



Revista Española de Salud Pública

ISSN: 1135-5727

resp@msc.es

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e
Igualdad
España

Camarelles Guillem, Francisco; Salvador Llivina, Teresa; Ramón Torell, Josep M^a; Córdoba García, Rodrigo; Jiménez Ruiz, Carlos; López García-Aranda, Víctor; Villalbí Hereter, Joan Ramón; Planchuelo Santos, M^a Ángeles; Sánchez Monfort, Josep; López de Santiago, Asensio

Consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España

Revista Española de Salud Pública, vol. 83, núm. 2, marzo-abril, 2009, pp. 175-200

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17083204>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

COLABORACIÓN ESPECIAL

CONSENSO SOBRE LA ATENCIÓN SANITARIA DEL TABAQUISMO EN ESPAÑA

Francisco Camarelles Guillem, Teresa Salvador Llivina, Josep M^a Ramón Torell, Rodrigo Córdoba García, Carlos Jiménez Ruiz, Víctor López García-Aranda, Joan Ramón Villalbí Hereter, M^a Ángeles Planchuelo Santos, Josep Sánchez Monfort, Asensio López de Santiago

Observatorio para la Prevención del tabaquismo.

Coordinación: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT)

RESUMEN

Tras la aprobación de la Ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, se están produciendo diversos desarrollos y progresos en el campo del tratamiento del tabaquismo en todas las Comunidades Autónomas. Por este motivo y por los propios requerimientos de la Ley, tanto las administraciones públicas como las sociedades científicas integradas en el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo CNPT, han considerado que nuestro país se halla en una posición óptima para revisar los avances conseguidos hasta el momento y señalar las bases de carácter técnico que, de acuerdo a la evidencia y los recursos disponibles, sería conveniente que pudieran orientar las actuaciones de asistencia a las personas que fuman en el Marco del Sistema Nacional de Salud. La finalidad de este documento, de carácter exclusivamente técnico y científico, ha sido consensuar una propuesta básica de calidad sobre asistencia en tabaquismo que sirva como guía orientativa en nuestro país. Los objetivos de este documento son analizar las necesidades a las que responde una estrategia asistencial en tabaquismo, revisar la eficacia de las opciones asistenciales existentes en tabaquismo, sintetizar la evidencia disponible sobre el impacto de las políticas asistenciales en la disminución del porcentaje de personas fumadoras y señalar las necesidades existentes en este sector. El documento señala los mínimos básicos para orientar las actuaciones asistenciales de calidad en España, teniendo en cuenta criterios de riesgo sanitario, accesibilidad, eficiencia, sostenibilidad y equidad.

Palabras clave: Abandono del tabaco. Tabaquismo. Políticas de prevención del tabaquismo. Políticas Públicas de Salud. **Consenso.**

ABSTRACT

Consensus on Health Assistance for Smoking Control in Spain

The Consensus on Health Assistance for Smoking Cessation in Spain, is a document reviewing the treatment evidence, as well as policy needs in relation to smoking cessation in Spain. It has been developed by technical representatives of public health administrations, at a national and autonomous level, together with representatives of the scientific societies and professional bodies which are members of the Spanish coalition on smoking prevention National Committee on Tobacco Prevention (CNPT). After approval of a new national tobacco control law 28/2005, several tobacco control policies are being developed, especially by the autonomous governments, including treatment policies. Within this framework, and as part of the requirements of the law, all parties have considered the need to review effectiveness, experimentally validated tobacco dependence treatments and practices. An initial draft written by an expert committee was presented to all parties and discussed at three meetings over a period of a year and a half. The initial draft did review primary and secondary scientific literature from 1987 to 2007 on efficacy and effectiveness of different smoking cessation interventions, including: medical advice and brief smoking cessation interventions; pharmacological aids for treating nicotine dependence; behavioral interventions; specialized intensive treatment; community interventions; and treatment for groups with special needs. Considering the available evidence; current treatment needs; policy gaps; and the criteria of risk, accessibility, efficiency, sustainability and equity; the consensus document recommends the minimal requirements which should be taken into account when developing a policy on smoking cessation in Spain.

Keywords: Smoking. Smoking cessation. Health Public Policy. Spain. Consensus.

INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco, como factor determinante de diferentes patologías y como primera causa conocida de mortalidad y morbilidad evitables, constituye el principal problema para la salud pública en los países desarrollados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial, en su informe del año 2000 señalaban varias medidas de probada eficacia como básicas para el control del tabaquismo: incrementar los impuestos sobre los cigarrillos, asegurar que los lugares públicos y los de trabajo sean espacios libres de humo, prohibir la publicidad y la promoción del tabaco, difundir los riesgos derivados del consumo mediante campañas de contrapublicidad y advertencias sanitarias en las cajetillas, proporcionar acceso al tratamiento eficaz del tabaquismo y control del contrabando¹.

El 21 de Mayo de 2003, 171 países miembros de la OMS firmaron el Convenio Marco para el Control del Tabaco propuesto por la OMS (CMCT), un tratado internacional de mínimos necesarios para proteger el derecho a la salud de la población, mediante el desarrollo de políticas que contemplan como mínimo: el incremento de los impuestos, la información a los consumidores sobre los riesgos del consumo de tabaco, la prohibición de la publicidad, la promoción de espacios públicos libres de humo y la financiación de programas de prevención y tratamiento de la dependencia al tabaco².

En 2004 la Comisión Europea examinó la situación de los países de la Unión en relación al desarrollo de sus políticas sobre tabaquismo³ y en esta evaluación incluyó las seis intervenciones consideradas como más coste-efectivas para el control del tabaquismo: incremento del precio de los cigarrillos y otros productos del tabaco; prohibición de la publicidad y la

promoción de todos los productos del tabaco, logotipos y marcas comerciales; prohibición y restricción de fumar en lugares públicos y en el lugar de trabajo; información al consumidor y al público en general incluyendo campañas públicas de información, uso de los medios y la publicidad; advertencias sanitarias sobre los efectos del consumo de tabaco en los paquetes de cigarrillos; y el tratamiento para ayudar a las personas que han desarrollado una dependencia del tabaco a dejar de fumar, incluyendo el acceso a las medicaciones.

Como puede observarse, en la actualidad existe un absoluto consenso en señalar que sólo mediante la combinación de todas las medidas mencionadas, será posible conseguir una disminución significativa de la prevalencia del tabaquismo. La OMS señala además –en un informe reciente– que si se quiere conseguir una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad causadas por el uso del tabaco en los próximos 30 a 50 años, las medidas de prevención y control deben ir acompañadas de una política asistencial eficaz⁴.

