 2009) donde se comparan los datos obtenidos entre los sexos, se observó que la edad de inicio del hábito de fumar, las razones para empezar a fumar y las razones para dejar de fumar son muy similares entre hombres y mujeres. Y en relación con el grado de dependencia, se tiene en cuenta una distribución desigual, siendo que las mujeres mostraron un alto grado de adicción a la nicotina por test de Fagerström, porcentaje significativamente mayor que los hombres (76,5% versus 52,6 por ciento). Por otro lado, las mujeres mostraron tasas más altas de los intentos anteriores para dejar de fumar y el sentimiento de vergüenza por el hábito de fumar que los hombres.

En un estudio descriptivo, de corte realizado en el Hospital de Clínicas, Uruguay, se observó que el antecedente de la existencia de intentos previos de cesación es un dato frecuentemente comprobado en los pacientes que consultan en una unidad de tabaquismo, alcanzando 68,5% en este estudio. (María Laura Llambí. 2008)

Entre los motivos que impulsan a dejar de fumar, la preocupación sobre la salud fue citada como la mayor causa, así como la razón más importante para tomar la decisión, seguida por razones sociológicas, entre ellas la vergüenza (mencionada más arriba). (Adriana Carneiro Russo et al. 2008)

Tal cual se mencionó anteriormente, en general, cuando se comparan los hombres y las mujeres, algunas diferencias fueron significativas, como: la distribución en la etapa motivacional ($p = 0.007$), siendo los hombres quienes estaban predominante en la etapa de contemplación, mientras que las mujeres tenían una distribución similar entre las etapas; los intentos previos para dejar de fumar ($p = 0,017$), con el mayor porcentaje de mujeres que ya habían intentado dejar de fumar en comparación con los hombres; y el grado de dependencia por el test de Fagerström ($p = 0.053$), con las mujeres que tienen una mayor adicción a la nicotina que los hombres. Estos datos sugieren la importancia de crear estrategias específicas para los subgrupos de la

población, que tienden a ser más eficaz cuando más dirigida sean. (*Adriana Carneiro Russo et al. 2008*).

Factores predictores de cese y recaída

Parte de los estudios existentes vinculan la relación del cese de tabaco con el perfil socio-demográfico, tal es el caso de un estudio transversal realizado en México (*Blanca Mónica Leal B et al. 2010*) donde se observa que las características que incrementan la tendencia a permanecer y concluir un tratamiento para dejar de fumar son: sexo masculino, edad mayor de 40 años, una relación de pareja actual, escolaridad de licenciatura o maestría, y que el individuo tenga una ocupación que colabore con el ingreso familiar.

El estudio realizado por *Renata Cruz Soares de Azevedo et al. 2009*, refuerza lo formulado anteriormente de que el perfil socioeconómico de los pacientes es fundamental para la realización y adecuación de las estrategias empeladas para el tratamiento de tabaquistas, esto se ve reflejado en las tasas de cesación y reducción de los índices de recaídas.

Con respecto a la motivación, se ha encontrado asociación estadísticamente significativa con el nivel educativo ($p < 0,001$), con una prevalencia del 23,8% entre los sujetos que tienen hasta la secundaria y de 46,2% en ex fumadores que tienen títulos de posgrado. (*Stephani A. Lukasewicz Ferreira et al. 2009*)

Por otro lado, la determinación de no querer fumar, el conocimiento acerca de los daños del tabaco, el deseo de mantener la calidad de vida, la influencia de los seres queridos y la restricción en el uso de tabaco en algunos lugares, son los principales factores que hacen posible mantener la abstinencia. (*Stephani A. Lukasewicz Ferreira et al. 2009*)

Los primeros días de un intento de dejar de fumar representan un desafío importante para la abstinencia a largo plazo. Este estudio descriptivo realizado en una policlínica de cese de tabaquismo en Porto Alegre, Brasil, encontró que, más del 60% de los fumadores no son capaces de lograr su objetivo de cambiar los patrones de consumo de tabaco, aun cuando habían asistido plenamente a un programa para dejar de fumar. Sólo el 12% de los que

asistieron a la primera reunión del programa fueron capaces de dejar de fumar o reducir el consumo. Para los fumadores que fueron capaces de al menos, reducir la cantidad de tabaco fumado todos los días, la intensidad de la dependencia a la nicotina disminuyó y el mantenimiento motivacional aumentó. *(Luciana Rizzieri Figueiró et al.2013).*

