

Capítulo 26

***D*eshabitación tabáquica**

Ana Morán Rodríguez
Medicina Familiar y Comunitaria
Dispositivo de Ciudadanos Críticos y Urgencias del
Distrito Cádiz-Bahía
San Fernando (Cádiz)

Juan Manuel Gómez Gutiérrez
Neumología
Hospital Universitario Puerta del Mar
Cádiz

INTRODUCCIÓN

- El tabaquismo es considerado por la OMS una enfermedad adictiva crónica y como tal debe ser diagnosticada y tratada.
- En España mueren unas 56.000 personas al año por enfermedades relacionadas con el tabaco.
- Siendo el tabaquismo la primera causa evitable de morbilidad y mortalidad en el mundo desarrollado (A)*, es deber de Atención Primaria la prevención de la enfermedad, la captación de fumadores y su seguimiento dentro de un programa específico en nuestros Centros de Salud.
- Se debe preguntar por el hábito tabáquico a todo paciente que acuda a la consulta con más de 12 años y siempre hacer al menos intervención mínima antitabaco, y si el paciente está dispuesto, además, intervención avanzada.

*A = Nivel de evidencia A

ABORDAJE DEL TABAQUISMO

EL PROCESO DE DEJAR DE FUMAR

- El hábito de fumar supone una dependencia física, psíquica y está ligado al estilo de vida del fumador durante años. La deshabituación pasa, por tanto, por una serie de etapas que implican tratamiento de los síntomas, apoyo psicológico y cambios de hábitos de vida.
- Es un proceso que pasa por varias etapas, según el modelo de Prochazka y DiClemente (Figura 1), que es cíclico, es decir, en la deshabituación tabáquica se pasa de una etapa a la siguiente sin saltarse ninguna, y ya es un éxito progresar de una a la otra, y no sólo el hecho de dejar de fumar.

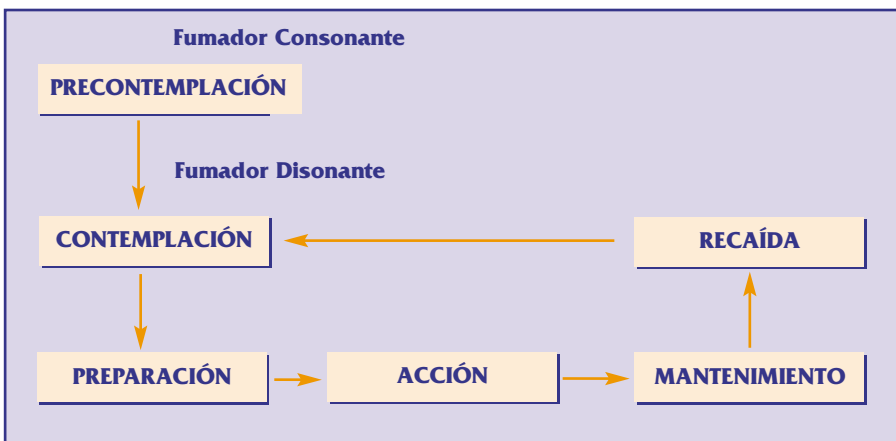


Figura 1. Modelo de Prochazka y DiClemente

Comentario

- **Fumador consonante:** Le gusta fumar y no tiene conflicto de sentimientos respecto a la necesidad de dejarlo, o prefiere no planteárselo. Sólo ve lo positivo que le reporta y ni piensa en dejar de fumar, al menos a largo plazo: está en **Etapas de precontemplación**.
- **Fumador disonante:** Le gusta fumar pero ve los aspectos negativos del hecho; sabe que debería dejarlo y existe disonancia de sentimientos entre lo que hace y lo que debería hacer. Dentro de este tipo:
 - **Etapas de contemplación:** Se plantea dejarlo, pero no antes de 6 meses
 - **Etapas de preparación:** Se lo plantea en un mes
 - **Etapas de acción:** Deja definitivamente de fumar
 - **Etapas de mantenimiento:** Se mantiene sin fumar durante más de 6 meses
 - **Etapas de recaída:** Ha vuelto a fumar tras dejarlo durante un período, con lo que vuelve a pasar a la etapa de contemplación.
- **Exfumador:** Lleva más de un año sin fumar.