En España, la aprobación de la Ley 28/2005, constituyó un avance importante en la dirección marcada por los organismos internacionales, y los diversos desarrollos que en este campo se están produciendo en todas las CCAA constituyen la garantía de que los progresos en el campo del tratamiento del tabaquismo se están acelerando. Por este motivo y por los propios requerimientos de la Ley, tanto las administraciones públicas como las sociedades científicas, consideran que nuestro país se halla en una posición óptima para revisar los avances conseguidos hasta el momento y señalar las bases de carácter técnico que, de acuerdo a la evidencia y los recursos disponibles, sería conveniente que pudieran orientar las actuaciones de asistencia a las personas

que fuman en el Marco del Sistema Nacional de Salud.

FINALIDAD Y OBJETIVOS DEL DOCUMENTO DE CONSENSO

La finalidad de este trabajo de carácter exclusivamente técnico y científico, es consensuar una propuesta básica de calidad sobre asistencia en tabaquismo que sirva como guía orientativa en el contexto de nuestro país.

La aplicación práctica de estas orientaciones puede tener múltiples modelos en la prestación de servicios, todos ellos válidos, que van a depender de la estructura organizativa de cada una de las administraciones competentes.

Los objetivos de este proceso de trabajo son:

— Analizar las necesidades a las que responde una estrategia asistencial en tabaquismo.

— Revisar la eficacia de las opciones asistenciales existentes en tabaquismo.

— Sintetizar la evidencia disponible sobre el impacto de las políticas asistenciales en la disminución del porcentaje de personas fumadoras.

— Consensuar unos mínimos básicos que permitan orientar las actuaciones asistenciales de calidad en España.

NECESIDADES A LAS QUE RESPONDE UNA ESTRATEGIA ASISTENCIAL EN TABAQUISMO

Los principales argumentos que justifican la puesta en marcha de respuestas asistenciales de calidad dirigidas a fumadores, son:

1. El tabaquismo es un trastorno adictivo y está considerado como una enfermedad crónica

A partir de la publicación en EE.UU. del informe de “*US Surgeon General*” titulado “*Nicotine Addiction*”, se establecen las bases para considerar el tabaco como un producto que genera dependencia, debido a su contenido en nicotina que produce una serie de alteraciones fisiológicas y psicológicas de dependencia equiparables a otras drogas legales (alcohol) e ilegales (heroína y cocaína)⁵. La nicotina cumple todos los criterios de las definiciones de adicción o de dependencia: consumo compulsivo pese al deseo y a los repetidos intentos de dejar de fumar, efectos psicoactivos debidos a la acción directa de la sustancia sobre el encéfalo y alteración del comportamiento motivado por los efectos de refuerzo de la nicotina como sustancia psicoactiva. La dependencia al tabaco está reconocida como trastorno mental y del comportamiento en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (ICD-10)⁶ y en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría⁷.

Este reconocimiento del tabaquismo como una enfermedad crónica causada por un trastorno adictivo es esencial para el diseño de políticas de prevención y control del tabaquismo, pues señala la necesidad de desarrollar una estrategia eficaz de tratamiento dirigida a las personas que fuman y que no las discrimine respecto a otras personas con problemas de dependencia a otras drogas para las que sí existe una respuesta asistencial adecuada en España.

2. El tabaquismo incrementa las desigualdades sociales en salud

Diversos estudios muestran que actualmente las tasas de abandono del consumo de tabaco son más altas en los grupos socioeconómicos más favorecidos. Tam-

bien la tasa de inicio al consumo de tabaco en la adolescencia presenta un marcado gradiente social, tanto en hombres como en mujeres, ya que la prevalencia del tabaquismo más alta se encuentra en los individuos con menor nivel de estudios y la más baja en aquellos con estudios universitarios⁸⁻¹². Los datos disponibles en este sentido indican que si la probabilidad de abandono del tabaquismo sin ayuda es baja en la población fumadora en general, dejar de fumar es más difícil para aquellas personas que viven en condiciones materiales adversas y/o que tienen que hacer frente a acontecimientos estresantes de la vida. También se han observado mayores niveles de dependencia de la nicotina en esos grupos de población. Una hipótesis para explicar porqué los individuos de nivel socio-económico bajo presentan actualmente menos probabilidad de dejar de fumar se basa en la idea de que están menos informados y preocupados por los efectos perjudiciales para la salud y, por tanto, eso les lleva a intentar dejar de fumar en pocas ocasiones. Sin embargo, en nuestro país se ha visto que el 61% de las personas fumadoras de clase media y de clase baja había intentado dejar de fumar, mientras que en la clase alta este porcentaje era del 56%¹³. Es decir, la motivación sería mayor en los individuos de clase baja, por lo que la menor proporción de personas ex-fumadoras observada en los estratos socioeconómicos bajos no puede atribuirse a que éstos tengan una menor motivación para abandonar el consumo de tabaco.

La relevancia de este hecho radica no sólo en que el tabaquismo afecte con mayor frecuencia a los grupos socioeconómicos de población más bajos, sino en su contribución al aumento de las desigualdades en salud debido a que el consumo de tabaco incrementa significativamente el riesgo de padecer múltiples enfermedades. Este aumento de las desigualdades en la incidencia de las enfermedades relaciona-

das con el tabaco y la mortalidad prematura por la misma causa, es algo que ya se ha producido en hombres y todas las evidencias señalan a que en un plazo corto de tiempo estas desigualdades también afectarán a mujeres.

3. El tabaquismo incrementa las desigualdades de género en salud

El tabaquismo presenta características específicas de género que han de tomarse en cuenta también en todo lo relativo a la asistencia para dejar de fumar. Al igual que otros colectivos en desigualdad, las mujeres pueden requerir un abordaje específico, que tenga en cuenta de forma diferenciada sus necesidades y expectativas.

4. Disponemos de tratamientos efectivos para ayudar a dejar de fumar

La mayoría de personas que fuman refieren el deseo de dejar de fumar y un 60% lo ha intentado alguna vez¹⁴. Sin embargo, anualmente, sólo entre un 3% y un 5% de quienes fuman, y realizan intentos de cesación, lo consigue con éxito¹⁵⁻¹⁶. Esta baja tasa de éxito puede ser explicada en parte por el hecho de que la mayoría de los intentos de abandono se realizan sin ayuda, lo que popularmente se conoce como el ejercicio espontáneo de la “fuerza de voluntad”. Hasta muy recientemente, la mayoría de quienes consiguieron dejar de fumar, abandonaron el consumo de tabaco sin ningún tipo de asistencia¹⁷. La adicción al tabaco es una condición clínica crónica, difícil de superar, si no se dispone del apoyo y del tratamiento adecuado¹⁸⁻¹⁹.

