



Revista Eugenio Espejo
ISSN: 1390-7581
ISSN: 2661-6742
revistaeugenioespejo@unach.edu.ec
Universidad Nacional de Chimborazo
Ecuador

Plan de cuidados relacionado con el proceso asistencial integrado atención a las personas fumadoras

Robles Mezcuca, María; Samaniego Ruiz, María Jesús; Cambil Martín, Jacobo

Plan de cuidados relacionado con el proceso asistencial integrado atención a las personas fumadoras

Revista Eugenio Espejo, vol. 11, núm. 2, 2017

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=572860964007>

DOI: <https://doi.org/10.37135/ee.004.03.07>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional.

Plan de cuidados relacionado con el proceso asistencial integrado atención a las personas fumadoras

Care plan related to the integrated healthcare process for smokers

María Robles Mezcua
Universidad de Granada, España

DOI: <https://doi.org/10.37135/ee.004.03.07>
Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=572860964007>

María Jesús Samaniego Ruiz
Zona Básica de Salud de Benamaurel, España

Jacobo Cambil Martín
Universidad de Granada, España
jcambil@ugr.es

Recepción: 17 Noviembre 2016
Aprobación: 23 Marzo 2017

RESUMEN:

El tabaco es una de las drogas legales más consumidas en el mundo y un importante factor de riesgo de morbilidad asociado a diferentes enfermedades. Se describe el caso de un paciente que acude a la consulta de enfermería de su centro de salud, detectado como consumidor de tabaco y captado para realizar un plan de cuidados mediante el Proceso Asistencial Integrado de Atención a Personas Fumadoras. Los principales diagnósticos de enfermería se relacionaron con una tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud, conflicto de decisiones (dejar de fumar) y disposición para mejorar los conocimientos. Se desarrollaron medidas como la terapia de grupo, además de la reducción del consumo de nicotina diaria hasta su completa eliminación. Este proceso constituye una herramienta de ayuda para seguir trabajando en una atención sanitaria centrada en el paciente.

PALABRAS CLAVE: atención primaria de salud, enfermería en salud comunitaria, hábito de fumar, planificación de atención al paciente, tabaco.

ABSTRACT:

Tobacco is one of the most consumed legal drugs in the world and an important risk factor for morbidity and mortality. The case of a patient who goes to the nursing consultation of a Health Center is described. He was detected as a tobacco consumer and captured to carry out a care plan for the Integrated Healthcare Process for Smokers. The main nursing diagnoses were related to a tendency to adopt risky behaviors for health, conflict of decisions (quit smoking) and updating to improve knowledge. It was developed group therapy, and reduction of daily nicotine consumption until its complete elimination. This process is a helpful tool to keep working in a patient-centered medical care.

KEYWORDS: primary health care, community health nursing, smoking, patient care planning, tobacco.

INTRODUCCIÓN

El tabaco es una de las drogas legales más consumidas; se estima que existen más de seis millones de consumidores en el mundo.⁽¹⁾ En España, un 23% de la población mayor de 15 años fuma tabaco diariamente.⁽²⁾ A pesar de ser uno de los principales factores de riesgo de carga global de morbilidad y el principal factor de riesgo de las muertes por cáncer.^(3,4)

NOTAS DE AUTOR

jcambil@ugr.es

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que el tabaco mata a la mitad de sus consumidores, suponiendo más de 7 millones de personas cada año.⁽¹⁾ Así, en España, aunque la prevalencia de tabaquismo ha disminuido en los últimos años, las muertes atribuibles al tabaco han aumentado. Un estudio realizado en el 2012 reportó hasta 165 muertes diarias por esta causa.⁽⁵⁾

Los riesgos no se limitan exclusivamente a la población fumadora. Al respecto, en el 2002 la OMS informó que la exposición involuntaria al humo del tabaco provocaba cáncer de pulmón, aunque las personas no hubieran fumado.⁽⁶⁾ Análisis que generó la inclusión de medidas legislativas para proteger a los fumadores pasivos en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.⁽⁷⁾

En los últimos años, se han observado progresos en el control del tabaco en el ámbito mundial; ejemplos de ello son las leyes antitabaco, las ofertas sanitarias para dejar de fumar, las advertencias gráficas, el control de la publicidad o el aumento de impuestos por el consumo de este tóxico.⁽⁸⁾