INTERVENCIÓN MÍNIMA Y SISTEMATIZADA

- Es obligado el consejo breve antitabaco a todo fumador que pase por nuestra consulta, así como en consulta de enfermería (A), control de embarazo y resto de programas del centro de salud, ya que es la actividad preventiva con mejor relación coste-beneficio que se conoce (A).
- Se daría al final de la consulta, tras resolver los problemas que llevaron al paciente a ella, y más si estos problemas tienen relación con el tabaco.
- El consejo debe ser **claro, breve** (de 1 a 3 minutos), **firme** e **individualizado**. Basado en técnicas de entrevista motivacional: realizar preguntas abiertas, escuchar empáticamente, repetir frases del paciente para acentuar algo, hacerle reflexionar sobre su hábito con preguntas reflexivas,...
- Registrar en la historia clínica la etapa en la que se encuentra el fumador, el número de cigarrillos que fuma y el tiempo que lleva fumando. Por ejemplo: Fumador en precontemplación; 10 cig/día x 10 años.
- Dar documentación escrita, que refuerza el consejo breve (A), y ofrecer nuestra ayuda en cualquier momento del proceso en que se encuentre. (Ver Figura 2).

INTERVENCIÓN AVANZADA

Se haría a toda persona en etapa de preparación y/o a la que nos pida ayuda, en consulta programada:

- **Historia del fumador:** (modificado del documento de consenso SEPAR-SEMFYC)
 - ¿Se fuma en el entorno familiar, el laboral, con los amigos?
 - Enfermedades relacionadas con el tabaco (EPOC, IAM, DM,...)
 - Peso
 - Etapas del proceso en que se encuentra (precontemplación, preparación....)

TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS Y SITUACIONES ESPECIALES

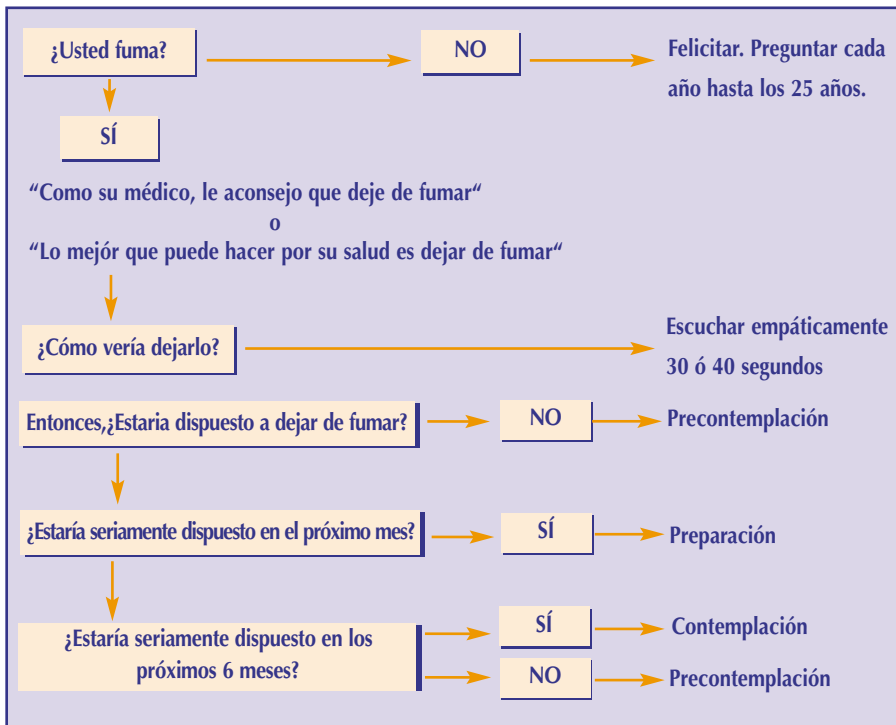


Figura 2. Esquema de intervención mínima y sistematizada.