Desde finales de los años 50, se ha desarrollado un intenso trabajo de investigación para medir la eficacia de distintos tipos de intervenciones para dejar de fumar. En la **Tabla 1** se presentan los resultados de las

Tabla 1

Eficacia de distintas intervenciones en el tratamiento del tabaquismo frente a la no intervención o placebo

Tipo de intervención	Eficacia OR (IC 95%)*
<i>Manuales de autoayuda</i>	
– <i>Materiales no personalizados</i>	1,24 (1,07-1,45)
– <i>Materiales personalizados</i>	1,80 (1,46-2,23)
<i>Intervención mínima</i>	
– <i>Consejo médico</i>	1,69 (1,45-1,98)
– <i>Consejo enfermería</i>	1,50 (1,29-1,73)
– <i>Consejo telefónico por persona entrenada</i>	1,56 (1,38-1,77)
<i>Intervenciones psicológicas intensivas</i>	
– <i>Terapia individual</i>	1,62 (1,35-1,94)**
– <i>Terapia grupal</i>	2,19 (1,42-3,37)
– <i>Terapia aversiva</i>	1,98 (1,36-2,90)
<i>Intervenciones farmacológicas</i>	
– <i>Chicles nicotina</i>	1,66 (1,52-1,81)
– <i>Parches de nicotina</i>	1,74 (1,57-1,93)
– <i>Spray nasal de nicotina</i>	2,27 (1,61-3,20)
– <i>Inhalador de nicotina</i> ***	2,08 (1,43-3,04)
– <i>Tabletas sublinguales</i>	1,73 (1,07-2,80)
– <i>Bupropión</i>	2,75 (1,98-3,81)
– <i>Norriptilina</i>	2,80 (1,81-4,32)
– <i>Clonidina</i>	1,89 (1,30-2,74)

* Todas las determinaciones fueron estadísticamente significativas.

** El consejo individual tendrá mayor eficacia dependiendo del tiempo de contacto: OR= 3,2 para 91-300 minutos; OR= 2,8 para más de 300 minutos. Así como el número de sesiones realizadas: OR= 1,9 para 4-8 sesiones; OR= 2,3 para más de 8 sesiones.

*** Presentación no comercializada en España.

Fuente: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2003.

intervenciones más difundidas en las que existe evidencia científica de eficacia²⁰.

5. Ayudar a dejar de fumar es una actividad costo-efectiva

Por sus características y dimensiones actuales, el tabaquismo es el problema sanitario que mayor mortalidad y morbilidad causa en España. Por ello, se trata del problema de salud que ocasiona el coste sanitario y social más elevado al que debe hacer frente la sociedad española²¹⁻²⁶. En su Dictamen sobre el anteproyecto de Ley de la recientemente aprobada Ley 28/2005, el Consejo de Estado se hace eco de que –de acuerdo a la memoria económica que acompaña el texto del anteproyecto de Ley que le fue remitido al Consejo por el Gobierno– los gastos del Estado en sufragar el coste sanitario y social derivado del tabaquismo, exceden a lo recaudado en impuestos especiales asignados a los productos de tabaco²⁷.

En la última década se han publicado numerosos estudios de coste-efectividad e impacto económico del tratamiento del tabaquismo, la mayor parte de ellos realizados en el Reino Unido y en EE.UU. Estos estudios ponen de manifiesto que determinadas intervenciones de apoyo y asistencia a la cesación muestran una relación coste-efectividad muy favorable. Tanto las intervenciones de baja intensidad (consejo sanitario y oferta de tratamiento farmacológico) dirigidas a amplios grupos de población que desean dejar de fumar, como las intervenciones más intensivas, de tratamiento psicológico y farmacológico, dirigidas a grupos de especial necesidad se han mostrado coste-efectivas. Del conjunto de estudios de coste-efectividad disponibles se puede concluir que, comparada con otras intervenciones preventivas o asistenciales, la detección y tratamiento de la dependencia del tabaco a través de los servicios asistenciales se considera una acción coste-efectiva, en términos de coste por año de vida ganado. Esta intervención se ha considerado varias veces más eficiente que otras intervenciones preventivas y asistenciales ampliamente instauradas, como por ejemplo: la detección y manejo clínico de la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial, o el cribado de cáncer de mama²⁰.

6. Las actuaciones asistenciales complementan el resto de medidas de prevención y control

Muchas personas quieren dejar de fumar, y cuantas más medidas de prevención y control se desarrollan, más se incrementa la proporción de personas que desean conseguir la abstinencia. Pero la mayoría no lo consigue por que, debido a la dependencia, necesita ayuda adecuada para lograr su objetivo. Las políticas de tratamiento del tabaquismo tienen un efecto relativamente pequeño sobre la prevalencia del tabaquismo, pudiendo llegar a conseguir reducciones alrededor de 1-2 puntos porcentuales, y

aunque este efecto puede incrementarse, su desarrollo es especialmente importante para ayudar a aquellas personas que tienen más dificultades para dejar de fumar. En este marco, la OMS señala que las personas que desean dejar de fumar deben poder acceder al tratamiento más adecuado a sus necesidades y características individuales^{2, 4, 20}.

El desarrollo de una respuesta eficaz de asistencia en tabaquismo es un elemento esencial para abordar el control del uso del tabaco y reducir sus efectos sobre la salud de la población. En la Tabla 2 se presentan unas recomendaciones básicas sobre los elementos a considerar en una política asistencial de calidad. El incremento potencial en las tasas de abandono logrado se traslada en beneficios directos a corto, medio y largo plazo en las personas que reciben la intervención. Financiar los servicios para dejar de fumar puede: aumentar las tasas de abandono; incrementar el número de intentos de abandono y el uso del tratamiento; así como mejorar las tasas de abstinencia auto-informadas, cuando esta intervención se compara a una financiación parcial o a ninguna financiación²⁸. De forma complementaria la disponibilidad de una respuesta asisten-

cial contribuye a concienciar a la población de que el tabaquismo es un gran problema de salud. Por otra parte, el incentivar o pagar estos servicios puede ayudar a cambiar la cultura sanitaria y favorecer que muchos profesionales de la salud se interesen en dar estos servicios a sus pacientes, aunque se necesitan más estudios sobre el impacto de los sistemas de financiación en los comportamientos de los profesionales sanitarios^{4, 28}.

TIPOS DE INTERVENCIÓN ASISTENCIAL EN TABAQUISMO

Existen diversos tipos de intervención asistencial en tabaquismo: intervención breve; intervención intensiva; intervención especializada; intervenciones de ámbito comunitario; intervenciones desarrolladas a través de las tecnologías de la comunicación (teléfono, internet, etc.); y finalmente, también puede ofrecerse intervención para dejar de fumar a través de los materiales de auto-ayuda.

1. Consejo sanitario e intervención breve

El consejo sanitario para el abandono del tabaco a la persona fumadora, inserto en la atención sanitaria rutinaria, es una de las intervenciones clínicas más coste-efectivas para promover el abandono del tabaquismo²⁰.

El efecto del consejo sanitario frente a la no intervención incrementa la probabilidad de conseguir la abstinencia, pero además se observa que cuanto más intensa es la intervención mayor es la eficacia obtenida. Así, si al consejo sanitario, se le añade un seguimiento pautado, es decir, se emplaza al paciente para una o más visitas de seguimiento y refuerzo, las tasas de abstinencia alcanzadas pueden incrementarse de forma significativa²⁹⁻³⁰.