Sin embargo, el mismo sigue constituyendo uno de los principales problemas de salud pública en el mundo.⁽¹⁾ A pesar de que dejar de fumar evita en gran medida el exceso de riesgo secundario al consumo de tabaco, incluso en la edad adulta.⁽⁹⁾

En la actualidad, son muchas las personas que quieren abandonar este hábito, para lo que además de fuerza de voluntad, se requiere de la implementación de terapias y estrategias efectivas; ya que el tabaco es una de las adicciones más difíciles de abandonar, debido al síndrome de abstinencia por la dependencia que produce la nicotina.^(10,11,12)

Los fumadores que quieren realizar un serio intento de abandono deben recibir dos tipos de intervenciones: tratamiento farmacológico, para aliviar la dependencia física, y terapia conductual, encaminada a combatir la dependencia psíquica.⁽¹⁰⁾

De esta manera surgen los Procesos Asistenciales Integrados (PAI) definidos en el Primer Plan de Calidad de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Los PAI constituyen una herramienta que traducen el conocimiento científico a la práctica clínica de calidad; desde un punto de vista centrado en el paciente, en los profesionales que prestan los servicios y en el proceso asistencial en sí mismo.⁽¹³⁾

De modo que, el Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010, enmarcado dentro del III Plan Andaluz de Salud 2003-2008, plantea un modelo de atención sanitaria integral, multidisciplinar y bajo la perspectiva de la continuidad asistencial. Para ello, se propone organizar la atención a las personas fumadoras desde todo el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA), garantizando la mejor atención sanitaria, basada en la evidencia científica disponible.⁽¹⁴⁾

Así, surge el PAI de Atención a Personas Fumadoras definido como el conjunto de intervenciones de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, destinados a fumadores o exfumadores de tabaco hasta los 5 años de su abandono, con el objeto de ayudarles a avanzar en su proceso de cambio.⁽¹⁵⁾

En tal sentido, se desarrolla el trabajo que se presenta, con el objetivo de caracterizar un plan de cuidados realizado en un Centro de Salud de una localidad de Granada, mediante el Proceso Asistencial Integrado a Personas Fumadoras.

DESARROLLO

Varón de 53 años, sin patologías conocidas, que tras acudir a la consulta de enfermería el 1/02/2016 se apreció que era fumador desde los 11 años y consumidor de 35 cigarros al día, siendo su entorno familiar, laboral y social también de personas fumadoras.

Tabla 1. Plan de cuidados en persona fumadora		
FASE DIAGNÓSTICA		
00188 Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud r/c tabaquismo, m/p fracaso al emprender acciones que prevendrían nuevos problemas de salud.		
FASE DE PLANIFICACIÓN		
Objetivos y resultados		
(1625) Conducta de abandono del consumo de tabaco. La finalidad consistió en facilitar al paciente información acerca de su estado de salud, de los riesgos a corto y largo plazo, y con ello ayudarle a que prosiga hacia hábitos de vida saludables.		
Indicador estrella	Puntuación basal	Puntuación diana
[162528] Elimina el consumo de tabaco.	2 Raramente demostrado	5 Siempre demostrado
Intervenciones y actividades		
(4490) Ayuda para dejar de fumar.	Se pretende ayudar al paciente a dejar de fumar.	1. Registrar el estado actual y los antecedentes del tabaquismo. 2. Controlar la disposición del paciente para intentar abandonar el tabaco. 3. Animar al paciente a unirse a un grupo de apoyo para dejar de fumar que se reúne semanalmente.
(5430) Grupo de apoyo.	Uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros	1. Utilizar un grupo de apoyo durante las etapas de transición para ayudar al paciente a que se adapte a un nuevo estilo de vida. 2. Crear una atmósfera relajada y de aceptación. 3. Formar un grupo de tamaño óptimo: de 5 a 12 miembros.
FASE DE EJECUCIÓN		
(4490) Ayuda para dejar de fumar: dicha intervención comenzó el 10/02/2016, tras acudir a la primera sesión de la intervención grupal. Posterior a la evaluación del nivel de dependencia de nicotina realizada ese mismo día, el 9/03/2016 dicho nivel fue nuevamente evaluado, consiguiendo mejores resultados.		
(5430) Grupo de apoyo: esta intervención fue puesta en marcha desde el primer día que el paciente acudió a las sesiones, el que además asistió a las cinco reuniones planificadas. Se contó con material didáctico, folletos con carácter motivador, además de todas las experiencias contadas por los miembros del grupo, las cuales hacían que esa motivación fuese mayor.		
FASE DE EVALUACIÓN		
La valoración de los objetivos se realizó el 16/03/2016; es decir, el día de la última sesión siendo 5 la puntuación alcanzada, correspondiente con la puntuación diana. El paciente abandonó el consumo de tabaco.		

