

La deshabituación tabáquica individual, un enfoque desde atención primaria de salud

Individual smoking cessation, a focus on Primary Health Care

José Manuel Méndez Fernández

Graduado en Enfermería por la Universidad de Oviedo

Manuscrito recibido: 19-06-2015

Manuscrito aceptado: 07-09-2015

Cómo citar este documento

Méndez Fernández JM. La deshabituación tabáquica individual, un enfoque desde atención primaria de salud. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2015 Noviembre 3(4):26-36

Resumen

El consumo de tabaco, lleva asociado consigo numerosas enfermedades sistémicas, como el cáncer de pulmón, el EPOC, etc., incrementando también el riesgo cardiovascular y las probabilidades de mortalidad. Esto hace que se reduzca la calidad de vida de los fumadores y aumenten los costes para el sistema sanitario. Contra ello la deshabituación tabáquica supone un cambio de conductas en la persona fumadora, que finalizan al lograr una abstinencia mantenida en el tiempo. El abordaje a un paciente fumador debe hacerse en base a su grado de motivación personal, y en relación a la etapa de cambio en que se encuentre (según el modelo de Prochaska y DiClemente) reduciendo de esta manera las posibilidades de recaídas. Para ello, pueden realizarse una valoración general previa del paciente fumador e intervenciones sobre el mismo, con la ayuda de escalas como el test de Fagerström o la regla nemotécnica de las "5 Aes", además de utilizar el tratamiento psicológico, mediante técnicas cognitivo - conductuales (autoregistros, contratos conductuales, refuerzo positivo, técnicas de relajación...) y motivacionales (entrevista motivacional), y el tratamiento farmacológico con diversos fármacos como la terapia sustitutiva con nicotina, el bupropion o la vareniclina, principalmente.

Palabras clave

Tabaco, Cese del tabaquismo, Enfermería, Atención Primaria de Salud.

Abstract

The consumption of tobacco, has associated with it a number of systemic diseases such as lung cancer, EPOC, etc, and also increase the cardiovascular risk and mortality probabilities. This makes the quality of life of smokers is reduced and increased costs for the sanitary system. Against this smoking cessation is a behavior change in the smoker ending to achieving continuous abstinence over time. Addressing a smoker patient should be based on their degree of personal motivation, and in relation to the stage of change in that is (according to Prochaska and DiClemente model) thereby reducing the chances of relapse. To do this, can be realized a previous general valuation of the smoking patient and interventions on the same one, with the help of scales as the Fagerström test or mnemonic rule of the "5 A's" in addition to using psychological treatment through cognitive - behavioural techniques (self-records, behavioural contracts, positive reinforcement, relaxation techniques...) and motivational (motivational interview), and pharmacological treatment with various drugs such as nicotine replacement therapy, bupropion or varenicline, mainly.

Keywords

Tobacco, Smoking Cessation, Nursing, Primary Health Care.

Introducción

En los países desarrollados, el consumo de tabaco es una de las principales causas de pérdida de salud y de mortalidad evitable y prematura. En España, el 24,1% de la población de 15 o más años de edad consume tabaco diariamente (27,9% hombres y 20,2% mujeres). En Asturias, la cifra de fumadores que declaran consumir tabaco diariamente es superior a la media nacional con un 25,4% (27,5% hombres y 23,6% mujeres).^{1, 2}

Actualmente, unas 54.000 muertes (una de cada seis) son atribuibles al consumo de tabaco en la población de 35 y más años de edad en España.³

Según la OMS 1300 millones de personas consumen tabaco en alguna de sus formas. El tabaco es la segunda causa de muerte en el mundo⁴, 6 millones de personas mueren cada día a causa del tabaco y la exposición al humo, a pesar de que tan solo un 22% de la población mundial son fumadores. Se estima que en el año 2030 se llegará a la cifra de 8.000.000 de muertes/año en el mundo por causas relacionadas con el tabaco.⁵

Del porcentaje de fumadores solo un 4,3% ha conseguido dejar de fumar en los dos años siguientes al abandono, frente al 60% que lo intenta. Para ello los programas de deshabituación tabáquica suponen una herramienta fundamental para lograr abandonar el consumo de tabaco.⁶