Tabla 2
Recomendaciones a los sistemas sanitarios para la asistencia a los fumadores

• Cada centro sanitario debería poner en marcha un sistema de identificación y registro de pacientes que fuman, cuando acuden a consulta.
• Todos los sistemas sanitarios deberían proporcionar educación, recursos y respuestas para promover intervenciones para ayudar a dejar de fumar.
• Los centros sanitarios deberían dedicar personal que proporcione tratamientos para ayudar a dejar de fumar, y asegurarse que se proporciona dicho tratamiento al evaluar las actividades realizadas.
• Los hospitales deberían promover políticas que apoyen y proporcionen servicios para ayudar a dejar de fumar.
• Los sistemas sanitarios deberían incluir los tratamientos para el abandono del tabaco (de tipo conductual y farmacológico), como una parte más de los servicios que prestan a sus usuarios.
• Los sistemas sanitarios deberían recompensar a los clínicos por proporcionar tratamientos efectivos para la cesación tabáquica, e incluir estas intervenciones entre las obligaciones de los sanitarios.

Fuente: Fiore et al., 2000.

Todos los profesionales de la salud deberían conocer y poder aplicar el consejo sanitario de forma oportuna, independientemente del nivel asistencial en el que desarrollan su trabajo. La evidencia científica señala que existen beneficios en el consejo que los profesionales de enfermería y de medicina brindan a los pacientes para dejar de fumar³¹⁻³².

La intervención breve es una estrategia de intervención oportuna dirigida a pacientes fumadores que se sustenta, en parte, en la evidencia científica y en parte en la opinión de expertos en el tratamiento del tabaquismo. Podemos diferenciarla de la intervención clínica intensiva por el tiempo que se dedica a proporcionar la ayuda para dejar de fumar y el número de sesiones de seguimiento, y debería ser realizada por profesionales de la salud que atienden a gran variedad de pacientes y que están limitados por el tiempo asistencial disponible. El objetivo principal de la intervención breve es asegurar que toda persona que fuma es identificada cuando acude a consulta y se le ofrece tratamiento, a la par que se pretende que logre avances en el proceso de dejar de fumar y haga intentos para conseguirlo. Por último, muchas personas que fuman son reticentes a acudir a programas intensivos para dejar de fumar y, por lo menos, deben recibir intervenciones breves cuando acudan a consulta.

La intervención breve consiste en preguntar al paciente si fuma, aconsejar el abandono del tabaco, valorar la disponibilidad para hacer un intento de dejar de fumar, ayudar a cada persona en el intento de abandono y, por último, fijar visitas de seguimiento^{18, 33, 34}.

2. Intervención intensiva

Como se apunta en el anterior apartado, se ha descrito una fuerte relación dosis respuesta entre la intensidad de la intervención y los resultados obtenidos. Existe evidencia de que a mayor intensidad se producen tasas más

altas de éxito. La intensidad viene dada por una mayor duración de la intervención y por un mayor nº de sesiones (4 o más sesiones).

Los componentes de una intervención intensiva deben incluir: estrategias conductuales y cognitivas (desarrollo de habilidades y estrategias de afrontamiento, técnicas de resolución de problemas, entre otras) y tratamiento farmacológico (tratamiento sustitutivo con nicotina, bupropión y vareniclina) además de asegurar un apoyo social adecuado dentro y fuera de las sesiones terapéuticas.

La intervención intensiva puede ser proporcionada en forma individual o en forma grupal. Existen pruebas razonables de que las terapias en formato grupal son mejores que la autoayuda y otras intervenciones menos intensivas para ayudar a que las personas dejen de fumar. No existen pruebas suficientes para determinar cuán efectivas son estas terapias comparadas con el asesoramiento individual intensivo^{19, 35-37}.

Las intervenciones intensivas son más coste efectivas que otras intervenciones menos intensivas, y son adecuadas para cualquier persona motivada a dejar de fumar.

La efectividad del apoyo intensivo está basada en el entrenamiento adecuado de los profesionales y en los recursos disponibles (especialmente tiempo e infraestructuras), y no depende del tipo de profesional ni del ámbito donde se aplique. La organización de estas intervenciones intensivas puede tener en cuenta criterios de planificación (recursos, accesibilidad de los profesionales, etc.), dado que el ámbito donde estén localizadas no va a condicionar la efectividad del tratamiento³⁸.

3. Tratamiento especializado

El tratamiento especializado del tabaquismo combina el tratamiento psicológico

y el farmacológico y no va dirigido a toda la población fumadora, sino a grupos de alto riesgo y a personas que han fracasado previamente con la intervención breve e intensiva, y su condición sanitaria hace prioritario que deje de fumar a corto plazo. Razones de eficiencia hacen poco recomendable la oferta de tratamiento especializado a todas las personas que desean dejar de fumar. Los principales grupos que pueden requerir intervención asistencial especializada son: personas en fase de disonancia con una alta dependencia al tabaco y fracasos previos en la consolidación de la abstinencia; pacientes que presentan serios problemas de salud relacionados con el uso del tabaco; mujeres embarazadas o en periodo de lactancia; y pacientes con patología psiquiátrica³⁹.

El tratamiento especializado del tabaquismo atiende a las necesidades específicas de estos grupos a quienes proporciona recursos pautados de apoyo en el marco de intervenciones más estructuradas. Las unidades especializadas en este tipo de tratamiento, a través de sesiones terapéuticas pautadas y de seguimiento, ofrecen de forma eficiente intervenciones clínicas multicomponentes (combinación de tratamiento psicológico con terapia farmacológica o bien solo tratamiento psicológico, cuando el farmacológico está contraindicado o la persona en tratamiento rehúsa su utilización).

Este enfoque presenta una alta eficacia (30-50% de abstinencia al año de seguimiento). Las revisiones realizadas no han encontrado diferencias significativas entre este tipo de tratamiento realizado de forma individual o en grupo⁴⁰.

4. Intervenciones de carácter comunitario

Se ha demostrado que los programas comunitarios de amplio alcance tienen un efecto positivo en la toma de decisiones relacionadas con la salud, incluido el consumo de tabaco, habiendo desembocado en

cambios favorables en la salud de las poblaciones europea y norteamericana⁴¹.

Los programas poblacionales o comunitarios se basan en el reconocimiento de la importancia de los componentes sociales de la dependencia y de la motivación⁴². Comprenden estrategias múltiples de intervención, fundamentalmente de incremento de mensajes favorables al abandono del consumo de tabaco en medios de comunicación (TV, radio, prensa) y la participación de líderes sociales, políticos y sanitarios, junto a la facilitación de recursos, generalmente de auto-ayuda, para fomentar y conseguir la abstinencia (folletos, programas en empresas, oferta de apoyo sanitario, premios, etc).