TABLA 1.
Plan de cuidados en persona fumadora

Tras realizar la valoración inicial mediante la aplicación de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson,⁽¹⁶⁾ se detectó la existencia de un alto grado de dependencia a la nicotina siendo también dependiente, pero en menor grado, a las sustancias alcohólicas. Por lo que, se realizó su captación para ser incluido en la intervención grupal que se realiza en su Centro de Salud para dejar de fumar.

Tabla 2. Plan de cuidados en persona fumadora		
FASE DIAGNÓSTICA		
00083 Conflicto de decisiones: dejar de fumar r/c retraso en la toma de decisiones m/p incertidumbre sobre las posibilidades y cuestionamiento de los valores y creencias personales mientras se intenta tomar una decisión.		
FASE DE PLANIFICACIÓN		
Objetivos y resultados		
(0906) Toma de decisiones. Con este objetivo se pretende conseguir que el paciente tome la decisión de abandonar el consumo de tabaco entre varias alternativas.		
Indicador estrella	Puntuación basal	Puntuación diana
[90602] Identifica alternativas	2 Sustancialmente comprometido	5 No comprometido
[90609] Escoge entre varias alternativas	3 Moderadamente comprometido	5 No comprometido
Intervenciones y actividades		
(5240) Asesoramiento.	Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas del paciente y fomentar la capacidad de resolver problemas.	1. Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. 2. Demostrar empatía, calidez y sinceridad. 3. Establecer metas. 4. Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos. 5. Desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo mucho estrés, cuando sea posible.
(5390) Potenciación de la autoconciencia.	Necesaria para ayudar al paciente a que explore y comprenda sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas.	1. Ayudar al paciente a darse cuenta de que cada persona es única. 2. Ayudar al paciente a identificar la fuente de motivación. 3. Ayudar al paciente a identificar los atributos positivos de sí mismo. 4. Facilitar la identificación por parte del paciente de sus formas de respuesta habituales a diversas situaciones.
FASE DE EJECUCIÓN		
(5240) Asesoramiento: es fundamental que se le aporte al paciente la ayuda necesaria para la correcta toma de decisiones. Empatizar con él, demostrarle que puede confiar en nosotros y sobre todo no dejar que se olvide de lo que llevó a tomar la decisión de abandonar el consumo del tabaco. A su vez, establecer metas y objetivos para cada una de las sesiones con el fin de hacerle más llevadero este proceso.		
(5390) Potenciación de la autoconciencia: en muchas ocasiones los pacientes pueden sentirse desanimados o faltos de motivación al ver difícil este proceso o al no creerse capaces de conseguirlo. Aquí es donde debemos instruir al paciente para que recuerde e identifique las fuentes de motivación que le han hecho llegar donde se encuentra, que es difícil conseguirlo, pero aun así tiene cualidades positivas para ello.		
FASE DE EVALUACIÓN		
La valoración de los objetivos se realizó por primera vez en la consulta el 17/02/2016, correspondiente con la segunda sesión. El paciente tomó la decisión de abandonar el tabaco pero no se veía con la capacidad de conseguirlo por lo que la puntuación basal era 2. La segunda valoración de los objetivos se correspondió con la última sesión 16/03/2016 siendo a puntuación diana de 5, ya que el paciente tomó la decisión del abandono y lo consiguió, con las mínimas dificultades motivacionales y sin la intención de recaer o volver al hábito.		

TABLA 2.
Plan de cuidados en persona fumadora

Así, el 10/02/2016, cuando el paciente acudió a la primera sesión de esta intervención grupal, se hizo una segunda valoración mediante el test de Fagerström⁽¹⁷⁾ utilizado para determinar dependencia de la nicotina y el test de Richmon⁽¹⁸⁾ empleado para la medición de la motivación para dejar de fumar; encontrándose este paciente en la fase de preparación del PAI.⁽¹⁵⁾ Utilizando las taxonomías North American Nursing Diagnosis Association (NANDA),⁽¹⁹⁾ Nursing Outcomes Classification (NOC)⁽²⁰⁾ y Nursing Interventions Classification (NIC),⁽²¹⁾ para la elaboración del plan de cuidados (tabla 1)(tabla2)(tabla 3).

