

¿Es eficaz la medicación en una terapia antitabaco?

How effective an antismoking medication therapy?

Graciela Zapico López, Sonia Alonso Fernández

Hospital Carmen y Severo Ochoa (Asturias)

Manuscrito recibido: 25-04-2016

Manuscrito aceptado: 30-05-2016

Cómo citar este documento

Zapico López G. ¿Es eficaz la medicación en una terapia antitabaco? RqR Enfermería Comunitaria (revista de SEAPA). 2016 Noviembre; 4 (4): 56-66

Resumen

Objetivos

Comparar resultados entre pacientes que recibieron terapia conductual frente a ésta con farmacología y describir las motivaciones para dejar de fumar.

Pacientes y método

Es un estudio cuasiexperimental, sin grupo control. La población estuvo formada por fumadores, que acudieron a las 5 sesiones y que se encontraron en los estadios de "Preparado para la acción" y "Acción" de Prochaska y DiClemente. Se les invitó al C.S para participar en la investigación y cumplimentaron un cuestionario de seguimiento tras firmar un Consentimiento Informado. La Terapia Grupal Multicompetente (TGM) consta de 5 sesiones, en las que se trataba de dar propuestas alternativas al tabaco y de afianzar la confianza en uno mismo. Se utilizó *t* de *Student* entre cualitativa y cuantitativa. El nivel significativo fue de $p < 0.05$ y los datos fueron analizados mediante el programa *SPSS v.15.0*.

Resultado

Para los pacientes que llevaban 3 meses sin fumar, la terapia más exitosa fue la TGM+vareniclina y para los pacientes que llevaban 1 año o más fueron: la terapia conductual y TGM+vareniclina. "Los problemas de salud relacionados con el hábito tabáquico" fue la motivación más importante para acudir a terapia.

Conclusiones

Los pacientes que acuden a la terapia son de mediana edad, algunos, con patologías asociadas al tabaco. El reto está en llegar a la gente joven fumadora donde estas patologías todavía no han aparecido y es menos costoso dejar de fumar. Quizá al estar financiada la medicación al 50% por el SESPA tenga mayor éxito ya que como se comprobó anteriormente es la que mejores resultados tiene.

Palabras clave

Terapia Grupal Multicomponente; terapia conductual; dejar de fumar; vareniclina

Abstract

Objective

Compare results between patients who received behavioral therapy against this with pharmacology and describe the motivations for quitting.

Patients and Methods

It is a cuasiexperimental study, no control group. Population was formed smokers, who attended the five sessions and were in the stadiums "ready for action" and "Action" Prochaska and DiClemente. They we invited to participate in the C.S research and completed a follow-up questionnaire after signing an informed consent. The TGM consists of 5 sessions, in which they tried to give alternative proposals to snuff and build confidence in yourself. We used *t Student* among qualitative and quantitative. It was significant at $P < 0.05$ and they were analyzed using *SPSS Data v.15.0* program.

Result

For patients who had 3 months without smoking, the most successful therapy was the TGM+ varenicline and for patients who they had one year or more were: TGM + behavioral therapy and varenicline. "The health problems associated with smoking" was the most important motivation to attend therapy.

Conclusions

Patients who come to therapy middle- age son with pathologies associated with snuff. The challenge is to reach young people smoking where these diseases are still missing and it is less expensive quit. Maybe medication being financed 50% by the mayor SESPA succeed because, as it was found above is the best results you have.

Keywords

Group Therapy Multicomponent; behavioral therapy; Quit smoking; varenicline

Introducción

El humo del tabaco se define como un aerosol heterogéneo producido por su combustión incompleta¹ y esta formado por casi 5000 sustancias, de las cuales las más importantes y más tóxicas son la nicotina, el alquitrán y el monóxido de carbono^{2,3,4,5}.