Buenos ejemplos de esta intervención son los programas MRFIT, COMMIT y ASSIST desarrollados en los EEUU de América. En nuestro país se han desarrollado, iniciativas de apoyo por correo¹⁶ y el Programa “*Quit & Win*”, popular en algunos países europeos e implantado en diversas CC.AA. del Estado Español. Aunque no se disponga de estudios experimentales de evaluación, los resultados de las evaluaciones realizadas indican que en general, estos programas tienen escaso efecto sobre las personas que mantienen un alto consumo de tabaco y/o son altamente dependientes, y efecto moderado sobre las personas que fuman poco y presentan niveles bajos de dependencia. Sin embargo, al tratarse de programas que alcanzan a toda la población, pueden lograr una tasa relevante de abstinencia a un bajo coste⁴³.

5. Asistencia mediante el uso de tecnologías de la comunicación

5.1. Líneas telefónicas de asistencia para dejar de fumar

El tratamiento del tabaquismo puede adaptarse a las posibilidades que permite un seguimiento telefónico de cada paciente. Existen dos posibilidades terapéuticas:

5.1.1. *Proactiva*

Ofrece un tratamiento totalmente dirigido por la unidad de asistencia telefónica, y comprende una serie de contactos con la persona que está dejando de fumar, así como actuaciones pautadas a lo largo de un tiempo determinado.

5.1.2. *Reactiva*

En la que el terapeuta solo interviene a demanda del paciente.

El tratamiento proactivo incrementa las tasas de abandono comparado con la intervención reactiva (OR 1,56 y 1,38 a 1,77)⁴⁴, y a los 6 meses de seguimiento, se muestra igual de eficaz que el tratamiento presencial⁴⁵.

5.2. *Programas basados en las nuevas tecnologías*

Se trata de programas ofrecidos vía Internet “on line” (e-health) o a través de dispositivos electrónicos portátiles que proporcionan información y apoyo a quienes desean dejar de fumar. Según los actores involucrados y los canales utilizados, actualmente se dispone de:

5.2.1. *Comunidades virtuales*

Son redes sociales formadas o potenciadas por medios electrónicos, pudiendo adoptar la forma de listas de correo, foros de discusión, chats y páginas web y blogs.

5.2.1. *Programas profesionalizados*

Incluyen técnicas psico-educacionales o programas terapéuticos reglados que incorporan a menudo un contacto directo con un/a profesional de la salud. Su utilidad teó-

rica está en relación con su accesibilidad ya que podrían complementar o sustituir el contacto presencial, alcanzar a un número mayor de personas, pudiendo ser más barata y flexible la intervención. Actualmente se dispone de escasos estudios que no permiten confirmar ni descartar su efectividad, existiendo algunas experiencias internacionales evaluadas que todavía no permiten hacer generalizaciones⁴⁶.

5.2.3. *Servicios ofrecidos a través de dispositivos electrónicos portátiles*

Proporcionan información y apoyo a los fumadores (PDA, teléfonos móviles, etc). Se definen como intervenciones comportamentales interactivas generadas por ordenador y pueden ser personalizadas, dirigidas y a medida. La falta de homogeneidad en los estudios que las evalúan hace imposible el análisis de su efectividad⁴⁷.

5.2.4. *Materiales de auto-ayuda*

La distribución de materiales de auto-ayuda contribuye a promover el abandono del tabaquismo con tasas superiores a las conseguidas sin ningún tipo de intervención, aunque este efecto es pequeño. Por ahora no existe evidencia de que proporcionen un beneficio adicional a otras intervenciones como la intervención breve o el tratamiento sustitutivo con nicotina. Sí existe evidencia de que materiales adaptados al perfil de cada persona, son efectivos y más efectivos que los generales, a pesar de que esta eficacia sea pequeña¹⁹.

TIPOS DE TRATAMIENTO DISPONIBLES

En cuanto a los tipos de tratamiento que pueden utilizarse en las intervenciones asistenciales de probada eficacia, los

tratamientos disponibles son: el tratamiento farmacológico, el tratamiento psicológico, o ambos ofrecidos de forma combinada.

1. Tratamientos farmacológicos

1.1. Tratamientos de primera elección

Se consideran fármacos para el tratamiento del tabaquismo aquellos que han demostrado ser seguros y eficaces como medicamentos clínicamente adecuados y específicos para tratar la dependencia al tabaco. Estos medicamentos han demostrado su eficacia a través de ensayos clínicos experimentales donde se han prescrito asociados al consejo sanitario o a través de servicios especializados para dejar de fumar. Los fármacos considerados de primera elección son: la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) y el bupropión. Otros fármacos se hallan actualmente en proceso de investigación^{4, 20, 33}.

El uso apropiado de **TSN** en personas que desean dejar de fumar se ha demostrado eficaz, duplicando las tasas de abstinencia a los 6 y 12 meses, con respecto a la intervención placebo. Sus resultados mejoran cuanto más se adecua su utilización a las características de cada paciente (presentación y dosificación) y cuando su administración va acompañada de una intervención de apoyo (intervención breve y/o terapia psicológica de apoyo). No obstante, se ha mostrado eficaz, aunque en menor grado, en ausencia de este tipo de apoyo. En todo caso, y a pesar de ser fármacos de venta libre en farmacias, su administración debe atenerse a las indicaciones que cada profesional de la salud establezca. La TSN puede utilizarse mediante la administración de nicotina por vía transdérmica (parches), oral (goma de mascar, comprimidos para chupar y comprimidos sublinguales), intranasal (spray nasal) o inhalatoria. En la actualidad, en

nuestro país sólo se dispone de chicles, parches y comprimidos para chupar. La efectividad de la TSN ha sido evaluada mediante ensayos controlados realizados en diferentes niveles de actividad clínica (Atención Primaria, consulta de especialidades médicas y unidades especializadas de tratamiento a fumadores). La tasa de abstinencia media conseguida a los 6 meses y un año del tratamiento alcanza entre un 25% y un 35%⁴⁸.

Por su parte, el **hidrocloruro de bupropión** de liberación prolongada (bupropión LP), es el primer medicamento no nicotínico que ha demostrado su eficacia en el tratamiento del tabaquismo. Se trata de un antidepresivo que inhibe de forma selectiva la recaptación neuronal de noradrenalina y dopamina, incrementando los niveles de estas sustancias en las sinapsis neuronales, sin que se inhiba la acción de la monoaminoxidasa. Por ello, bupropión actúa como un antidepresivo atípico con efectos a la vez dopamínergicos y noradrenérgicos. Esta actividad puede simular los mismos efectos de la nicotina y así, disminuir los síntomas típicos de la abstinencia. Por otro lado, la eficacia del hidrocloruro de bupropión en el tratamiento del tabaquismo no parece provenir de sus efectos antidepresivos ya que este fármaco presenta los mismos efectos en la deshabituación del tabaco, tanto en pacientes sin diagnóstico de depresión como en pacientes con historia previa de depresión. El bupropión constituye un tratamiento eficaz para dejar de fumar, coadyuvante del consejo sanitario, así como del tratamiento psicológico especializado. El uso de bupropión dobla las tasas de abstinencia a los 6 y 12 meses de la intervención, cuando se compara con placebo. La eficacia del hidrocloruro de bupropión se sitúa entre el 18% y el 36% a los 12 meses de finalizar el tratamiento. Estos resultados se han comprobado mediante ensayos clínicos randomizados, a doble-ciego y muestras amplias⁴⁹⁻⁵¹.