Tabla 3. Plan de cuidados en persona fumadora		
FASE DIAGNÓSTICA		
00099 Disposición para mejorar los conocimientos m/p expresión de deseo de mejorar y obtener información.		
FASE DE PLANIFICACIÓN		
Objetivos y resultados		
(1603) Conducta de búsqueda de salud. La finalidad de este objetivo es que el paciente adopte medidas y acciones personales para fomentar su bienestar y la rehabilitación de la mejor manera.		
Indicador estrella	Puntuación basal	Puntuación diana
[160306] Describe estrategias para eliminar la conducta poco saludable.	2 raramente demostrado	4 frecuentemente demostrado
[160314] Realiza la conducta sanitaria por iniciativa propia.	2 raramente demostrado	4 frecuentemente demostrado
Intervenciones y actividades		
(4360) Modificación de la conducta.	Debemos promocionar un cambio de conducta en el paciente.	1. Desglosar la conducta que ha de cambiarse en unidades de conducta más pequeñas, mensurables (p. ej., dejar de fumar: número de cigarrillos fumados). 2. Utilizar periodos de tiempo específicos al medir las unidades de conducta (número de cigarrillos fumados al día). 3. Determinar la motivación del paciente para un cambio de conducta.
(4470) Ayuda en la modificación de sí mismo.	Animar al paciente a conseguir sus metas personales a través del plan de cuidados puesto en marcha.	1. Valorar las razones del paciente para desear cambiar. 2. Ayudar al paciente a desarrollar una lista de recompensas de valor extrínseco e intrínseco.
FASE DE EJECUCIÓN		
(4360) Modificación de la conducta: antes de poner en marcha el plan de cuidados, se valoró si el paciente estaba preparado y dispuesto para llevar a cabo el cambio de conducta en relación a su salud y al consumo de tabaco. En la consulta de enfermería se le realizó una entrevista para determinar la motivación en la que los resultados fueron que este paciente estaba dispuesto a llevar este plan de modificación.		
(4470) Ayuda en la modificación de sí mismo: desde la primera visita a la consulta de enfermería en atención primaria se anima al paciente a conseguir sus metas, los objetivos fijados por el mismo. Para esto le ayudamos a valorar los motivos por los que quería cambiar, además de mostrar una actitud positiva y haciendo hincapié en las numerosas recompensas y ventajas que tendría este cambio en su salud.		
FASE DE EVALUACIÓN		
La valoración de los objetivos se realizó en la consulta el 24/02/2016, es decir, dos semanas después de llevar a cabo el plan de cuidados y siendo esta fecha correspondiente con la tercera sesión grupal. El paciente demuestra haber iniciado acciones para cambiar su conducta con respecto al tabaco. Nos comenta que tiene mucha fuerza de voluntad y que podrá con esto. De esta manera el día de la última sesión grupal, 16/03/2016, la motivación y la satisfacción de este paciente fueron plenas. Nos agradece todo lo que le hemos ayudado, nos confiesa que su mujer fuma en su casa, pero que no ha tenido la tentación ni las ganas de volver a encenderse un cigarrillo. Asimismo, se continuará un seguimiento al paciente, reforzando su seguridad, autoconfianza y voluntad para continuar con el plan de salud y evitar así una recaída. Además se le felicitó por los logros conseguidos.		

TABLA 3.
Plan de cuidados en persona fumadora

DISCUSIÓN

El tabaquismo constituye un importante factor de riesgo para la salud que requiere un correcto abordaje por parte de todos los trabajadores sanitarios. El papel de la enfermería es clave para identificar a estos pacientes fumadores e intervenir en ellos para conseguir su abandono. Existen planes de cuidados estandarizados según la fase del Modelo Transteórico de Prochas-ka y DiClemente,⁽²²⁾ para las diferentes etapas del cambio esperado, en la que se encuentre dicho paciente: Plan de cuidados para el fumador en fase de precontemplación; Plan de cuidados para el fumador en fase de contemplación; Plan de cuidados para el fumador en fase de preparación/acción.⁽¹⁹⁾

Estos planes de cuidados presentan objetivos, intervenciones y actividades muy similares a los desarrollados en el plan de cuidados que se presenta, lo que lleva a pensar que la acción de abandonar el tabaco con la ayuda del personal de enfermería es común en casi todos los lugares. Con algunas diferencias que pueden deberse a que los planes de cuidados se encuentran estandarizados, pero después se individualizan para cada persona en concreto, como en el caso descrito. A lo que se añade, la limitación relacionada con los diagnósticos NANDA-I, ya que muchos de estos diagnósticos han sido actualizados, por lo que no aparecen con el mismo nombre en todos los planes de cuidados, aunque son similares.