Se han realizado estudios con distintos niveles de corte para considerar esta variable, existiendo datos que muestran que un número menor a 20 cigarrillos/día indica una mayor posibilidad de lograr la cesación y otros que establecen que las posibilidades de éxito se asocian significativamente con un consumo de menos de 10 cigarrillos/día. *(María Laura Llambí. 2008).*

En cuanto a la utilización de estrategias motivacionales, en un estudio descriptivo realizado en San Pablo Brasil en el año 2009, sugiere que la inclusión y ampliación de las estrategias motivacionales deben de ser consideradas en el proceso que antecede a la tentativa de cesación, principalmente en los servicios públicos con limitaciones de disponibilidad de fármacos.

La investigación de los síntomas de depresión y otras variables relacionadas con el tratamiento mostraron: una menor intensidad de la depresión entre los fumadores que se unieron al tratamiento versus aquellos fumadores que no se unieron al programa. Esto significa que los altos niveles de depresión pueden obstaculizar la adherencia al tratamiento y afectar el proceso de dejar de fumar, lo que aumenta la probabilidad de fallo. *(Luciana Rizzieri Figueiró et al.2013).*

Los antecedentes de enfermedad psiquiátrica pueden influir en la prevalencia, respuesta al tratamiento y pronóstico de algunas enfermedades, entre ellas el tabaquismo. En una cohorte de 3.683 pacientes estudiada por Beltrán y colaboradores, en Barcelona, cuando se consideraron en su conjunto las enfermedades psiquiátricas, se comprobó la asociación entre cesación con una mayor dependencia e intensidad del tabaquismo, así como con una peor respuesta al tratamiento. Tanto el antecedente de depresión mayor como el desarrollo de síntomas depresivos durante el tratamiento se asociaron a

fracaso en la cesación tabáquica. (*María Laura Llambí et al. 2008*). En concordancia con estos hallazgos, en este estudio la ausencia de antecedentes de depresión se asoció significativamente con mayor índice de abstinencia, asociación que se mantuvo en el análisis multivariado.

En cuanto a los factores que se asocian a las recaídas se ha visto que la impulsividad se relaciona de forma inversamente proporcional con la abstinencia (es decir a mayor nivel de impulsividad menor tiempo de abstinencia). Por otro lado también se ha podido relacionar a esta variable con el inicio y/o mantenimiento de la conducta de fumar. También, se encontró una relación directa entre el nivel de impulsividad y el consumo de cigarrillos (mayor consumo). A su vez la impulsividad ha sido comparada con individuos no fumadores, encontrándose que estos tienen niveles más bajos que los fumadores. El artículo concluye que la impulsividad es una posible explicación de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, ya que juega un papel primordial en el proceso de inicio, mantenimiento, cesación y recaída de la adicción, la cual debe ser evaluada desde un enfoque integral tanto de la personalidad como de la conducta impulsiva. (*Cuevas Aguirre E, et al. 2008*).

Tratamiento del tabaquismo - prevención de la recaída

Diversos tratamientos pueden ayudar a los fumadores a hacer un exitoso intento de abandono, pero muchos que inicialmente lo logran reinciden con el tiempo. Se han propuesto varias intervenciones para ayudar a prevenir la recaída. (*Hajek P et al. 2013*).

Entre las intervenciones utilizadas se realizan tratamientos de comportamiento, psicoterapia, intervenciones farmacológicas, mejoras motivacionales, reducción del tabaquismo para el abandono, consejo breve, modos alternativos de intervención (teléfono, internet, computadora), autoayuda y tratamientos adaptados que pueden ayudar a los fumadores a lograr una abstinencia a largo plazo. Aunque estos métodos varían en su alcance, son relativamente eficaces, particularmente en formatos combinados. (*Collins S.E. et al. 2010*).

Algunos meta análisis a gran escala han apoyado el uso de terapia conductual para el cese de tabaquismo en formatos de terapias grupales como individuales.