Hoy en día, disponemos de tratamientos psicológicos, de tipo conductual, y farmacológicos (los sustitutivos de la nicotina, el bupropion y la vareniclina) que han demostrado ser eficaces para ayudar a las personas a dejar de fumar, multiplicando por dos o por tres la probabilidad del abandono del consumo⁷. Entre los tratamientos psicológicos, los programas multicomponentes o paquetes de tratamiento están considerados en la actualidad como los tratamientos más eficaces.^{8, 9}

Por otra parte, la Atención Primaria (AP) es uno de los lugares fundamentales para estimular el abandono del hábito tabáquico, debido, fundamentalmente, a la alta accesibilidad y elevada cobertura de la población general. Los profesionales de AP y en especial las enfermeras desarrollan un papel activo respecto a las demandas de prevención y tratamiento de enfermedades y adicciones, entre ellas el tabaquismo. Las enfermeras de AP gozan de una posición idónea para afrontar la deshabituación tabáquica gracias a su gran accesibilidad, al contar con la confianza de la población, y ser consideradas como una autoridad competente en materia de salud. Asimismo desempeñan un papel importante en la captación, manejo y control del paciente fumador. Su eficiencia está demostrada en este tipo de intervenciones y su papel destaca en la lucha contra el tabaquismo.⁵ En este contexto, el consejo breve, con o sin apoyo de terapia farmacológica, ha sido el método más frecuentemente empleado, mostrándose como un procedimiento altamente coste-efectivo.⁶

"La Atención Primaria (AP) es uno de los lugares fundamentales para estimular el abandono del hábito tabáquico"

Método

Se realiza una búsqueda bibliográfica en varias fuentes documentales durante los meses de enero, febrero y marzo de 2015 utilizando descriptores en ciencias de la salud (DeCS) y medical subject headings (MESH). Con estos términos se realiza una búsqueda a partir de fuentes primarias, búsquedas manuales en listas de referencias de artículos y revistas especializadas, y fuentes documentales secundarias textuales en diferentes bases de datos on line: Medline, Cochrane, Scielo, Cuiden, Cinhall, Pubmed. En las bases de datos se emplearon comandos básicos, operadores booleanos y búsqueda avanzada con limitadores de tiempo, idioma, autor/a.

Los criterios de inclusión de los artículos son: título relacionado con la pregunta de búsqueda, la adecuación del contenido del resumen, el método, revisión sistemática, metanálisis, y ensayos controlados aleatorios, publicación en los últimos diez años, escritos en inglés y castellano.

La frase de búsqueda fue:

"La deshabituación tabáquica aplicación en la atención primaria"

Se utilizaron como DECS/MESH:

- Tabaco / Tobacco
- Cese del tabaquismo / Smoking Cessation
- Enfermería / Nursing
- Atención primaria de salud / Primary Health Care.

Se encontraron 3547 artículos, de los que se seleccionaron 54. De éstos se realiza lectura completa y se seleccionaron dieciséis que respondieron a las características iniciales.

Desarrollo

1. La deshabituación tabáquica

La deshabituación tabáquica supone un cambio de conductas en la persona fumadora, que comienza en el momento en el que el fumador se propone dejar de fumar y termina cuando consigue una abstinencia mantenida en el tiempo. Los condicionantes que motivan dejar el tabaco son variados: la aparición de alguna enfermedad, la concepción de un hijo, etc. Lo cierto es que la abstinencia del tabaco a cualquier edad, va a tener efectos beneficiosos sobre la salud de las personas fumadoras, y de las que están a su alrededor. Hay estudios que determinan que aproximadamente $\frac{3}{4}$ partes de los fumadores han realizado algún intento por dejar de fumar, sin embargo una gran parte de éstos recae nuevamente antes de lograr una abstinencia mantenida en el tiempo, antes de los 6 meses de abstinencia. ¹⁰

2. Estrategias generales para la intervención en Atención Primaria

Con el objetivo de maximizar la eficacia de los tratamientos, sería conveniente integrar las intervenciones en una estrategia general que tenga en cuenta al menos los siguientes puntos:

- Valorar el estadio de cambio en que se encuentra el sujeto.
- Considerar los distintos niveles de intervención
- Realizar una valoración previa del fumador.