1.2. Tratamientos de segunda línea

Existe otro grupo de fármacos (de segunda línea) que son medicamentos que han demostrado ser eficaces para el tratamiento del tabaquismo, pero tienen un papel más limitado que los citados hasta aquí (fármacos de primera línea), especialmente por que existe un mayor consenso en relación a sus efectos secundarios, al compararlos con los fármacos de primera elección. Se trata además de fármacos que no han sido aprobados por la Dirección General de Farmacia del Ministerio de Sanidad y Consumo como medicamentos específicos para tratar la dependencia al tabaco.

Los principales medicamentos de segunda línea son:

1.2.1. La clonidina

Es un agonista noradrenérgico α_2 que suprime la actividad sináptica. Se ha mostrado eficaz en el tratamiento de la adicción a la nicotina, doblando los efectos respecto al tratamiento placebo. En la mayoría de los ensayos clínicos ha demostrado ser más eficaz en las mujeres que en los hombres. La clonidina debe prescribirse bajo supervisión médica en aquellos pacientes que no puedan utilizar los fármacos de primera elección bien por presentar contraindicaciones, bien por haber fracasado utilizando los medicamentos de primera elección. Su principal inconveniente, en relación con los fármacos de primera línea, está en que presenta mayores tasas de abandono del tratamiento con el fármaco debido a los efectos secundarios.

1.2.2. La nortriptilina

Se trata de un antidepresivo tricíclico, útil para el tratamiento del tabaquismo, con propiedades básicamente noradrenérgicas y, en menor medida, dopaminérgicas. Tam-

bién dobla la tasa de abstinencia con respecto al placebo. Parece que su actividad en el tratamiento de la adicción al tabaco no está asociada con la existencia de síntomas depresivos. La nortriptilina debe prescribirse bajo supervisión médica en aquellos pacientes que no puedan utilizar los fármacos de primera elección por presentar contraindicaciones, o por haber fracasado utilizando los medicamentos de primera elección.

1.3. Nuevos tratamientos farmacológicos: Vareniclina

Vareniclina es un nuevo fármaco aprobado por la FDA en mayo de 2006 y autorizado para su venta en la UE en septiembre de 2006. Vareniclina es una medicación no nicotínica específicamente diseñada para la cesación tabáquica. Actúa como agonista parcial a nivel de los receptores $\alpha_4\beta_2$ acetilcolina nicotínicos, produciendo un efecto suficiente para aliviar los síntomas del deseo de fumar, y de la abstinencia (actividad agonista), a la vez que produce de forma simultánea una reducción de los efectos gratificantes y de refuerzo del fumar al prevenir la unión de la nicotina a los receptores $\alpha_4\beta_2$ (actividad antagonista).

Vareniclina triplica las probabilidades de conseguir la abstinencia a largo plazo cuando se compara con intentos para dejar de fumar sin apoyo farmacológico. En los primeros ensayos clínicos realizados hasta el momento en personas fumadoras sanas, Vareniclina resulta más eficaz que buproprión.

La efectividad de Vareniclina como ayuda para la prevención de las recaídas no ha sido claramente establecida. Se requiere el desarrollo de ensayos clínicos controlados e independientes para verificar estos primeros resultados. Existe también la necesidad de realizar estudios que comparan la

eficacia de Vareniclina con otros tratamientos (TSN y bupropion) para establecer la eficacia relativa de estos tratamientos⁵²⁻⁵⁵.

1.3.1. Tratamientos psicológicos

Los primeros tratamientos psicológicos para dejar de fumar surgen a la par que las técnicas de terapia y modificación de conducta planteadas a principios de los años 60 del siglo XX. Desde su aparición, se han utilizado y evaluado diversas técnicas conductuales y cognitivas^{5, 16, 56-61}, y entre las más estudiadas se encuentran: terapias aversivas (fumar rápido, saciarse, fumar aversivo regular, retener el humo, sensibilización encubierta, shock eléctrico); la auto-observación; relajación; control de estímulos; reducción gradual de ingesta de nicotina y alquitrán; fumar controlado; manejo de contingencias; desensibilización sistemática; terapia de estimulación ambiental restringida; contrato de contingencias; métodos de auto-manejo y auto-control; programas multicomponentes; y programas de prevención de recaídas.

Los tratamientos cognitivo-conductuales, mediante la aportación de recursos y el entrenamiento en estrategias de afrontamiento, tienen como finalidad ayudar a los pacientes a: RECONOCER las características de la dependencia e identificar las situaciones en las que es más probable que sientan la necesidad de fumar; SORTEAR las situaciones conflictivas cuando ello sea posible; y AFRONTAR de forma eficaz las situaciones de riesgo derivadas de la dependencia que llevan a las recaídas, mediante el entrenamiento en habilidades y conductas alternativas. El marco teórico que las sustenta plantea que los procesos de aprendizaje juegan un papel clave en el establecimiento y consolidación de las drogodependencias. Por ello, los mismos procesos de aprendizaje pueden ser utilizados para ayudar a superar la dependencia tabáquica.

Tres tipos de terapias conductuales se han mostrado especialmente efectivas³⁷:

- a) provisión de consejo práctico (técnicas de resolución de problemas; entrenamiento en habilidades y competencias);
- b) provisión de apoyo social como parte del tratamiento (apoyo social intra-tratamiento);
- c) ayuda para asegurar apoyo social fuera del tratamiento (apoyo social extra-tratamiento)

La Asociación Americana de Psiquiatría recogía hace ya diez años, la existencia de aproximadamente unos 100 estudios prospectivos controlados que demuestran la eficacia de la terapia de conducta⁶². Las técnicas conductuales efectivas logran un alto nivel de abstinencia, consiguiendo al año de seguimiento –en los mejores programas– hasta un 40-50% de abstinencia⁶²⁻⁶⁵.

OTROS TIPOS DE TRATAMIENTO

Las revisiones de los estudios disponibles hasta ahora sobre la eficacia de otras técnicas para dejar de fumar (acupuntura, digitopuntura, auriculopuntura, hipnosis, diversos tipos de electroestimulación, láser, etc.) indican que, la aplicación de estas técnicas no consiguen resultados superiores a los alcanzados por cualquier procedimiento placebo⁶⁶⁻⁶⁷.