Un elemento de elevada importancia lo constituye el lugar de atención, ya que en muchos de los casos el paciente tiene motivación suficiente para dejar de fumar y no le supone mucha dificultad el abandonar este hábito. Sin embargo, este proceso es más complicado cuando el paciente se encuentra hospitalizado ya que una vez que este recibe el alta, pueden existir inconvenientes a la hora de realizar un seguimiento.⁽²⁰⁾

Como mejora a esto, se sugiere el desarrollo de acciones de coordinación que garanticen una adecuada comunicación entre los distintos niveles asistenciales. Sin embargo, no debe olvidarse que, durante el ingreso, también se dan una serie de condiciones que pueden favorecer el éxito perseguido. Por ejemplo: la accesibilidad al paciente, el control del ambiente y la motivación que puede suponer el hecho de experimentar en esos momentos la relación causa-efecto entre tabaquismo y el ingreso o la enfermedad actual; propiciando un entorno “positivo” para iniciar el abandono de este hábito.⁽²¹⁾

En cuanto a la educación con respecto al tabaco ha ido aumentando considerablemente en los últimos años, aunque la adherencia a este hábito continúa siendo uno de los principales factores de morbilidad asociado a múltiples enfermedades.^(3,4)

Lo antes dicho, puede ser debido a que los fumadores tienen conocimientos sobre el tabaquismo, pero no son totalmente conscientes de los riesgos que del consumo de ese tóxico se puedan generar.⁽²³⁾ Así, tras la limitación en España del consumo de tabaco en espacios públicos y cerrados, se estudió el gasto que las personas fumadoras y no fumadoras hacían en los bares y demás sitios relacionados con la hostelería y el ocio; en el que se comprobó que la prohibición de fumar en estos lugares no afectaba al gasto de familias, tanto fumadoras como no fumadoras.⁽²⁴⁾ Es decir, la gente fuma la misma de cantidad de tabaco, aunque haya prohibiciones de este tipo.

Es también resulta de notable importancia que la compra de tabaco es cada día más accesible a los menores,⁽²⁵⁾ ya que existen comercios que lo dispensan de manera ilegal sin importarles la edad que tenga el comprador. El consumo de tabaco es cada vez mayor en edades más jóvenes.⁽²⁾ Por lo que, además de requerirse un mayor control por parte de estos establecimientos, es necesario una mejora de educación a los adolescentes por parte de sus familias y en el ámbito educativo.

En referencia a la organización del Sistema Sanitario; de forma general, en la actualidad prevalece el modelo curativo sobre el preventivo. Se centra más en el desarrollo de actividades a demanda y en la resolución de problemas agudos y/o episódicos, que en el seguimiento de enfermedades crónicas y en medidas preventivas. A pesar de que a nivel legislativo se han reforzado las medidas de Salud Pública. Sin embargo, aún no se ha conseguido dar respuesta a las nuevas necesidades de salud.

Desde ese análisis, la gestión por Procesos Asistenciales Integrados constituye un reto para mejorar la calidad del sistema sanitario, puesto que su aplicación mejoraría la organización de las actividades clínicas, la interrelación entre ámbitos asistenciales y las expectativas del ciudadano, avalando la continuidad de cuidados.

En este sentido, aunque hay casos en los que los pacientes han dejado de fumar, sigue siendo mayor el número de personas que continua con este hábito. Por lo que, el PAI de atención a personas fumadoras constituye una herramienta de ayuda para seguir trabajando en una atención sanitaria centrada en el paciente, donde las capacidades y las habilidades de los profesionales sean las más adecuadas y correctas.

CONCLUSIONES

En este plan de cuidados, se ha identificado de manera temprana en un Centro de Salud la dependencia al tabaco de un paciente; donde enfermería determina un importante papel en la promoción de conductas generadoras de salud, como vía para instar a la disminución del consumo de tabaco.