Las intervenciones más simples (Consejería Breve) son menos eficaces (5 a 10% de éxito), pero logran mayor cobertura poblacional, por lo que el número absoluto de personas que dejan de fumar es mayor, con una buena relación costo-efectividad. (*Sergio Bello S. et al. 2009*). El consejo breve se basa en dar un mensaje verbal de “dejar de fumar” por parte del personal de salud que también puede incluir información sobre los efectos nocivos del tabaco. Se ha observado que aumenta de 1% a 3% la abstinencia a largo plazo y además es muy accesible y rentable. Estas rivalizan con intervenciones adaptadas informatizadas y basadas en Internet en cuanto a su eficacia. En cuanto al uso del teléfono de forma reactiva (el paciente llama) o proactiva (los intervencionistas llaman al paciente) se ha mostrado útil en el impulso de dejar de fumar y la prevención de la recaída y parece haber una relación dosis-respuesta, aunque para el estudio de *Hajek P et al. 2013* las intervenciones conductuales breves o relacionadas a material escrito, mails y contacto telefónico son ineficaces para la prevención de la recaída.

Según *Collins S.E. et al. 2010* líneas de investigación actuales y las mejores prácticas han indicado que una combinación de estos diversos componentes de tratamiento y los formatos de entrega puede ser útil en la prestación de las intervenciones breves, para ayudar a los fumadores no sólo lograr la cesación inicial, sino a prevenir las recaídas a largo plazo. Sin embargo *Hajek P et al. 2013* concluye que en el tratamiento combinado conductual y farmacológico no se detectaron efectos beneficiosos significativos.

Un enfoque en el mantenimiento de los esfuerzos iniciales para dejar de fumar, mediante la preparación de los fumadores para la recaída antes de la cesación y ofrecer sesiones de refuerzo y apoyo farmacológico prolongado puede ser lo más eficaz en la prevención de recaídas. (*Collins S.E. et al. 2010*). De la misma manera concluye *Hajek P et al. 2013* que sostiene que el veredicto es más fuerte para aquellas intervenciones enfocadas en identificar y resolver situaciones tentadoras.

En un estudio retrospectivo realizado en Vizcaya, Madrid (*Pilar Guallar-Castillón et al. 2003*) se estudió el éxito del abandono del tabaco relacionado con el tipo de intervención, el mismo compara las siguientes dos: la primera consistió en consejo médico esporádico, no estructurado y de breve duración (30 segundos-1 minuto) y la segunda consistió en consejo estructurado en la primera visita (5-8 minutos), consejo de refuerzo en tres ocasiones durante 3 meses, y parches de nicotina administrados según el grado de dependencia nicotínica.

Se pudo concluir que el no fumar a los 3 meses del inicio de una intervención para dejar de fumar aumenta sustancialmente la probabilidad de éxito a los 12 meses.

Los resultados muestran que la probabilidad de no fumar al año de la fecha prevista para dejar de fumar aumenta a lo largo del tiempo entre los que han comenzado y mantenido el tratamiento. En comparación con la probabilidad de dejar de fumar esperada al inicio de la intervención, la abstinencia tabáquica a los 15 días de la fecha prevista para dejar de fumar aumenta aproximadamente dos veces la probabilidad de cesar el consumo al año, y la abstinencia a los tres meses la aumenta tres veces. A diferencia de los VPP que fueron superiores en la intervención 2 como consecuencia del consejo estructurado y los parches de nicotina, las razones de prevalencia (RP) fueron similares en las dos intervenciones y para diferentes consumos de cigarrillos y grado de dependencia nicotínica. Ya que, a diferencia de los valores predictivos, el valor de la RP no depende de la tasa de cesación tabáquica.

En cuanto a las variables relacionadas con el tratamiento cognitivo-conductual y farmacológico, se observó un bajo nivel de adherencia al mismo (25,2%), hecho que es una constante en el tratamiento de las adicciones.

El porcentaje global de pacientes que dejaron de fumar después de un año o más de finalizado el tratamiento fue de 35%, valor que supera las cifras reportadas previamente en Uruguay y se asemeja a lo encontrado por diversos autores extranjeros.

Con referencia al estudio de variables predictoras de éxito en el tratamiento se encontró que el uso de terapias farmacológicas específicas, la adherencia al tratamiento (farmacológico y no farmacológico) y la ausencia de antecedentes de depresión se asociaron en forma independiente con el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo. (*María Laura Llambí et al. 2008*)

En la misma línea un estudio realizado en México por la Facultad de Psicología UNAM el tratamiento conductivo conductual enfatiza el fortalecimiento de la auto-eficacia y prevención de recaídas, que mantiene el cambio de la conducta de consumo del usuario durante la intervención.