2.1. Modelo transteórico del cambio. El Proceso del cambio.

Prochaska y DiClemente en el modelo transteórico determinan el momento en que el sujeto está preparado para cambiar (etapas de cambio) conociendo el nivel de predisposición del individuo y mostrando las actividades que lleva a cabo para cambiar su hábito adictivo y afianzar sus logros (procesos de cambio).

Este modelo además de ser utilizado en problemas adictivos, es también de utilidad en otros problemas no adictivos, como los problemas de conducta. En el campo de la deshabituación tabáquica, el esquema de etapas de cambio de Prochaska y DiClemente, es el más aceptado y usado. ¹¹

*"La deshabituación tabáquica comienza cuando el
fumador se lo propone y termina con la
abstinencia mantenida en el tiempo"*

2.2. Niveles de intervención clínica en el tratamiento del tabaquismo

El abordaje para instruir a un paciente en la deshabituación tabáquica, debe hacerse en base a su motivación personal para dejar de fumar, y también en relación a la etapa de cambio en que se encuentre, ya que debemos tener en cuenta que fumar supone una adicción tanto física como psicológica ¹² Para ello desde la atención primaria es bastante frecuente utilizar la regla nemotécnica de las "5 Aes", que se trata de una intervención valorada muy positivamente por expertos y con una gran evidencia científica demostrada ¹³ y consiste en:

1. **Averiguar (Ask):** en todos los pacientes información sobre su hábito tabáquico y registrarlo en la historia clínica.
2. **Aconsejar (Advice):** a todos los pacientes fumadores que dejen el tabaco. Asimismo, a aquellas personas que no fumen, se les podría aportar un breve consejo para prevenir la introducción en el hábito tabáquico, especialmente en jóvenes y adolescentes.
3. **Apreciar (Assess):** la disposición del fumador para tratar de cambiar su conducta y dejar de fumar.
4. **Ayudar (Assist):** a todos aquellos pacientes que deseen o estén interesados en dejar de fumar.
5. **Acordar (Arrange):** el seguimiento en el camino de la deshabituación.

Según este modelo, la intervención en AP seguiría un proceso escalonado en el que, en primer lugar se llevaría a cabo una intervención clínica de nivel básico, que estaría destinada a aquellos fumadores que se encuentran principalmente en una fase de precontemplación o aquellos pacientes que acudan por cualquier motivo a la consulta. La intervención básica consiste en una breve intervención, en la cual se realizan varias preguntas al paciente, como si conoce los efectos perjudiciales del tabaco sobre la salud y los efectos beneficiosos de la deshabituación, si conoce algún método para dejar de fumar o alguien que haya conseguido abandonar el tabaco... todo ello valorando el estado de cambio en que se encuentre el paciente, es decir; si está dispuesto a intentarlo en ese momento o si prefiere intentarlo más adelante. En este último caso sería importante estimularle para que lo intentase más adelante. Estas intervenciones se llevarían a cabo aprovechando las visitas a la consulta por otros motivos ajenos al tabaco y estarían en relación con las tres primeras etapas de la regla de las "5 Aes" que serían averiguar, aconsejar y apreciar.

Con esta intervención, se pretende que los fumadores logren avances en su proceso de dejar de fumar, pero en el caso de que el paciente decida no adoptar una postura de cambio, y desee continuar fumando, sería positivo alentarle para reducir el número de cigarrillos o no fumar en determinados lugares o en presencia de personas de su familia como niños, ancianos...

Posteriormente se procedería a realizar una intervención intermedia, designada a los fumadores que ya contemplan la idea de dejar de fumar o están en fase de preparación para deshabituarse. En esta intervención las sesiones son programadas y la duración de éstas son más intensivas (10-30 minutos) reforzándose la idea de dejar de fumar que tienen preestablecida.

Esta intervención tiene como objetivo ayudar al fumador a establecer un plan para dejar de fumar, en el cual deberá de fijar una fecha a partir de la cual se encaminará en la ruta de la deshabituación. Durante todo este tiempo, sería ideal y lo aconsejable que el paciente realice una abstinencia total del consumo de tabaco.

Por último y para aquellos fumadores que pasan a la fase de acción, cabría realizar una intervención más especializada, analizando individualmente los progresos del paciente. La intervención especializada también estaría destinada a aquellos fumadores que sufren en sus intentos por dejar de fumar recaídas y que ya han intentado con anterioridad dejar de fumar.