Al tabaco, como ya es sabido, se le atribuye una morbimortalidad muy elevada, en estrecha relación con enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias^{6,7}, sin menospreciar las enfermedades que provoca a una persona sana, al inhalar el humo del tabaco, lo que se conoce con el tabaquismo pasivo. Un sujeto no fumador puede inhalar el equivalente en humo de 4 a 10 cigarrillos al día⁷. La IARC (Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer) ha clasificado el humo del tabaco como carcinogénico de clase A⁸. Los efectos del tabaquismo pasivo se conocen desde hace relativamente poco, unos 30 años. Si bien en un adulto son las mismas enfermedades anteriormente citadas, en un recién nacido son, la muerte prematura, bajo peso al nacer, irritabilidad...⁷.

Pensando en una sociedad libre de humo, se aprobó la Ley 42/2010 de 30 de diciembre para proteger en mayor medida a los no fumadores y a las personas que intentan dejar de fumar⁹.

Para ayudar a estas personas se crearon talleres dirigidos y organizados por enfermeros cualificados, cuyo propósito no es otro que ayudarlas personas a abandonar el hábito tabáquico.

De todos los tratamientos para dejar de fumar, se sabe que el que mejores resultados tiene, es la Terapia Grupal Multicomponente (TGM), compuesta de dos aspectos básicos. Por un lado está el tratamiento psicológico conductual, el cual ayuda a prevenir recaídas y a solventar situaciones comprometidas y por otro el farmacológico como la vareniclina, parches y chicles de nicotina... (TSN), que sirven para controlar el síndrome de abstinencia. Unidos ambos, tienen un efecto sinérgico en los resultados finales del abandono tabáquico. Este tratamiento farmacológico forma parte de la medicación que está considerada como apta por *la Clinical Practice Guideline* del *Human & Health Service* de los EE.UU.¹⁰.

La TGM consiste en reuniones periódicas grupales para controlar el consumo y disponibilidad anímica del paciente a la deshabituación, complementándola en caso necesario con medicación pautaada siempre por el especialista. De forma voluntaria después de cada sesión se puede proceder a realizar una cooximetría de control.

El tabaquismo está considerado como una enfermedad crónica, además de la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte. Se piensa que una persona fumadora tiene una esperanza de vida unos 10 años menos con respecto a otra persona que nunca fumó¹¹. A pesar de que cada vez más la población es consciente el perjuicio que produce el tabaquismo, un 30,4 % fuma diariamente¹². Aunque parece ser que algo se está haciendo bien porque entre un 60 y un 70 % les gustaría dejar de fumar¹³. De todas las actividades preventivas, la TGM es la que demostró ser más eficaz. Cuanto más tiempo se dedica a cada sesión (máximo 2 horas), mejores resultados se obtienen y esto es directamente proporcional al número de sesiones terapéuticas. Los tratamientos de tabaquismo, en relación con otras intervenciones han demostrado ser costo-efectivos¹⁴. Por ello considero conveniente analizar los resultados de una TGM relacionando la medicación y/o la terapia conductual.

Objetivos

Este estudio se centra en 2 objetivos fundamentales que son: comparar los resultados en los pacientes que acudieron a las cinco sesiones de TGM frente a los que además de la terapia, recibieron ayuda farmacológica y describir las motivaciones para dejar de fumar.

Pacientes y método

Es un estudio cuasiexperimental, sin grupo control. Este estudio de investigación epidemiológico experimental denominado antes-después de un solo grupo. Se basa en comparar la variable antes de la exposición y después de la exposición, y cada sujeto, actúa como su propio control.

La población a estudio estuvo formada por personas fumadoras que acudieron a las cinco sesiones de TGM, conducidas y organizadas por el personal de enfermería de un C. S rural, desde enero de 2006 hasta 31 de diciembre de 2013.

Criterios de inclusión: fumadores que acudieron de forma voluntaria a todas las sesiones, que se encontraran en las fases de "Preparado para la acción" y "Acción" de los Estadios de Prochaska y DiClemente¹⁵.

Criterios de exclusión: los pacientes que no completaron las 5 sesiones, que aún no se encontraban en los Estadios anteriormente citados y pacientes con morbilidad psiquiátrica importante, valorada por el personal de A.P.

En cuanto a la descripción de la recogida de datos, los pacientes localizados en la base de datos del OMI-AP, fueron invitados a acudir a la consulta de enfermería del C. S., donde cumplimentaron un cuestionario de seguimiento tras firmar un Consentimiento Informado.