- Grado de tabaquismo^a
- Grado de motivación para dejar de fumar según el test de Richmond (Tabla 1)
- Grado de dependencia a la nicotina según el test de Fagerström (Tabla 2)
- Intentos previos de abandono, cuántos y motivos de recaída
- Cooximetría^b. No es imprescindible
- Espirometría, si se puede hacer en el Centro de Salud. No es imprescindible
- **Elegir el día D**, o fecha exacta en la que dejará totalmente de fumar, que es lo más importante.
- Facilitar material escrito de apoyo e información. Se consigue fácilmente en los distritos de AP.
- Convenir y negociar con el paciente el tipo de tratamiento
- Informar del seguimiento.

Comentarios

^a Se establece mediante el concepto "nº paquetes/año", que no significa el número de paquetes consumidos en un año, sino que es un parámetro establecido por consenso, mediante la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Nº de cigarrillos al día} \times \text{nº de años fumándolos}}{20}$$

Por ejemplo, si fuma 10 cigarrillos al día durante 10 años, el nº paquetes/año = 5

^b Para ello se utiliza el cooxímetro, que es un aparato que mide el CO del aire espirado del paciente, cuyas cifras están en relación directa con el número de cigarrillos fumados. El paciente hace una inspiración profunda, retiene el aire unos 15 segundos, y hace una espiración lenta y prolongada a través de la boquilla del cooxímetro. Se esperan unos segundos hasta que el aparato de las cifras de CO, en partes por millón (ppm):

- De 10 a más ppm de CO: sujetos fumadores
- De 6 a 10 ppm: fumadores esporádicos
- De 5 a menos ppm: no fumadores.

Existen excepciones, en las que sujetos que no fuman o fuman poco tienen cifras altas de CO, y podría ser debido a la polución ambiental, profundidad de las "caladas",...

Sin embargo, como se ha dicho, es una medición útil pero NO IMPRESCINDIBLE para el seguimiento de los pacientes fumadores.

Tabla 1. Test de Motivación de Richmond

Test de motivación de Richmond
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Le gustaría dejar de fumar definitivamente?; 0=no; 1=sí • ¿Cuánto interés tiene en dejarlo?; de 0=nada a 3=mucho • ¿Va a intentarlo en las dos próximas semanas?; de 0=no a 3=sí con convicción • ¿Cree que habrá dejado de fumar dentro de 6 meses?; de 0=no a 3=sí con convicción <p>Valoración: Se considera muy motivado con 9-10 puntos; bastante motivado, hasta 6, y menos de 6 poco motivado.</p>

DIAGNÓSTICO

Basado en el documento de consenso SEPAR-SEMFYC-SEMERGEN-SEDET:

Según el grado de dependencia a la nicotina

- Grado leve:
 - Fuma menos de 20 cigarrillos al día
 - Fuma el 1º del día después de 30 minutos tras levantarse
 - El primero de la mañana no es el más necesario
- Grado moderado-intenso:
 - Fuma más de 20 cigarrillos al día

Tabla 2. Test de Fagerström

Test de Fagerström de dependencia a la nicotina	
• ¿Cuánto tiempo pasa desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo?	
– Hasta 5 minutos:	3
– Entre 6 y 30 minutos:	2
– Entre 31 y 60 min.:	1
– Más de 60 min.:	0
• ¿Le resulta difícil no fumar en lugares donde está prohibido?	
– Sí :	1
– No:	0
• ¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar?	
– El 1º de la mañana:	1
– Cualquier otro:	0
• ¿Cuántos cigarrillos se fuma al día?	
– 10 ó menos:	0
– De 11 a 20:	1
– De 21 a 30:	2
– Más de 30:	3
• ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?	
– Sí:	1
– No:	0
• ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama durante todo el día?	
– Sí:	1
– No:	0
Valoración:	
– Menos de 4 puntos: Dependencia baja	
– De 4 a 7 puntos: Dependencia moderada	
– Más de 7 puntos: Dependencia alta	

- Fuma el primero en los primeros 30 minutos tras levantarse
- Es ése primer cigarrillo el más necesario
- Normalmente ha tenido intentos fallidos previos por el síndrome de abstinencia