Ámbitos de intervención en los diferentes niveles asistenciales para una ordenación eficiente de la atención sanitaria del tabaquismo en España

De acuerdo con la evidencia disponible, se recomienda que la implicación de los distintos profesionales de la salud en proporcionar intervenciones para ayudar a dejar de fumar se base en criterios como

son: el acceso a quienes fuman, la capacitación profesional para la tarea, la experiencia y el interés de los profesionales, más que en la disciplina profesional en que se encuadra cada profesional. La evidencia científica disponible no favorece a ninguna disciplina profesional de forma contundente sobre otra, aunque es evidente que cada una deberá actuar en el ámbito que le es propio³⁵.

Las bases comunes para la organización de la asistencia en tabaquismo en España, vienen señaladas en el Real Decreto 1030/2006 de 15 de Septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Con todo, el desarrollo de una respuesta asistencial de calidad va más allá de la simple ordenación de los servicios sanitarios para el tratamiento del tabaquismo. Comprende actuaciones amplias cuya relación coste-efectividad ha sido ampliamente probada. Como se ha visto anteriormente, estas actuaciones pueden abarcar, desde programas amplios de carácter comunitario (campañas o concursos comunitarios, programas virtuales a través de Internet, servicios telefónicos, distribución de materiales de autoayuda, etc.) hasta la oferta de tratamiento intensivo y especializado para grupos de alto riesgo.

1. Papel de la Atención Primaria: la atención a las personas que fuman desde el Centro de Salud

Se estima que un 75% de la población acude a su consulta de medicina de familia al menos una vez al año, y que las personas que fuman lo hacen con una frecuencia mayor que las que no fuman. Este hecho ofrece una importante oportunidad para promover la intención de dejar de fumar y proporcionar ayuda eficaz a quienes han decidido intentarlo. Se ha estimado que si

cada médico de familia realizará este consejo sanitario -protocolizado y de forma sistemática- en las consultas de Atención Primaria se podría conseguir que hasta un 5% de las personas que consumen tabaco dejaran de fumar cada año. Esto significa que aproximadamente 500.000 personas podrían dejar de fumar en España cada año. Por este motivo, para lograr un significativo impacto sanitario en la población se recomienda que la estrategia global de la asistencia al tabaquismo esté centrada en un fuerte compromiso del primer nivel de atención sanitaria (Atención Primaria)^{20, 34, 36, 65}. Los argumentos principales que justifican el papel de la Atención Primaria en el abordaje del tabaquismo son su accesibilidad, su función de puerta de entrada al sistema sanitario, y la continuidad en la atención a las personas que fuman.

1.1. Accesibilidad

Prácticamente toda la población española tiene asignados sus profesionales de medicina de familia, pediatría y enfermería. Más del 75% de la población pasa anualmente por las consultas y el promedio de veces que se les ve anualmente está entre 5 y 6⁶⁸. Esto da una oportunidad única, específica de la Atención Primaria, de poder intervenir en un gran número de personas en muchas ocasiones, en momentos claves para la prevención en que la persona aún no ha iniciado ninguna enfermedad.

1.2. Puerta de entrada

La Atención Primaria, mediante el trabajo conjunto de profesionales de la medicina y la enfermería, puede tener gran poder resolutivo en el tratamiento del fumador, puede ejercer un papel conductor del fumador que deseé dejar de fumar y es el nivel de atención óptimo para seleccionar a quienes necesiten acceder a una intervención más intensiva. Probablemente con menos yatro-

genia, menor coste y mejor identificación de grupos de riesgo

1.3. Continuidad en la atención

Las personas que fuman y acuden a consulta son más receptivas y permeables a dejar de fumar por razones de salud. Por otro lado más del 60% de las personas que fuman quieren dejar de fumar y la mayoría han hecho algún intento de abandono. Por último los pacientes esperan que el personal sanitario que los atiende se preocupe por sus hábitos y su estilo de vida. En Atención Primaria se conoce al paciente y su entorno social y existe la posibilidad de seguimiento a largo plazo.

El primer paso en la normalización de la atención al tabaquismo es el diagnóstico, por lo que el registro sistemático del consumo de tabaco en la historia clínica de cada paciente y el consejo sanitario oportunista para dejar de fumar debe constituir una práctica rutinaria generalizada en el ámbito de la Atención Primaria de salud, siendo esta una de las aproximaciones más eficientes. Esta intervención protocolizada debe incluirse en la cartera de servicios básicos en Atención Primaria²⁰, y así queda reflejado en el Real Decreto 1030/2006 de 15 de Septiembre, ya comentado. La Atención Primaria debería, además, proporcionar Intervenciones Breves e Intervenciones Intensivas a aquellas personas que deseen dejar de fumar, así como fomentar la adopción de estilos de vida más saludables a quienes todavía no han decidido dejar de fumar. La necesidad de establecer consultas específicas para ayudar a dejar de fumar en Atención Primaria es motivo de discusión actualmente, existiendo distintas propuestas de organización de la atención al tabaquismo en Atención Primaria⁶⁹.

En cualquier caso, las personas que fuman refieren gran satisfacción con la atención de salud prestada cuando se interviene en tabaquismo desde Atención Primaria⁷⁰.

2. El papel de la Atención Especializada

Los servicios de asistencia sanitaria especializada y otras redes especializadas (Salud Mental, atención a drogodependencias, servicios socio-sanitarios...) juegan una función clave en la atención al tabaquismo, aprovechando el contacto con la población usuaria, ya sea dispensando consejo breve o intervención intensiva, en función de sus posibilidades y deberían disponer de criterios de derivación al recurso apropiado en cada caso.

2.1. Unidades Especializadas de Tabaquismo (UET)

Se ha observado una relación dosis respuesta entre la intensidad de la intervención sanitaria y la tasa de abstinencia obtenida. Sin embargo, razones de eficiencia hacen poco razonable la oferta de apoyo intensivo o tratamiento especializado a todas las personas que desean dejar de fumar²⁰.

Sería conveniente que las UET estén integradas por un equipo multidisciplinar, cuyos profesionales hayan recibido una formación específica en tabaquismo. Además de la asistencia especializada, estos equipos pueden desarrollar funciones docentes, investigadoras, y de promoción de la salud, así como de coordinación de los distintos niveles de atención al tabaquismo⁷¹. Estos criterios no tienen necesariamente que cumplirse en su totalidad, ni ser excluyentes.

Las unidades especializadas en este tipo de tratamiento, a través de relativamente pocas sesiones terapéuticas intensivas y de seguimiento, ofrecen de forma eficiente intervenciones clínicas multicomponentes que suelen combinar tratamiento psicológico con terapia farmacológica.

La Tabla 3 muestra los principales grupos de pacientes que pueden requerir una intervención asistencial especializada.