En la intervención especializada, las sesiones continúan siendo programadas y la duración aproximada ya es superior a los 30 minutos, pueden realizarse de manera individual o grupal. La terapia especializada grupal origina beneficios adicionales, pues los componentes del grupo pueden interactuar entre sí y recibir apoyo y refuerzo de manera recíproca. ^{14, 15}

2.3. Valoración general del paciente fumador.

Para realizar una buena valoración previa del paciente fumador, además de preguntar acerca de los antecedentes tabáquicos del paciente y realizar buenos registros en la historia clínica, pueden utilizarse cuatro principales métodos de valoración:

- El test de Fagerström.
- El cuestionario de Rusell
- El test de Richmond
- El cuestionario de cambio de Prochaska y DiClemente

3. Tratamiento psicológico para el tabaquismo

El tratamiento psicológico del tabaquismo ha tenido gran relevancia desde la aparición de las técnicas de modificación de conducta hasta nuestros días, donde el tratamiento psicológico es de primera elección para muchos fumadores, como por ejemplo los adolescentes y las embarazadas. ¹⁶

Al igual que con el tratamiento de cualquier adicción, el tratamiento psicológico de un fumador consta principalmente de cuatro fases que son:

1. La preparación para el cambio.
2. El preabandono del tabaco.
3. La deshabitación psicológica, (en donde la persona tiene que dejar de fumar).
4. El mantenimiento en la abstinencia del consumo de tabaco y la prevención de recaídas.

Las primeras terapias que se utilizaron para el tabaquismo fueron las terapias conductuales, comenzando por las de tipo aversivo, como por ejemplo fumar rápido. Continuadas y complementadas por otras como la relajación, el control de estímulos, la reducción paulatina de nicotina, etc. ¹⁶

Actualmente, son más utilizadas las técnicas cognitivo conductuales, bien de forma aislada o bien conjuntamente. Éstas técnicas logran unos altos índices de abandono del tabaco llegando a cifras de hasta un 40- 50% de abstinencia al año del abandono.

Entre las técnicas psicológicas cognitivo – conductuales más utilizadas se encuentran:

- **Los autoregistros:** El fumador, que ya tiene en mente la idea de dejar de fumar, en los días previos a la cesación realizará un registro de su consumo de tabaco en el que anotará el número y hora de los cigarrillos que fuma así como la situación en que lo hace y las ganas de fumar que tiene en ese momento (valorándolo de 0 a 10) El conocimiento de los antecedentes y consecuencias de cada cigarrillo van a ayudar posteriormente a la hora de planificar el abandono. ^{13, 17}
- **La reducción gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán:** Esta técnica consiste en ir reduciendo paulatinamente la ingesta de nicotina y alquitrán hasta conseguir dejarlo completamente. Se ha demostrado que dejar de fumar de forma brusca produce el síndrome de abstinencia a la nicotina, mientras que la reducción progresiva hace que el proceso de abandono sea menos costoso para el fumador a la vez que le permite adquirir un mayor control sobre su conducta. ^{13, 17}
- **Los contratos conductuales:** La firma de un contrato hace que se establezca un gran compromiso entre la persona y el tratamiento. Los contratos conductuales suponen un acuerdo que se pacta entre los profesionales y el fumador, para lograr en éste un cambio en su conducta. ¹³
- **La modificación de pensamientos exagerados:** Los pacientes fumadores pueden sufrir momentos en los que por su cabeza pasen infinidad de pensamientos que se tienden a exagerar y dramatizar como por ejemplo: “no puedo aguantar más, voy a explotar, necesito un cigarrillo, me estoy poniendo muy nervioso”. Para estos momentos, es importante que se instruya a los pacientes a reconocer las situaciones y que vean que ni la situación es exagerada o insoportable ni que realmente necesitan el cigarrillo, a la vez que lo contrarrestan con pensamientos realistas y prácticos como por ejemplo: “es normal que tenga ganas, pero cambiaré de actividad para distraerme”. También puede ayudar a controlar la situación tener algo a mano para entretenerse, mascar un chicle, salir a dar un paseo, etc. Esto ayudará a que el estado de ánimo sea diferente y las probabilidades de mantenerse abstinentes sean mayores. ¹⁷
- **El refuerzo positivo:** Es importante felicitar al paciente en cada logro o meta que consigue, por mantenerse sin fumar... para que de esta manera consiga mantener sus esfuerzos. ¹³
- **Las técnicas de relajación y respiración:** pueden ayudar a los pacientes a que se sientan mejor, ya que son técnicas que funcionan muy bien y están al alcance de todos. ¹³
- **Las técnicas de evitación y exposición:** Suelen estar recomendadas al inicio del tratamiento y están destinadas a que el paciente evite determinadas situaciones que puedan hacerle recaer al consumo del tabaco. salir a cenar, ir a celebraciones, etc. ¹³