Según el Grado de Tabaquismo

- Grado leve:
 - 5 ó menos paquetes /año
 - Menos de 15 ppm de CO en aire espirado

- Grado Moderado:
 - De 5 a 15 paquetes/año
 - De 15 a 25 ppm de CO
- Grado Intenso:
 - Más de 15 paquetes/año
 - Más de 25 ppm de CO

Habrá además que tener en cuenta a los **pacientes de riesgo elevado**, que serían aquellos con riesgo moderado-intenso de tabaquismo, y/o que tengan alguna enfermedad relacionada con el tabaquismo (IAM previo, EPOC,...) u otros factores de riesgo asociados, y los **pacientes de riesgo bajo**, que serían los que tienen bajo grado de tabaquismo y, además, no poseen enfermedad asociada ni otros factores de riesgo añadidos.

TRATAMIENTO

ETAPA DE PRECONTEMPLACIÓN

- Intervención mínima en consulta a demanda
- Aunque el paciente esté "cerrado en banda", se aconseja intervenir al menos una vez al año (A); si es un paciente de alto riesgo, a las 4-6 semanas (A), por si ha cambiado de actitud.

CONTEMPLACIÓN

- Intervención mínima en consulta a demanda, dar información por escrito e incidir en lo positivo de dejar de fumar (Tabla 3).
- Se le volvería a plantear a los 6 meses, excepto si es fumador de alto riesgo, que sería a las 3-4 semanas (A).

PREPARACIÓN

Se cita en consulta programada y se realiza intervención avanzada: apoyo psicológico y farmacológico de acuerdo con el paciente que establece su día D.

Apoyo psicológico-conductual

- Rellenar la **lista de motivos**. En su casa, a solas, y tras reflexión, debe apuntar los motivos por los que fuma y por los que debe dejar de fumar, con concreción.
- Rellenar el **registro diario de cigarrillos**: número de cigarrillos, hora en que los fuma, circunstancia y distinguir entre los más necesarios ("N") o los "tontos" (T) o menos necesarios. Se puede ir disminuyendo progresivamente el número de cigarrillos, si se quiere, empezando por los "tontos", hasta el día D, en que se deja definitivamente de fumar.

Tabla 3. Hoja informativa para el paciente**Ventajas de dejar de fumar**

- Después del 1º día sin fumar, disminuye ya el riesgo de IAM
- A los dos días, mejoran los sentidos del gusto y del olfato
- De 2 semanas a 3 meses sin fumar, mejora la circulación y la función pulmonar hasta el 30%. El paciente se encuentra menos cansado y más capaz de realizar esfuerzos físicos
- Al año de abstinencia, se ha reducido el riesgo de cardiopatía a la mitad. El riesgo de enfermedad coronaria se equipara al de alguien que no ha fumado nunca a los 5 años
- También a los 5 años de abstinencia tabáquica se reduce el riesgo de accidente cerebrovascular al mismo nivel que los no fumadores
- A los 10 años, el riesgo de cáncer de pulmón se reduce al 50%
- De 10 a 15 años sin fumar, disminuye la mortalidad general por enfermedades asociadas al tabaco, de manera que se equipara con el riesgo de muerte de alguien que no haya fumado nunca. El riesgo de muerte prematura disminuye en todas las edades al dejar de fumar
- Las embarazadas que lo dejan antes de la gestación o durante el primer trimestre, reducen el riesgo para sus bebés en un nivel comparable a la que no haya fumado nunca. Cerca de 1 de cada 4 recién nacidos de bajo peso podrían haberlo evitado eliminando el tabaco del embarazo.
- El aumento de peso al dejar de fumar, cuando se produce, es de alrededor de 3-4 kg, y con un mínimo cuidado, se evita perfectamente. Aún no pudiendo evitarlo, los beneficios de dejar de fumar superan con creces los de ese pequeño aumento de peso, que además puede perderse posteriormente, sin mucha dificultad.
- Otros beneficios:
 - a) Para los adolescentes:
 - Mejor olor de la ropa y del ambiente al no fumar
 - Piel más elástica y suave, ya que tiende a envejecer con el tabaco
 - Dientes más blancos y mejor aliento (los besos)
 - b) Para los adultos:
 - Mejor visto socialmente; no molesta a los demás
 - Buen ejemplo para los hijos, ambiente más sano en casa
 - Mejora la actividad física
 - Ahorro de dinero
 - Sensación de liberación del dominio que supone el tabaco...
- Anunciar en su entorno que va a dejar de fumar.
- Informar del **síndrome de abstinencia** y cómo paliar los síntomas; advertencia de que no suelen durar más de 15 días (Tabla 4).