El usuario aprende a conceptualizar la recaída como parte de un proceso de cambio y fracaso o comportamiento adictivo que nunca podrá cambiar. Por lo anterior, el tratamiento para una alternativa efectiva pasa su adopción en instituciones de salud debe formar parte de preventivas para el tratamiento de fumadores. (*Jennifer Lira Mandujano et al. 2009*)

Según *Collins S.E. et al 2010*, la culminación de la evidencia sugiere que la atención sobre el esfuerzo inicial para dejar de fumar impulsado por los contactos de refuerzo y apoyo farmacológico pueden ser medios eficaces de apoyo a la prevención de recaídas a largo plazo.

Cabe destacar que según *Hajek P et al 2013* un solo ensayo detectó beneficio significativo con vareniclina y que la evidencia disponible no apoya el uso de ningún componente conductual o intervención para evitar las recaídas.

En cuanto a las intervenciones farmacológicas se ha considerado que las terapias de reemplazo de nicotina (NRT, chicles de nicotina, parches transdérmicos, spray nasal, pastilla, e inhalador), y el bupropion de liberación sostenida han sido determinados como tratamientos farmacológicos seguros y eficaces para la consecución y el mantenimiento de la abstinencia. (*Collins S.E. et al. 2010*). Mientras que *Hajek P et al. 2013* concluye que el uso prolongado de bupropion es poco probable que tenga efectos clínicos importantes y que se necesitan estudios sobre el uso prolongado con nicotina.

La vareniclina también ha sido recientemente incluida como medicamento de primera línea para la cesación y prevención de recaídas a corto plazo. De igual

manera se hace énfasis en que se necesitan más estudios para establecer aun más su seguridad y eficacia. Las recomendaciones actuales de las mejores prácticas sugieren la combinación del tratamiento con fármacos y el asesoramiento, ya que el tratamiento sólo con medicación tiene tasas mayores de recaída. Por otro lado en el artículo “*Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation*” se concluye que la vareniclina ha sido superior en comparación con el bupropion en lograr la abstinencia durante un año. No descartaron que pudieran aparecer trastornos psiquiátricos o cardiovasculares asociados al uso de vareniclina. También concluyeron que dosis inferiores a las estándar utilizadas para el tratamiento del cese del tabaquismo son igualmente efectivas y a su vez disminuyen la probabilidad de presentar efectos adversos. Concluyen a su vez que no se ha encontrado suficiente evidencia en relación a la vareniclina y la tasa de recaídas. (Cahill Kate et al. 2013)

En una revisión bibliográfica realizada en la Base de Datos Cochrane, se comparó la NRT, bupropion y la vareniclina con placebo para obtener el logro de la abstinencia a largo plazo (seis meses o más). Este concluyó que la terapia de reemplazo de nicotina (NRT) y bupropion mostraron un comportamiento similar en comparación con el placebo en ayudar a las personas a dejar de fumar.

En otro estudio, realizado en el Hospital de Clínicas, Uruguay, el uso de tratamiento farmacológico, ya sea bupropión, TRN o tratamiento combinado, se asoció en forma independiente y estadísticamente significativa con el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo. (María Laura Llambí et al. 2008)

La vareniclina es más eficaz que la TSN (Terapia de Sustitución Nicotínica) o bupropión, cuando cada uno se compara con placebo y que a su vez su efecto es superior a cualquier tipo de NRT (Terapia de Reemplazo de Nicotina), y es tan eficaz como combinaciones de TRN. Dentro de los efectos adversos, la vareniclina no muestra eventos neuropsiquiátricos. La NRT combinada con nortriptilina o con bupropión no ha mostrado ser más eficaz que la administración única de TSN.

Según Cahill K et al. 2013 la citisina aumenta las posibilidades de dejar de fumar en comparación con placebo, sin eventos adversos graves o adversos significativos.

La nortriptilina aproximadamente duplica las posibilidades de dejar de fumar. El bupropion no ha mostrado eventos neuropsiquiátricos o cardiovasculares. (Cahill K, et al. 2013).