Dentro del tratamiento psicológico del tabaquismo se encuentran también las intervenciones motivacionales entre las que se encuentran:

- **Estrategias motivacionales:** En ocasiones, los fumadores no deciden por sí solos dejar de fumar, sino que son los profesionales los que de alguna manera tienen que motivar ese cambio y lograr que el paciente se someta al proceso de dejar de fumar. Dejar de fumar es un proceso lento y complejo, que requiere de cambios de conducta, del estilo de vida... en ocasiones la impaciencia de los profesionales para que los pacientes dejen de fumar puede hacer que éstos reciban recomendaciones y estrategias en demasía sin que ni siquiera hayan establecido el compromiso para el cambio, por lo que los pacientes no se esforzarán lo suficiente y lo más probable es que surjan resistencias y fracasos al imponérseles un ritmo superior al que pueden asumir. Por tanto el compromiso de cambio solo lo puede establecer el paciente, pero los profesionales pueden recurrir a ciertas estrategias para abreviar el proceso:
 - Ofrecer consejo
 - Eliminar obstáculos
 - Ofrecer alternativas
 - Disminuir la deseabilidad del acto de fumar
 - Practicar la empatía
 - Ofrecer retroalimentación (feedback)
 - Ofrecer ayuda activa ¹³
- **La entrevista motivacional:** Existen ciertas ocasiones, en las que el mero consejo de los profesionales sanitarios no es suficiente para promover en los pacientes una conducta de cambio. De ahí que el objetivo de la entrevista motivacional sea aumentar la motivación intrínseca de los pacientes, para que sean éstos los que decidan cambiar y no sea algo que se les impone. Llevar a cabo una intervención motivacional breve puede durar entre 30 segundos y 15 minutos y mejora notablemente los resultados. La entrevista motivacional se sostiene en tres principios básicos:
- **Expresar empatía:** Poniéndose en el lugar del paciente, transmitiendo aceptación y confianza mientras se fomenta una escucha activa y reflexiva, todo ello sin juzgar, ni criticar, ni culpabilizar al paciente.
- **Promover la autoeficacia:** Algunos pacientes, no se considerarán capaces de dejar de fumar y en consecuencia no realizarán un intento firme por abandonar el tabaco, para estos casos, existen una serie de habilidades que pueden impulsar la autoeficacia de los pacientes:
 - Trabajar sobre los éxitos.
 - Ensalzar los logros del paciente.
 - Poner de ejemplo a alguien de condiciones similares al paciente que haya logrado dejar de fumar.
 - Describir el síndrome de abstinencia y proporcionarle tácticas para hacer frente a los síntomas.
 - Enunciar los beneficios personales de dejar de fumar.
 - Mostrar confianza.
 - Mitigar los posibles fracasos anteriores.
- **Generar una discrepancia:** Entre la conducta actual (fumar) y un objetivo personal más importante que pueda tener el paciente. Esto puede no funcionar con todos los pacientes, pero si resulta beneficioso que cada persona reflexione sobre las razones que pueda tener para cambiar y encuentre su discrepancia individual. ^{13, 18}

3.1. Prevención de recaídas

Las recaídas suponen retomar el consumo de tabaco tras la deshabituación. Las recaídas son una parte más del proceso de dejar de fumar y no deben ser vistas como un fracaso, sino todo lo contrario. Las recaídas son una experiencia de aprendizaje, a partir de la cual, los pacientes pueden obtener conocimientos sobre las situaciones de riesgo y los estímulos que motivan el consumo de tabaco, a la vez que desarrollan estrategias de afrontamiento para evitarlas. ^{13, 17}

Realizar la prevención de recaídas es una parte importante dentro del proceso de dejar de fumar y resulta muy útil hacerlo desde el primer día de tratamiento, ya que la mayoría de los fumadores que dejan de fumar, recaen en los primeros tres meses.