La TGM, consistió en 5 sesiones semanales de 2 horas, desarrolladas con una metodología cognitiva conductual. Se inició con unos cuestionarios sobre la situación adictiva del paciente explicándoles los mecanismos bioquímicos de la adicción. También se llevó un control personal del consumo practicando cooximetrías. Tanto en las reuniones como por escrito, se propusieron alternativas y hábitos para evitar la tentación de fumar. En estas reuniones, los pacientes manifestaban sus experiencias recibiendo el apoyo de los demás miembros. Transcurridas cuatro sesiones, a criterio del especialista, se recurría al uso de medicación en casos necesarios. En la última sesión, se dedicó a hablar de la experiencia vivida tras una semana sin fumar y en resumir todo lo aprendido para utilizarlo como recurso en casos de recaída.

Las variables de estudio han sido: sexo, edad, terapia conductual y/o multicomponente y motivos por los que el paciente acude a terapia (**Tabla 1**).

Tabla 1: Variables de estudio

VARIABLE	NATURALEZA	OPERACIONALIDAD
Sexo	Cualitativa Dicotómica Nominal	Hombre Mujer
Edad	Cualitativa Discreta	Unidad Medida En "Años"
Terapia Conductual Y/O Tgm	Cualitativa Politómica Nominal	Terapia Conductual Tgm + Tsn Tgm + Vareniclina Tgm + Tsn + Farmacología
Motivos por los que los pacientes acuden a terapia	Cualitativa Politómica Nominal	Problemas De Salud Prevención Motivo Económico Presión De La Familia O Amigos Consejo Sanitario Recomendación De Personas Que Acudieron A Terapia Haber Vivido Una Experiencia Traumática Otros

En el análisis estadístico de datos fue descrita cada variable con los test propios de la estadística descriptiva (media, proporción...). En variables cualitativas fueron calculados porcentajes y en cuantitativas calculadas la media como medida de centralización y la desviación estándar como medida de dispersión.

La asociación entre variables fue estudiada con un análisis bivalente. Se utilizó *t de Student* entre cualitativa y cuantitativa. El nivel significativo fue de $p < 0.05$ y los datos fueron analizados mediante el programa SPSS v. 15.0.

Como consideraciones éticas cabe decir que en el estudio se siguieron las normas de buena práctica clínica y los principios contenidos en la Declaración de Helsinki. El estudio no se inició hasta obtener la aprobación de la Dirección de Enfermería para acceder a la Historia Clínica de los pacientes.

Resultados

De un total de 79 pacientes que realizaron los talleres antitabaco, formaron parte de este estudio 53 (67,08%). La edad media de los pacientes fue de 48,83 años con una d.s de 10,53. Por sexos, el porcentaje de participación fue muy similar, en mujeres de un 52,8% y en hombres de un 47,2%.

Para este estudio los tratamientos empleados en la TGM fueron: la "terapia conductual", "TGM + TSN", "TGM + farmacología" con vareniclina, "TGM + TSN con parches y chicles + farmacología" con vareniclina.

En la figura 1, se puede observar que dentro de cada tipo de terapia, la más exitosa a corto plazo fue la combinación de la "TGM + vareniclina". No hay diferencias significativas entre ambas variables (**Figura 1**).