Relación entre ansiedad - Cese de tabaquismo y recaídas

La ansiedad es usualmente descrita como una característica central o definitoria de la adicción. Todas las teorías principales de la dependencia de drogas proponen que la ansiedad juega algún rol en la motivación del abuso de drogas y muchos sugieren que la recaída y la ansiedad están estrechamente relacionadas. La determinación de la medida de las relaciones entre ansiedad y recaída en tabaquismo tiene importantes implicancias para enfocarse en la ansiedad en las intervenciones. Ambos tipos de intervenciones, tanto farmacológicas como psicosociales, son comúnmente descritas como efectivas porque su objetivo es la ansiedad, sin embargo, la hipótesis de que la reducción de la ansiedad influye en el posterior tratamiento es raramente examinado explícitamente.

La ansiedad se puede manifestar de dos maneras. La primera, niveles generales de ansiedad, que pueden cambiar relativamente lento durante el curso del día, probablemente relacionado al nivel de privación que se incrementa sobre los intervalos entre cigarrillos, y la segunda, que son señales específicas de ansiedad, que reflejan respuestas a señales relacionadas con el tabaquismo que fueron previamente vinculadas con la administración de la droga y tiende a tener un comienzo bastante rápido y es de más corta duración que los niveles generales de ansiedad.

En cuanto a la revisión sistemática de *Jennifer M. Wray, et al, 2013* se concluye que la ansiedad general era inconsistente en su relación con las recaídas, e incluso en casos donde se encontraron resultados significativos, la magnitud de esta asociación era pequeña. Los resultados de esta revisión sugieren que la relación ansiedad-resultado no puede ser asumida.

Una consideración final que puede ser crítica en la evaluación de la relación entre la ansiedad y la recaída es que la ansiedad que ocurre como parte de

una situación de alto riesgo puede ser un predictor mucho más fuerte que la ansiedad evaluada más distantemente al episodio.

La idea de que la ansiedad es el mecanismo por el cual el tratamiento influencia en el resultado es a menudo asumida pero raramente estudiada. Se necesita más investigación al respecto.

Dentro de las variables relacionadas con el tratamiento, tanto la modalidad grupal como la adherencia y el uso de farmacoterapia específica se asociaron a éxito en el tratamiento. Según la revisión sistemática realizada por *Stead* y colaboradores, la modalidad de tratamiento grupal no mostró superioridad con respecto al tratamiento individual igualmente intensivo. En este estudio, si bien los pacientes que se trataron en forma grupal alcanzaron la abstinencia en una mayor proporción que los que recibieron tratamiento individual ($p=0,038$), se debe tener presente que los individuos no fueron asignados a una u otra modalidad de tratamiento en forma randomizada. La adherencia o cumplimiento del tratamiento mostró una fuerte asociación con la abstinencia, con una diferencia muy significativa ($p<0,001$) entre los pacientes que adhirieron al tratamiento respecto de aquellos que no lo hicieron. Luego del análisis multivariado, la adherencia al tratamiento mantuvo su significancia estadística como predictor de abstinencia. (*María Laura Llambí et al. 2008*). Debe destacarse que la adherencia al tratamiento no significa cumplimiento del tratamiento farmacológico sino compromiso con el programa mediante asistencia a las sesiones programadas. Este hallazgo es concordante con lo reportado por otros autores, que encontraron que el cumplimiento del tratamiento fue el único factor entre otras seis variables que guardó relación con el éxito del tratamiento del tabaquismo en un estudio transversal. (*María Laura Llambí et al. 2008*).

CONCLUSIONES

Aproximadamente el 70% de los fumadores tienen previsto dejar de fumar en algún momento. La mayoría de ellos buscaban tratamiento en la etapa de contemplación.

Hemos encontrado que el principal factor de motivación para dejar de fumar fue el debido a los problemas de salud.

Al finalizar el tratamiento del tabaquismo se alcanzan porcentajes de cesación o abstinencia que no llegan a 50%, a su vez estas cifras descienden aún más cuando se miden al año.

En cuanto a la consejería breve se han encontrado resultados contradictorios. Hay estudios que indican que es poco eficaz pero tiene una buena relación costo- efectividad. Mientras que otras revisiones concluyen que tiene efectos relevantes tanto en usuarios con baja dependencia como aquellos con dependencia alta a la nicotina.

La ausencia de antecedentes de depresión se asocia en forma independiente con el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo.

En lo que respecta a la impulsividad se ha podido evidenciar su relación en forma negativa con el mantenimiento de la abstinencia.