A pesar de todo, es posible que el paciente sufra una recaída, por la cual no se le debe juzgar, ni criticar, ni culpabilizar, sino animarle a reemprender el abandono del tabaco, ofreciéndole apoyo y planificación en el nuevo intento. En el caso de que el paciente no quiera reanudar el abandono, habrá que respetar su opinión, dejando la puerta abierta, para cuando el paciente estime conveniente retomar el intento, realizando también intervenciones oportunistas cuando acuda a la consulta por otros motivos. ^{8, 13}

4. Tratamiento farmacológico para el tabaquismo

En la actualidad se consideran como fármacos de primera línea los siguientes: ¹⁹

1. La Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN)
2. El bupropión
3. La vareniclina

4.1. Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN)

La nicotina es una sustancia química que se encuentra presente en los cigarrillos, y es la responsable principal de que se produzca la adicción al tabaco.

La Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN) consiste en la administración de nicotina por otras vías que no son el consumo de cigarrillos, y en unas cantidades suficientes para atenuar los síntomas del síndrome de abstinencia. Existen diversas presentaciones de TSN, pero las más utilizadas son: parches, chicles, comprimidos, sprays nasales e inhaladores bucales.

El tratamiento con TSN es eficaz por sí solo, aunque se obtienen mejores resultados en terapia combinada. Aún así todas las presentaciones de TSN incrementan entre 1,5 y 2 las probabilidades de dejar de fumar. ^{9, 13, 20, 21, 22}

4.2. Bupropion

El hidrocloreuro de bupropion fue el primer fármaco no nicotínico que se utilizó eficazmente en el tratamiento contra el tabaco. El bupropion imita el efecto de la nicotina a baja intensidad mitigando los síntomas del síndrome de abstinencia y sin producir dependencia. Como efectos secundarios predominan, el insomnio y la sequedad de boca, también aunque muy raramente ocasiona crisis convulsivas pero aun así se contraindica en aquellos pacientes que tengan otros factores de riesgo para la aparición de convulsiones. La eficacia del bupropion según un metanálisis de 24 estudios, es que el tratamiento con éste fármaco duplica la posibilidad de abstinencia a largo plazo (> 5 meses) en relación al placebo. ^{13, 20, 21, 22}

4.3. Vareniclina

La Vareniclina es el primer fármaco desarrollado exclusivamente para ayudar a las personas a vencer su adicción por el tabaco. Según un metanálisis ²³ de cuatro estudios para dosis de 2mg /día y de dos estudios para dosis de 1 mg/ día concluyen que el uso de 1mg al día de vareniclina dobla la posibilidad de abstinencia a largo plazo en comparación con placebo, y que el uso de 2mg al día la triplica ¹³. Se considera la Vareniclina como el tratamiento farmacológico más efectivo para dejar de fumar. Actúa como un agonista parcial (pues tiene acción agonista y antagonista) la acción agonista imita la acción de la nicotina, disminuyendo de esta forma el síndrome de abstinencia y el craving. A su vez, la acción antagonista, bloquea los receptores nicotínicos, lo que se traduce a un menor riesgo de recaídas. Como efectos secundarios más frecuentes cabe señalar las náuseas, insomnio y cefalea. A pesar de los efectos adversos, las últimas publicaciones basadas en evidencia científica constatan la seguridad de la vareniclina como fármaco. ^{20, 21}