Tabla 4. Síndrome de abstinencia**Síndrome de abstinencia**

- **Craving** (o deseo imperioso de fumar que aparece de forma puntual):
 - Retrasar el acto urgente de fumar, ya que el *craving* no dura más de 2-3 minutos
 - Hacer respiraciones profundas en ese tiempo: técnicas de relajación
 - Tener siempre al lado una botella de agua y beber continuamente durante ese tiempo
- **Irritabilidad, ansiedad, falta de concentración, cefalea:**
 - Contar mentalmente hasta diez antes de "saltar" si algo molesta
 - Salir a pasear y hacer ejercicio con regularidad
 - Mantener las manos ocupadas en alguna actividad que le distraiga
 - Informar en casa y en el entorno de que la situación es pasajera, para que tengan paciencia y ayuden
 - Si hace falta, tomar infusiones relajantes, valeriana
- **Trastornos del sueño:**
 - Inspiraciones profundas: aprender técnicas de relajación
 - Evitar café o té
- **Estreñimiento y aumento del apetito:**
 - Hacer dieta rica en fibras, verduras, fruta,...
 - Evitar las grasas
 - Abundante ingesta de agua
 - Realización de ejercicio regular

Tratamiento farmacológico

- En Atención Primaria los fármacos utilizados son: terapia sustitutiva con nicotina o TSN (chicles de nicotina, comprimidos para chupar, spray nasal de nicotina y parches de nicotina), y Bupropión (antidepresivo atípico) (ver Tabla 5).
- Las excepciones para prescribir el tratamiento en AP son:
 - Pacientes con contraindicaciones médicas para el tratamiento farmacológico.
 - Gestantes o mujeres en período de lactancia.
 - Fumadores adolescentes.

Comentario

- **Terapia sustitutiva con nicotina (TSN):**
 - Se comienza el tratamiento el día D, cuando se ha dejado definitivamente de fumar, y hay que advertir que no se puede fumar estando en tratamiento con TSN.
 - La TSN, en general, es eficaz para dejar de fumar, y no hay evidencia de que un tipo de TSN sea mejor que otro (A).
- **Bupropión:**
 - Especialmente indicado en fumadores muy motivados para dejar de fumar (A).
 - Existe algún estudio que indica mejores resultados con Bupropion que con TSN; también parece que esos resultados mejoran aún más usando terapia combinada de ambos que con TSN sólo ó Bupropion sólo, pero se requieren más estudios para confirmarlo (B)**.

TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS Y SITUACIONES ESPECIALES

- Se ha demostrado que el resultado a la hora de dejar de fumar es mucho mejor usando tratamiento psicológico y farmacológico a la vez, que con sólo uno de ellos (A).

** (B) = Nivel de evidencia B.

FASE DE ACCIÓN: EL DÍA D

Apoyo psicológico

- Síndrome de abstinencia
- La meta es el día a día, vivir el presente y no agobiarse por la idea de no volver a fumar: "**hoy** no voy a fumar; mañana será otro día".

Tratamiento farmacológico

- Según la siguiente pauta (modificada del consenso SEPAR-SEMFYC-SEMERGEN-SEDET, según el diagnóstico del fumador):

– Fumadores de bajo grado de dependencia y grado de tabaquismo leve-moderado (A):

- Chicles de 2 mg cada 90-120 minutos, durante 6 a 8 semanas, reduciendo progresivamente la dosis a partir de la sexta semana, o
- Comprimidos: 1 comp. en la misma pauta que el anterior, o
- Parches de 24 h, de 21 mg/día durante 6 semanas después, de 14 mg/día durante 2 semanas, y después de 7 mg/día durante 1 semana, o
- Parches de 16 h, 15 mg/día durante 6 semanas, después de 10 mg/día 2 semanas, y después de 5 mg/día durante 1 semana, o
- Bupropión, 1 comprimido (150 mg), 2 veces al día, 7 semanas.