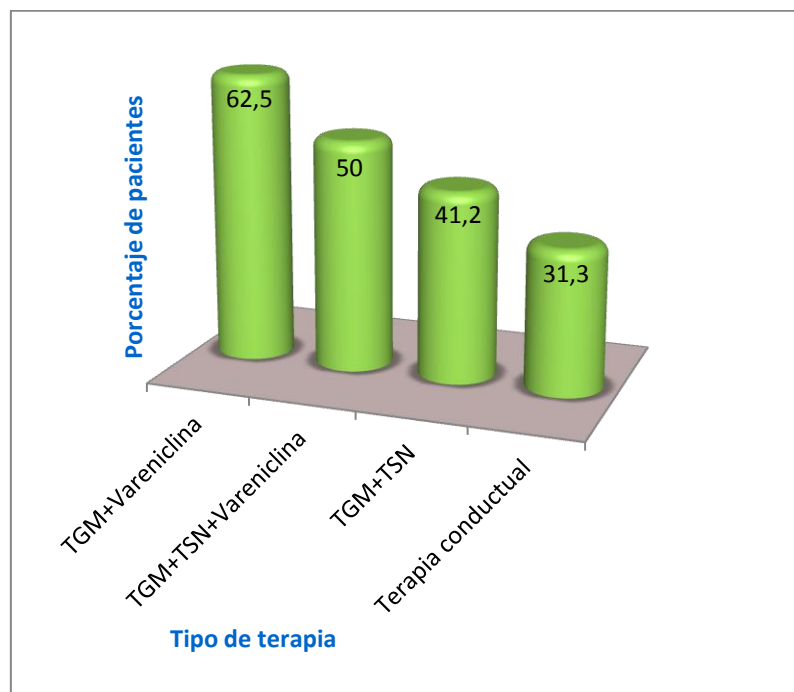


Figura 1. Distribución de los pacientes que dejaron de fumar durante 3 meses según la terapia recibida.

En la figura 2, en el plazo de 1 año o más, los tratamientos que obtuvieron mejores resultados dentro de cada tipo de terapia fueron la "terapia conductual" y la "TGM + vareniclina" con un 25 % de éxito cada uno. No hay diferencias estadísticamente significativas entre ambas variables (**Figura 2**).

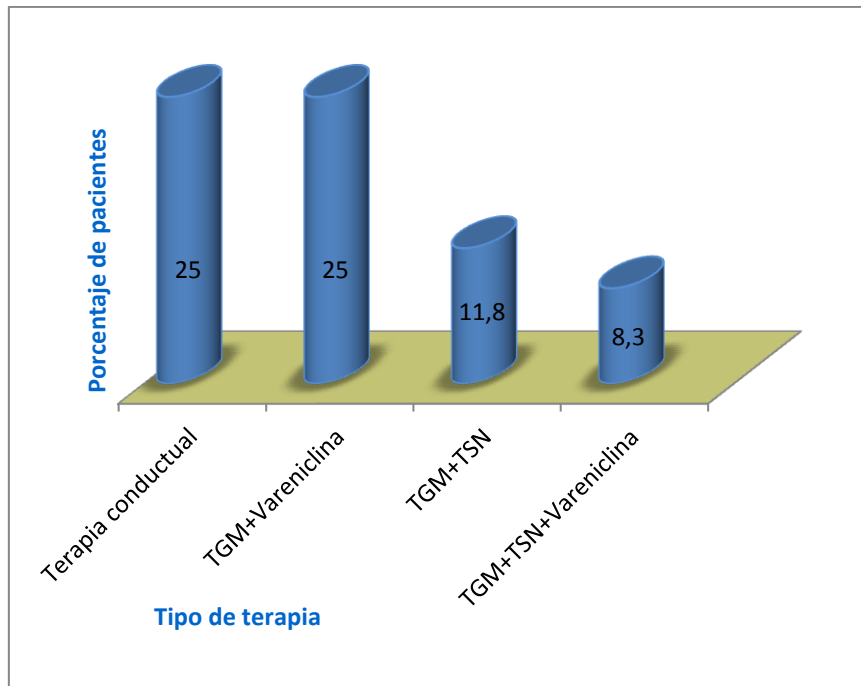


Figura 2: Distribución de los pacientes que dejaron de fumar durante 1 año o más, según la terapia recibida.

En cuanto a las motivaciones para acudir a terapia más mencionadas, en conjunto fue "los problemas de salud relacionados con el hábito tabáquico". Pero por sexos, los hombres adujeron los "problemas de salud" y las mujeres la "prevención". La "Z" de proporciones halló diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos en la motivación "problemas de salud" (**Tabla 2**).