Conclusiones

- El tabaquismo es una de las principales causas de muerte prevenible y de enfermedades evitables en nuestro entorno.
- El coste – efectividad de la deshabituación tabáquica es muy beneficioso, por el impacto que supone en términos de salud y de ahorro del gasto sanitario.
- Es importante realizar intervenciones sobre el tabaquismo en los fumadores aprovechando las visitas a la consulta de una forma oportunista.
- El consejo que se debe aportar a los pacientes para que dejen de fumar debe cumplir una serie de requisitos: que sea veraz, comprensible, motivador, empático, respetuoso y adaptado al paciente y a la fase de cambio en que se encuentre el paciente.
- Es importante informar a los fumadores de los beneficios que aporta dejar de fumar, aportando soluciones a los problemas o dudas que planteen.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012.
Disponible en:
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/encuestaResDetall2011.htm>
2. Gobierno del Principado de Asturias, Dirección General de Salud Pública y Participación. Encuesta de salud para Asturias 2012. Disponible en: www.asturias.es
3. Banegas JR, Díaz L, Bañuelos B, González J, Villar F, Martín JM et al. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. *MedClin (Barc)*. 2011; 136(3): 97-102.
4. Maldonado M. Historia del tabaco. De panacea a pandemia. *MedClin (Barc)*. 2005; 125 (19): 745-747
5. Reyero Ortega B. Intervención y acompañamiento en deshabituación tabáquica: un caso de éxito. *Ene revista de enfermería [revista en Internet]* 2013 [acceso 24 de marzo de 2015]; 7 (2). Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/309>

6. Flores G, Morchón S, Masuet C, Carrillo P, Manchón P, Ramon JM. Edad de inicio en el consumo del tabaco como predictor de la deshabituación tabáquica. *Aten Primaria*. 2005; 35(9):466-471
7. Fiore, MC, Jaén, CR, Baker, TB et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 Update. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
8. Becoña E, Cortés M. Guía Clínica de Intervenciones Psicológica en Adicciones. Barcelona: Socidrogalcohol, 2008.
9. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis (Review) *Cochrane Database of systematic reviews*. 2013;5.
10. U.S Department of health and human services. The health benefits of smoking cessation: a report of the surgeon general. Rockville – Maryland 1990
11. Morales Dominguez ZE. Evaluación de los sesgos atencionales en fumadores a través de las etapas del modelo transteórico del cambio. [tesis doctoral]. Huelva; 2009
12. Camaralles F. Individualización del tratamiento farmacológico del tabaquismo. *FMC*. 2013; 20 (8): 473-478.
13. Gobierno de Cantabria. Manual de abordaje del tabaquismo en Atención Primaria. Cantabria: Dirección general de salud pública, Consejería de sanidad; 2010
14. Romo I. Deshabituación tabáquica individual. En Curso Aprendizaje de Técnicas de Deshabituación Tabáquica. Guipúzcoa; 2005.
15. Córdoba R, Nerín I. Niveles de intervención clínica en tabaquismo. ¿Son necesarias las consultas específicas en atención primaria?. *MedClin (Barc)* 2002; 119 (14): 541 – 549.
16. Becoña E, Fernández del río E, López A, Martínez U, Martínez C, Rodríguez RA. El tratamiento psicológico de la dependencia del tabaco. Eficacia, barreras y retos para el futuro. *Papeles del Psicólogo*, 2014; 35(3): 161-168.
17. Alonso F, Bernardo A, Secades R. Guía para dejar de fumar. Asturias: Consejería de salud y servicios sanitarios; 2010.
18. Madrid S. Entrevista motivacional en mediación. *Revista de Mediación*. 2014; 7, (1): 82-99.
19. Jiménez CA, Granda JI, Cicero A, Perera L, Mayayo M, Cristóbal M et al. Combinación de fármacos para el tratamiento del tabaquismo. *Rev Patol Respir*. 2014; 17 (3): 87-89
20. García-Galbis J, Leal M, Hernández F, Abellán J. Tratamiento farmacológico en la deshabituación tabáquica. Ventajas e inconvenientes de los tratamientos actuales. *Semergen*. 2012; 38 (8): 505 – 510.
21. Torracchi A, Martínez L, Barrueco M. Tratamiento del tabaquismo. Actualidad en farmacología y terapéutica. 2013;11 (3): 179 – 188
22. NICE public health guidance 10. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. National Institute for Health and Clinical Excellence 2013. Disponible en: <http://guidance.nice.org.uk/PH10/NiceGuidance/pdf/English>
23. NICE technology appraisal guidance 123. Varenicline for smoking cessation. National Institute for Health and Clinical Excellence 2007.
Disponible en: <http://www.nice.org.uk/TA123>