La identificación del paciente en la fase de preparación del Proceso Asistencial Integrado, permitió el alcance del objetivo propuesto, lográndose en este la decisión de abandonar el tabaco con mínimas dificultades motivacionales y sin la intención de recaer o volver al hábito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Tabaco. Ginebra: WHO; 2017.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios, Sociales e Igualdad. La salud y el sistema sanitario en tablas. Datos y cifras España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios, Sociales e Igualdad; 2016.
3. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380(9859): 2224-60.

4. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016; 388(10053): 1659-1724.
5. Gutiérrez-Abejón E, Rejas-Gutiérrez J, Criado-Espejel P, Campo-Ortega EP, Breñas-Villalón MT, Martín-Sobrino N. Impacto del consumo de tabaco sobre la mortalidad en España en el año 2012. *Med Clin*. 2015; 145: 520-5.
6. World Health Organization. The Tobacco Atlas. Ginebra: WHO; 2002.
7. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco. Ginebra: OMS; 2005.
8. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: raising taxes on tobacco. Ginebra: WHO; 2015.
9. Sosa-Liprandi M, Lewkowicz J. Quit Smoking: An Attainable Goal. *Rev Argent Cardiol*. 2015; 83: 98.
10. Camaralles-Guillem F, González-Gallarza RD, Clemente-Jiménez L, Díaz M, Muñoz JL, Lozano-Polo A, Pinet-Ogué MC et al. Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. *Med Clin (Barc)*. 2013; 140(6): 272.
11. Pastor V, Vázquez P, Corapi E, Bernabeu R. La adicción a la nicotina: vulnerabilidad, epigénesis y modelos animales de estudio. *RACC*. 2013; 5(2): 61-73.
12. Quílez-Ruiz-RN, Díez-Piña JM, Pérez-Rojo R, Goyoaga-Arenas T, Antón-Díaz E, Álvarez DA. Estudio descriptivo de los pacientes atendidos en una Unidad de Tabaquismo. *Rev Patol Respir*. 2015; 18(1): 3-7.
13. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Implantación de procesos asistenciales integrados en las unidades de gestión clínica. Sevilla: ACSA; 2012.
14. Sistema Sanitario Público de Andalucía. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2005.
15. Morales-Asencio JM, Mesa-Cruz P, Castro-Barea J, Espejo-Guerrero P, Calero-Fernandez MR, Olvera-Calderon J et al. Proceso Asistencial Integrado. Atención a las Personas Fumadoras. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2008.
16. Henderson V. Principios básicos de los cuidados de Enfermería. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermería; 1961.
17. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström K. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Br J Addict*. 1991; 86: 1119-27.
18. Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*. 1993; 88: 1127-1135.
19. Miguel-García A, Miguel-Salinas F. Abordaje del tabaquismo: planes de cuidados de enfermería. *Nure Inv*. 2009; 43: 6.
20. Rigotti NA, Clair C, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Data-base Syst Rev*. 2012; 16: CD001837.
21. Sepúlveda-Sánchez JM, Canca-Sánchez JC, Rivas-Ruiz F, Martín-García M, Lorente Márquez C, Timonet-Andreu EM. Evaluación de la motivación para la cesación tabáquica en pacientes hospitalizados. *Enferm Clin*. 2016.
22. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983; 51(3): 390-5.
23. Díaz R, Ochoa MR, Casanova MC, Díaz MA. El tabaquismo y su prevención educativa en la población de un consultorio médico. *Rev Ciencias Médicas*. 2015; 19(4): 642-651.
24. Caballero A, Pinilla J. Impacto sobre el consumo en bares, cafeterías y restaurantes de la modificación de la ley del tabaco española. *Gac Sanit*. 2014; 28(6): 456-460.
25. Quinzán AM, Solano Y, López AC, Pérez LA, Ramón R. Prevalencia del tabaquismo en adolescentes de la Secundaria Básica. *Medisan*. 2015; 19(10): 1232-1237.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Conflicto de intereses:: los autores declaran que no existen.

Declaración de contribución:: María Robles Mezcua trabajó durante todo el proceso investigativo y redactó el informe final. María Jesús Samaniego participó en la redacción de este artículo y el análisis de los resultados. Jacobo Cambil asesoró la investigación y la redacción del artículo científico.