– Fumadores de alto grado de dependencia y alto grado de tabaquismo^a:

- Chicles de 4 mg cada 60-90 minutos durante 12 semanas, reduciendo progresivamente a partir de la décima semana
- Comprimidos: 1 comp. cada hora durante 12 semanas, reduciendo progresivamente a partir de la décima semana
- Parches de 24 h, 21 mg/día 6-8 semanas, después 14 mg/día 2 semanas, y después 7 mg/día 1 semana, o
- Parches de 16 h, 25 mg/día 6-8 semanas, después 15 mg/día durante 2 semanas, y después 10 mg/día 2 semanas más, o
- Bupropión, 150 mg dos veces al día, durante 9 semanas.

Comentario

^a En algunos de estos paciente podría recomendarse el spray nasal, a dosis de 2-3 mg cada hora mientras esté despierto, durante 3 meses, y reduciendo después la dosis paulatinamente, tres meses más, a razón de un 25% menos cada mes. No usar más de 5mg/hora o más de 40 mg/día, ni sobrepasar los 6 meses de tratamiento.

Tabla 5. Tratamiento farmacológico

	Chicle	Comprimido	Parche	Bupropion
Forma de administración	<ul style="list-style-type: none"> • Son de 2 y 4 mg • Se mastican unas 10 veces hasta obtener un sabor picante. Se guardan entonces en la encía 2-3 minutos y se vuelve a masticar hasta conseguir el sabor. Así 30 min., que es cuando se tiran. 	<ul style="list-style-type: none"> • Son de 1 mg pero por su mayor absorción equivalen al chicle de 2 mg. Se chupan, nunca se mastican, y se guardan en la encía 2-3 min para su absorción oral; así hasta que se disuelven (no se tragan). 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibles de 16 y 24 horas. Los de 24 h se prescriben a fumadores que se tenían que levantar a fumar por las noches, o con <i>craving</i> al levantarse; los de 16 h, a los que les dé insomnio el parche, o a los que no les suceda lo anterior. • Se ponen en zona seca sin vello y cambiando el sitio cada vez. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se comienza el tratamiento una semana antes del día D y se deja de fumar del todo hacia el 8º día. Los 6 primeros días se toma un comprimido por las mañanas (150 mg), y el día nº 7, uno por la mañana y otro al menos, 8 horas después (300mg/día), hasta un máximo de 9 semanas.
Contraindicaciones específicas	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas dentarios • Dentadura postiza • Alteraciones de articulación temporomandibular 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas en la cavidad oral (erosiones, aftas,...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades de la piel • Alergias 	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de convulsiones, TCE grave o tumor del SNC • Antecedentes de bulimia o anorexia • Trastorno bipolar • Abstinencia brusca de alcohol o benzodiacepinas • Cirrosis hepática grave o insuficiencia renal grave • Precaución en diabéticos en tratamiento con ADO o insulina, y en admón. con antidepresivos, sedantes, tramadol, quinolona, teofilinas, antiH2 y antimaláricos
Contraindicaciones comunes	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiopatía isquémica inestable • Insuficiencia cardíaca avanzada • Arritmias severas • Úlcus activo • Esofagitis por reflujo • ACV reciente 			<ul style="list-style-type: none"> • Hipertiroidismo • HTA no controlada • Embarazo y lactancia, en AP • Enfermedades mentales u otras drogas, AP
Efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> • Mal sabor de boca, irritación • Dolor mandibular • Hipo, pirosis • Náuseas • Cefaleas • Mareos 	<ul style="list-style-type: none"> • Mal sabor de boca • Molestias y úlceras transitorias de cavidad bucal 	<ul style="list-style-type: none"> • Reacciones cutáneas locales • Dispepsia • Insomnio • Mareos • Mialgias 	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio • Cefalea • Sequedad de boca <p>(Son las más frecuentes)</p>

TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS Y SITUACIONES ESPECIALES

En estos pacientes se pueden combinar los parches y los chicles o parches y comprimidos de nicotina a las dosis comentadas, o parches y spray. También parece ser muy efectiva la combinación de TSN en cualquiera de sus presentaciones con Bupropión.