En cuanto a la ansiedad y su relación con el tabaquismo, la revisión consultada sugiere que la ansiedad era inconsistente en su relación con las recaídas. Hay pocos estudios sobre si la ansiedad es el mecanismo por el cual el tratamiento influencia en el resultado, por ende la relación ansiedad-resultado no puede ser asumida. Se recomienda más investigación.

En cuanto a las revisiones enfocadas en las intervenciones para evitar las recaídas, concluyen que el tratamiento combinado conductual y farmacológico no detectaron efectos beneficiosos significativos.

El uso prolongado de Vareniclina podría prevenir la recaída mientras que el uso prolongado de Bupropion es poco probable que tenga efectos clínicos

importantes. Se necesitan más estudios sobre el tratamiento prolongado con nicotina la cual es ampliamente utilizada.

Se puede concluir que la vareniclina es más efectiva en mantener la abstinencia durante un año en comparación con el bupropion. Por otro lado se ha podido evidenciar que los efectos adversos de la vareniclina se dan a dosis elevadas, disminuyendo este riesgo utilizando dosis bajas con igual eficacia para el mantenimiento de la abstinencia.

Las intervenciones conductuales breves o relacionadas a material escrito, mails y contacto telefónico mostraron ser ineficaces para la prevención de la recaída.

Por lo tanto la evidencia disponible no apoya el uso de ningún componente conductual o intervención para evitar las recaídas según estos resultados.

Otras revisiones concluyen que la atención sobre el esfuerzo inicial para dejar de fumar impulsado por los contactos de refuerzo y apoyo farmacológico en curso pueden ser medios eficaces de apoyo a la prevención de recaídas a largo plazo. Aún así, se ha comprobado que con respecto a la reducción del consumo de tabaco, hubo diferencias significativas en las recaídas entre el cese paulatino con el cese abrupto del tabaquismo.

Dentro de las principales razones que impiden a los fumadores dejar de fumar se encuentran: la dependencia, el placer llevado por el tabaquismo, problemas emocionales, la influencia de otros y el cigarrillo como uso incorporado en su rutina.

En cuanto a las razones que pueden provocar recaídas en ex-fumadores, se consideran más importantes las siguientes: problemas emocionales, el placer causado por el tabaquismo, incapacidad para resistir el tabaco, la influencia de otros y la dependencia de la nicotina.

La realización de este trabajo representó una oportunidad para comprender e integrar los conocimientos sobre investigación. Nos permitió poner en práctica lo aprendido sobre búsquedas bibliográficas y análisis de artículos científicos. Además de esto, logramos un mayor interés sobre el tema en estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Introducción:

⁽¹⁾Ana Lorenzo García et al. Ministerio de Salud Pública. Guía Nacional para el Abordaje de Tabaquismo. Uruguay 2009.

⁽²⁾ Otero, M. y Ayesta, F.J El tabaquismo como trastorno adictivo. Unidad de Tabaquismo. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander. España. Vol. 06. Núm. 02. Abril 2004.

⁽³⁾ El Modelo Transteórico. Universidad de Cantabria. (Base de datos en línea).

Página consultada el 25/7/2014 URL disponible en: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/material-de-clase/tema-3.-el-modelo-transteorico/skinless_view.

⁽⁴⁾ Sergio Bello S., Alvaro Flores C., Magdalena Bello S. y Haydée Chamorro R. Diagnóstico y tratamiento psicosocial del tabaquismo. Rev Chil Enf Respir 2009; 25: 218-230

⁽⁵⁾ SMU. Control del Tabaquismo en Uruguay 2009: Avances y Desafíos. (Internet) Noticias 155 • Marzo 2010 (consultado el 14/9/2014) Disponible en: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias155/art4.pdf>

Resultados:

- Adriana Carneiro Russo; Renata Cruz Soares de Azevedo. Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário. Jornal Brasileiro de Pneumologia J. bras. pneumol. (internet) 2010. (citado 18/7/2014) vol.36 no.5 São Paulo Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132010000500012.
- Azevedo Renata Cruz Soares de, Higa Celina Matiko Hori, Assumpção Isilda Sueli Mira Andreolli de, Frazatto Cecília Regina Gonzaga, Fernandes Rejane Firmino, Goulart Welson et al . Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos. Rev. Assoc. Med. Bras. [serial on the Internet]. 2009 [cited 2014 Sep 12]; 55(5): 593-596. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000500025&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000500025>.