Tabla 2: Motivaciones de la población a estudio para acudir a la TGM. * Z de proporciones entre sexos

MOTIVACIONES PARA ACUDIR A TERAPIA	TOTAL % (N)	VARONES % (N)	MUJERES % (N)	Z*	P
Problemas de salud	32% (17)	48% (12)	17,9% (5)	2,33	0,009*
Prevención	26,4% (14)	20% (5)	32,1% (9)	0,99	0,16
Motivos económicos	9,4% (5)	4% (1)	14,3% (4)	-1,28	0,1
Presión de familia o amigos	3,8% (2)		7,1% (2)	-1,35	0,088
Consejo de un sanitario	17% (9)	24% (6)	10,7% (3)	1,28	0,1
Recomendación de otros usuarios terapia	1,9% (1)	4% (1)		1,06	0,14
Experiencia traumática	3,8% (2)		7,1% (2)	-1,35	0,088
Otros	5,7% (3)		10,7% (3)	-1,68	0,46
TOTAL	100% (53)	100% (25)	100% (28)		

Discusión

Desde 2011, el área VII (Mieres) es una de las 3 Unidades Especializadas de Tabaquismo de Área (UETA) del Principado de Asturias. Junto con el área III (Avilés) y el área IV (Oviedo) forman la Red de Unidades Especializadas de Tabaquismo (RUET). Además, Asturias dispone de 5 hospitales que pertenecen a la Red Europea de Hospitales Libres de Humo (REHLH), de la que forman parte: el Hospital de San Agustín de Avilés, el Hospital Universitario Central de Asturias de Oviedo (HUCA), el Hospital Carmen y Severo Ochoa de Cangas de Narcea, el Hospital de Jarrío y el Hospital de Monte de Naranco de Oviedo. La ventaja que tiene formar parte de estas redes es que el SESPA (Servicio de Salud del Principado de Asturias), financia al 50% los fármacos en estas terapias. Esto se considera muy necesario porque hay que tener en cuenta que los tratamientos pueden tener una duración de hasta 6 meses y hay pacientes que no disponen de medios económicos para acabar la terapia, de no ser por esta subvención¹².

"Muchas guías recomiendan la combinación de medicación con apoyo conductual para ayudar a los pacientes a dejar de fumar"

Los participantes por sexos en esta investigación fue similar, un 47,2% en hombres y un 52,8% en mujeres. En otros estudios consultados el rango de edad también fue muy similar. En un estudio de Málaga¹⁶ el porcentaje de participación para los hombres fue 46,7% y de las mujeres de un 53,3%.

Como habíamos hablado antes, muchas guías recomiendan la combinación de medicación con apoyo conductual para ayudar a los pacientes a dejar de fumar¹⁷. Con relación al tratamiento farmacológico recibido durante la consulta antitabaco, un 32,1% de los pacientes usaron TSN, en 15,1% fueron medicados con vareniclina y un 30,2% no tomaron ningún tratamiento. En el estudio que realizó el Ayuntamiento de Madrid¹⁸, el 55% de los pacientes utilizaron como coadyuvantes la TSN, un 20,9% vareniclina y un 5,6% no tomaron fármacos. En éste caso, los pacientes del estudio de este C. S, necesitaron menos fármacos.

En esta investigación el tratamiento más eficaz a corto plazo (3 meses) fue la TGM + vareniclina, con un porcentaje de éxito de 62,5%. A medio plazo (6 meses), fue la TGM + TSN + vareniclina con un 33,3% y a largo plazo (1 año o más) fueron dos terapias las más exitosas: la terapia conductual y la TGM + vareniclina con un 25% de éxito cada una. La SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica)¹⁹ habla de una tasa, a medio plazo, 26% cuando los pacientes utilizan terapia conductual + vareniclina. Si la terapia se realiza conjuntamente con parches y chicles (TSN) el porcentaje de éxito es de 36,5%¹⁷.

Con respecto a los principales motivaciones para dejar de fumar, en este estudio un 32% de los pacientes acudieron a terapia por problemas de salud con síntomas, un 26% para prevenir posibles patologías y un 17% por consejo sanitario. El informe del Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales²⁰ afirma que un 26,3% de los fumadores decidieron dejar de fumar por las molestias de salud que les ocasiona el tabaco, el 36% por el riesgo que supone fumar para la salud y un 13,9% por consejo sanitario. Los porcentajes del C. S son aproximados a los nacionales, al igual que los motivos más frecuentes mencionados para acudir a las consultas de deshabituación tabáquica.