MANTENIMIENTO

- En consulta a demanda o, si es posible, en consulta específica de enfermería, para técnicas de apoyo conductual, individual o en grupo (no hay evidencia de que una forma sea mejor que otra).
- **Valorar efectos secundarios** del tratamiento farmacológico.
- **Prevenir las recaídas** no aceptando ningún cigarrillo que se le ofrezca. Evitar situaciones de "peligro": bodas, cenas,... sólo durante los primeros días. Cuidar el exceso de confianza (**una sola calada puede hacerle recaer**); en los momentos de duda, acudir a la lista de motivos y repasarla,...
- Atender al "**Síndrome del amigo perdido**": el cigarrillo ha acompañado al fumador en muchas ocasiones, y el dejar de fumar le crea una sensación de pérdida que le produce añoranza, tristeza, y le hace recordar continuamente los momentos en que fumaba.
- Todo este proceso requiere de varias sesiones; se propone el siguiente calendario de seguimiento:
 - Visita en consulta programada antes del día D (preparación),
 - 2ª visita a la semana o 15 días tras el día D, también programada,
 - 3ª visita al mes, en consulta a demanda,
 - 4ª visita a los 3 meses, también en consulta a demanda.
- Lo ideal sería contar con una consulta de enfermería dedicada a tabaquismo, con lo que la 3ª y 4ª visitas se harían en ella, así como otras dos a los 6 y 12 meses.

FASE DE RECAÍDA

- Desdramatizar, animar. Felicitar por el tiempo que ha estado sin fumar
- Hacerle ver que forma parte del proceso de deshabituación, y que como media, hay que pasar unas cuatro veces por el "ciclo" de fases hasta conseguirlo definitivamente.
- Desde aquí suelen volver a la fase de contemplación, por tanto no volverle a ofrecer nuevos intentos hasta al menos 6 meses, a no ser que sea un paciente con un riesgo muy elevado, con lo que se le volvería a preguntar a las 4-6 semanas.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A UNA UNIDAD ESPECIALIZADA

- Fumadores que han hecho serios intentos de abandono, correctamente tratados por un profesional, y que han fracasado
- Fumadores con cardiopatía isquémica de menos de 8 semanas de evolución
- Arritmias no controladas
- HTA no controlada
- Nefropatías, cardiopatías, hepatopatías no controladas
- Gestantes o en período de lactancia
- Fumadores con enfermedades psiquiátricas

CONCLUSIONES

- Para realizar una intervención mínima no hace falta tener formación específica; para una intervención avanzada, sí se requiere una formación en tabaquismo, pero la frecuencia y consistencia de las intervenciones, a lo largo del tiempo son más importantes en la deshabituación tabáquica que el tipo de intervención que se realice (A).
- La deshabituación tabáquica será en un futuro próximo un programa de crónicos más en los centros de salud, por tanto es obligado saber abordarlo y tratarlo, en coordinación con las Unidades Especializadas, del mismo modo que debemos saber abordar y tratar la hipertensión o la diabetes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso SEPAR-SEMFYC-SEMERGEN-SEDET. Prevención del tabaquismo, septiembre de 2002; Vol.4, nº 3: 147-1552)
2. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation.(Cochrane review). En: The Cochrane Library, 2, 2001. Oxford: Update software.
3. Rice VH, Stead LF. Nursing intervention for smoking cessation.(Cochrane review). En: The Cochrane Library,nº 3, 2001. Oxford: Update software.
4. Pedro Schwartz Calero, Jesús Grávalos Guzmán. Deshabituación tabáquica. En: Diagnóstico y tratamiento de enfermedades respiratorias en Atención Primaria. FAES, 2001: 251-265.
5. Robert West, Ann McNeil, Martin Raw. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax, 2000; 55: 987-999.
6. Juan Manuel Gómez Gutiérrez. "Voy a dejar de fumar. Camino a la libertad". Arán Ediciones, S.L., 2003.