- Blanca Mónica Leal B. Niveles de asertividad, perfil sociodemográfico, dependencia a la nicotina y motivos para fumar en una población de fumadores que acude a un tratamiento para dejar de fumar (on line). 2010 (página consultada el 10/08/2014); vol. 33 no.6 URL disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000600003
- Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews [internet] 2012, [cited 2014 Sep 13]; Issue 4. Art. No.: CD006103. DOI: 10.1002/14651858.CD006103.pub6. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1002/14651858.CD006103.pub6>
- Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. *Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. (internet) 2013 (citado 6/8/2014) Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009329.pub2/pdf/standard>*
- Collins, S. E., Witkiewitz, K., Kirouac, M., & Marlatt, G. A. (). Preventing relapse following smoking cessation. *Current Cardiovascular Risk Reports* [internet]. 2010 [cited 2014 Sep 13]; 4(6), 421-428. Retrieved from www.scopus.com
- Cuevas Aguirre, Eduardo, & Hernández-Pozo, María del Rocío. Evaluación de la impulsividad en fumadores: una revisión sistemática. *Revista mexicana de análisis de la conducta* [revista en Internet]. 2008 [cited 2014 Sep 13]; 34(2), 293-311. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-45342008000200010&lng=es&tlng=es.
- Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews [serial on the Internet]. 2013 [cited 2014 Sep 12]; Issue 8. Art. No.: CD003999. DOI: 10.1002/14651858.CD003999.pub4. Disponible en:

<http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1002/14651858.CD003999.pub4>

- Jennifer M. Wray, Julie C. Gass, Stephen T. Tiffany. [A Systematic Review of the Relationships Between Craving and Smoking Cessation](#). *Nicotine Tob Res [journal]*. 2013 July; [cited 2014 Sep 13]; 15(7): 1167–1182. Published online 2013 January 4. doi: 10.1093/ntr/nts268. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3682845/>
- Lira-Mandujano Jennifer, González-Betanzos Fabiola, Carrascoza Venegas César A., Ayala V. Héctor E., Cruz-Morales Sara E.. Evaluación de un programa de intervención breve motivacional para fumadores: resultados de un estudio piloto. *Salud Ment [revista en la Internet]*. 2009 Feb [citado 2014 Sep 12] ; 32(1): 35-41. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000100005&lng=es.
- Luciana RizzieriFigueiró; Cassandra Borges Bortolon; Mariana CanellasBenchaya; Nadia KrubskayaBisc, MaristelaFerigolo; Helena MariaTannhauser Barros; Denise ConceiçãoMesquita Dantas. Avaliação de mudanças na dependência da nicotina, motivação e sintomas de ansiedade e depressão em fumantes no processo inicial de redução ou cessação do tabagismo: estudo de seguimento de curto prazo. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy Trends Psychiatry Psychother (internet)*. 2013.(citado 12/7/2014); vol.35 no.3. Porto Alegre. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892013000300008
- *Dras. María Laura Llambí, Elba Esteves, Lic. TS. María Laura Blanco, Lic. Psic. Mary Barros, Dras. Carolina Parodi, Beatriz Goja Factores predictores de éxito en el tratamiento del tabaquismo. Policlínica de Cesación de Tabaquismo. Clínica Médica "A". Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. RevMedUrug (internet) 2008. (Citado 1/7/2014) Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v24n2/v24n2a03.pdf>*

- Pilar Guallar-Castillón. Probabilidad de éxito en el abandono del tabaco en el curso de dos intervenciones sencillas para dejar de fumar (on line). 2003 (página consultada el 10/08/2014); v.77 n.1 URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272003000100008&lng=es&nrm=iso
- *SERGIO BELLO S., ALVARO FLORES C., MAGDALENA BELLO S.y HAYDÉE CHAMORRO R. Diagnóstico y tratamiento psicosocial del tabaquismo. Revista chilena de enfermedades respiratorias. (internet) 2009 (citado 9/7/2014) v25 n.4 Santiago. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-73482009000400003&script=sci_arttext*
- Stephani Amanda Lukasewicz Ferreira. Motivos que contribuem para indivíduos de uma escola de nível superior tornarem-se ou não tabagistas. Revista Gaúcha em Enfermagem (on line). 2011. (Página consultada el 10/08/2014); vol.32 no.2 URL disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200011&lng=es&nrm=iso