Como se puede ver, aunque el estudio del C. S rural estuvo formado por una pequeña población, los datos están muy en sintonía con otros estudios más grandes.

Limitaciones del estudio

Al no disponer de un grupo control, no es posible conocer cuál fue la influencia real de la consulta antitabaco y cuál fue debida a otros factores no controlados, como la Ley de Tabaco 42/2010, las campañas nacionales contra el tabaquismo o la financiación del 50% del precio de los fármacos que tiene el C. S del Área VII.

La voluntariedad de los participantes, ya que para algunos de los pacientes había transcurrido mucho tiempo desde que realizaron la terapia y no se pudieron localizar fue también una limitación a tener en cuenta.

Conclusiones

Los problemas de salud relacionados con el tabaco, parecen ser el motivo más importante de la población, para acudir a los talleres de deshabituación tabáquica. La mayoría son pacientes de mediana edad, cuando estas patologías comienzan a manifestarse o su evolución da lugar a síntomas relevantes. Estos resultados, parecen indicar la necesidad de dirigir los esfuerzos de captación, hacia fumadores más jóvenes, en los que las patologías asociadas al tabaquismo, todavía no han aparecido y por lo tanto, las posibilidades de prevención y tratamiento son mayores y más eficaces.

La eficacia de los tratamientos varía en función del período de abstinencia. Así, la asociación de parches y chicles de nicotina y/o vareniclina, obtiene mejores resultados a corto y a medio plazo. A largo plazo la terapia y ésta junto con la vareniclina obtienen el mismo porcentaje de éxito. El hecho de que el Área Sanitaria de Mieres, sea una unidad especializada de tabaquismo, lo que conlleva una financiación por el SESPA del 50% en el precio de los fármacos "antitabaco" pudiera influir en el número de pacientes que usan terapia sustitutiva con nicotina o vareniclina frente a otras áreas sanitarias o comunidades autónomas que no tienen esta subvención.

Bibliografía

1. Riesco Miranda JA, Jiménez-Ruiz CA, Fagerström KO. Tratado de Tabaquismo. 3ª edición. Madrid. Aula Médica, 2011. ISBN: 978-84-7885-536-0. Disponible en:

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DTRATADO+DE+TAB+QUISMO.+3+EDICION.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352864218430&ssbinary=true>

2. Martín Ruiz A, Rodríguez Gómez I, Rubio C, Revert C, Hardisson A. Efectos tóxicos del tabaco Revista de Toxicología. Pamplona, 2004 [acceso el 2 de noviembre de 2016]: 21(2-3); 64-71. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91921302>

3. Acosta Reynoso IM, Remón Rodríguez L, Segura Peña R, Ramírez Ramírez G, Carralero Rivas A. Factores de riesgo en el cáncer de pulmón. Correo Científico Médico [Sede web]. 2016 Mar [consultado el 2 de noviembre de 2016]; 20(1): 42-55. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100005&lng=es

4. Camarelles Guillem F, Dalmau González-Gallarza R, Clemente Jiménez L, Díaz-Maroto Muñoz JL, Lozano Polo A, María Pinet Ogué MC. Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. *Medicina Clínica*. 2013 [consultado el 2 de noviembre de 2016]; 140 (6): 272.e1-272.e12. Disponible en:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775312008871?via=sd>

5. Pascual Lledó JF. Composición físico-química de la planta y del humo del tabaco. Riesco Miranda JA, Jiménez-Ruiz CA, Fagerström KO. Tratado de Tabaquismo. 3ª edición. Madrid. Aula Médica, 2011. ISBN: 978-84-7885-536-0. Disponible en:

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DTRATADO+DE+TAB+AQUISMO.+3+EDICION.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352864218430&ssbinary=true>

6. Ruiz Martín JJ. Consumo de tabaco y patología tumoral. Riesco Miranda JA, Jiménez-Ruiz CA, Fagerström KO. Tratado de Tabaquismo. 3ª edición. Madrid. Aula Médica, 2011. ISBN: 978-84-7885-536-0. Disponible en:

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DTRATADO+DE+TAB+AQUISMO.+3+EDICION.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352864218430&ssbinary=true>

7. Bandrés Gimero R, Domínguez Grandal F, Bello Rodríguez H. Tabaquismo pasivo. En: Riesco Miranda JA, Jiménez-Ruiz CA, Fagerström KO. Tratado de Tabaquismo. 3ª edición. Madrid. Aula Médica, 2011. ISBN: 978-84-7885-536-0. Disponible en:

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DTRATADO+DE+TAB+AQUISMO.+3+EDICION.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352864218430&ssbinary=true>

8. Green facts]. Clasificación estándar de la IARC (Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer). [sede web]. 2016 [acceso el 2 de noviembre de 2016]. Disponible en:

<http://www.greenfacts.org/es/glosario/abc/clasificacion-iarc.htm>

9. Boletín Oficial del Estado. 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE Núm. 318, de 31 de diciembre de 2010.

10. Barrueco Ferrero M, Castellet Carreras JM. Aplicación clínica del tratamiento multicomponente del tabaquismo. En: Ramón Torrell JM, Riesco Miranda JA. Manual de Prevención de Tratamiento del tabaquismo. 4ª edición. Barcelona. EUROMEDICE Ediciones Médicas, 2009: 151 – 77.

11. Gutiérrez Abejón E, Rejas Gutiérrez J, Criado Espiegel P, Campo Ortega E, Breñas Villalón MT, Nieves Martín-Sobrino. Smoking impact on mortality in Spain in 2012. Medicina Clínica (English Edition), 2015 [acceso el 2 de noviembre de 2016]; 145 (12): 520-525. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002577531500250X>

12. Observatorio de Drogas y Adicción a las Bebidas Alcohólicas del Principado de Asturias (ODABAPA). Consumo de drogas en la población de 15 a 64 años en Asturias. Oviedo. Dirección General de Salud Pública, 2015 [acceso el 2 de noviembre de 2016]. Disponible en:

https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Drogas/Observatorio/Informe%20sobre%20Consumo%20de%20Drogas%20en%20la%20poblaci%C3%B3n%20de%2015%20a%2064%20años.pdf

13. Hevia Fernández JR, Rubio Fernández MD. Programa de Prevención y Control del Tabaquismo: 2009-2012. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad, 2009 [acceso el 2 de noviembre de 2016]. Disponible en:

https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Drogas/Tabaco/Programa/DOSSIER%20ANTITABACO%20baja.pdf

14. Alonso Muñoz JE, Altet Gómez Neus, Amor Besada N, Barrueco Ferro M, de Granda Orive JI, Lorza Blasco JJ et al. Evidencia y recomendaciones. En: Jiménez Ruiz CA. Guía de tratamiento del tabaquismo. Editorial Respira, 2010: 105 – 41.

15. 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. Disponible en:

http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/Otono%202015/RevistaRqR_Oto%C3%B1o2015_Tabaco.pdf

16. Baena JMP, Compán SO. Impulsividad como predictor de recaída en el abandono de tabaco. Anales de psicología. 2011; 27 (1): 1 – 6.

17. Intervenciones conductuales y farmacoterapéuticas combinadas para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 12. Art. No.: CD008286. DOI: 10.1002/14651858.CD008286.

18. Moreno-Arnedillo J. El tiempo previo de abstinencia como factor predictor a los 12 meses en un programa multicomponente para dejar de fumar. Semergen. 2014 [acceso el 23 de abril de 2014]; 10(8): 436-40. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.12.005>

19. Alonso Muñoz JE, Altet Gómez Neus, Amor Besada N, Barrueco Ferro M, de Granda Orive JI, Lorza Blasco JJ et al. Intervenciones clínicas sobre el tabaquismo. En: Jiménez Ruiz CA. Guía de tratamiento del tabaquismo. Editorial Respira, 2010: 144 – 52.

20. Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales. Informe a las Cortes Generales de evaluación del impacto sobre la salud pública de la Ley 42/2010. Secretaría General de Sanidad y Consumo y Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. 2012. Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Informe_Impacto_Salud_Ley_Tabaco.pdf