Tabla 3

Principales grupos de pacientes susceptibles de ser atendidos en una unidad de tabaquismo

1. Personas que, después de haber realizado tres o más intentos serios de abandono del consumo de tabaco, correctamente tratados por un profesional sanitario, no han logrado dejar de fumar.
2. Personas con enfermedades psiquiátricas que, estando controladas, desean abandonar el tabaco.
3. Pacientes que presentan serios problemas de salud relacionados con el uso del tabaco (cardiopatía isquémica descompensada o de menos de 3 meses de evolución, EPOC, hipertensión arterial descompensada, arritmias cardíacas graves no controladas, enfermedad vascular no controlada, etc.).
4. Personas que han padecido otros trastornos adictivos.
5. Fumadoras embarazadas que deseen dejar de fumar y no puedan conseguirlo sin ayuda especializada.
6. Poblaciones de alto riesgo socio-sanitario.

Fuentes: Adaptado de Jiménez-Ruiz. 2001; Jiménez-Ruiz 2003.

El tratamiento especializado permite adaptar un apoyo pautado e intensivo a las necesidades de estos grupos de riesgo o especial vulnerabilidad socio-sanitaria (personas enfermas, embarazadas, jóvenes, personas con bajos ingresos y minorías culturales). Por ello, sería conveniente que este aspecto sea considerado a la hora de planificar la asistencia al tabaquismo en nuestro país, como ya se ha hecho en países de nuestro entorno⁷².

2.2. Líneas telefónicas para dejar de fumar

Las líneas telefónicas son servicios telefónicos que ofrecen información y apoyo para dejar de fumar. En la práctica suelen formar parte de intervenciones más amplias, que incluyen contactos "cara a cara", distribución de materiales de auto-ayuda, fármacos, y ofrecen distintas posibilidades de contacto telefónico (proactivas o reactivas, como ya se ha descrito anteriormente). Su utilidad teórica se desarrolla en la Tabla 4.

Es necesaria una discusión pública sobre la implementación de las líneas telefónicas para dejar de fumar, que incluya aspectos

Tabla 3

Potencial utilidad de las líneas telefónicas

• Podrían complementar o sustituir el contacto presencial.
• Potencial de alcanzar a gran número de personas.
• Tratamiento más barato y flexible que el contacto presencial.
• Personas que no aceptan rigidez de horarios o molestias derivadas del desplazamiento.
• Personas con movilidad reducida.
• Potencial función informativa y sensibilizadora.
• Podrían atraer a minorías desfavorecidas y subgrupos étnicos si se publicita específicamente.
• Líneas para usuarios de fármacos.

sobre accesibilidad a las mismas, utilización de las existentes, promoción y alcance, organización y manejo, calidad y resultados y, por último, financiación y costes.

2.3. Papel de las farmacias en la promoción de la abstinencia

La farmacia comunitaria puede realizar interacciones regulares con gran número de personas sanas y enfermas. Esto ofrece una excelente oportunidad a los/las farmacéuticos/as para contribuir a la promoción de la salud y a las actividades de prevención de la enfermedad, en colaboración con los prestadores de la atención sanitaria, en el marco de la atención farmacéutica. El acceso a la TSN sin prescripción en nuestro país facilita su papel en la ayuda a quienes quieren dejar de fumar y solicitan apoyo. Su papel debe ir más allá de asesorar el uso correcto de los productos farmacológicos para ofrecer pautas y apoyo adecuados que contribuyan a ayudar a conseguir la abstinencia, o en su caso remitir al recurso sanitario de referencia. Los estudios realizados hasta la fecha indican que las intervenciones realizadas por los/las profesionales de la farmacia comunitaria adecuadamente formados/as, que proporcionan consejos y un programa de apoyo a sus clientes, pueden conseguir un efecto positivo sobre las tasas de abandono del tabaquismo⁷³.

2.4. Programas asistenciales en el Medio Laboral

La mayoría de la población adulta pasa cerca de un tercio del día en su lugar de trabajo. Por lo tanto, el medio laboral constituye un excelente contexto a través del cual se puede llegar a grupos grandes de personas mediante programas de promoción de la salud y tratamiento del tabaquismo. Los métodos para abandonar el tabaquismo, como la terapia de grupo, la orientación individual y la TSN son igualmente efectivos cuando se aplican en el lugar de trabajo. La evidencia es menos clara en lo que respecta a métodos de auto-ayuda.

En nuestro país existen experiencias evaluadas que ponen de manifiesto que el entorno laboral constituye otra oportunidad para acceder a personas sanas, que pueden lograr dejar de fumar con un programa dentro de la empresa⁷⁴⁻⁷⁵.

Adicionalmente, la regulación legal del consumo en el ámbito laboral puede contribuir a reducir el tabaquismo en el lugar del trabajo⁷⁶. En España, la entrada en vigor de la Ley 28/2005 puede reforzar el desarrollo de estos programas en el momento actual.

2.5. Asistencia buco-dental y apoyo para dejar de fumar

Además de los efectos perjudiciales, bien conocidos, del tabaquismo en el sistema respiratorio y en el cardiovascular, el consumo de tabaco tiene efectos adversos significativos sobre la salud oral. El tabaquismo se asocia con un mayor riesgo de enfermedades de la boca, entre los que están el cáncer de boca, la enfermedad periodontal, retraso en la cicatrización y peor rendimiento de los implantes dentales.

Los/las profesionales de la salud bucodental en sus consultas, tienen una oportunidad única de aumentar las tasas de abstinen-

cia del tabaco en población general. Los estudios muestran que la orientación para el abandono del consumo de tabaco proporcionada por estos profesionales es beneficiosa⁷⁷.

2.6. Aspectos terapéuticos a considerar para poblaciones que se hallan en situaciones especiales

2.6.1. Profesionales que desempeñan una función modelica

Por su importancia en el contacto con grupos amplios de población general, los profesionales de la salud y los profesionales de la educación constituyen dos grupos profesionales cuyos estilos de vida en relación al tabaco tienen una relevancia clave para promover estilos de vida saludables entre la población general y, en el caso de los/as educadores/ras, entre el alumnado.

Por este motivo, promover el abandono del consumo de tabaco entre estos colectivos, constituye una prioridad en nuestro país, donde las tasas de consumo entre algunos de estos grupos profesionales son todavía muy elevadas.

2.6.2. Pacientes en situación de hospitalización

El tabaquismo está implicado en muchos de los problemas de salud que ocasionan la hospitalización, en particular las vasculopatías, la enfermedad respiratoria y ciertos cánceres. El ingreso en el hospital brinda una oportunidad de ayudar a las personas a dejar de fumar. Las personas ingresadas en el hospital pueden estar más dispuestas a recibir ayuda en un momento donde se sienten vulnerables y pueden encontrar más fácil dejar de fumar en un ambiente donde el tabaco está prohibido. La prestación de servicios para abandonar el tabaquismo durante la hospitalización puede incrementar el número de personas que intentan y

mantienen el deseo de abandonar el consumo de tabaco. El tratamiento farmacológico unido a las intervenciones conductuales de alta intensidad, que incluyen al menos un mes de contacto de seguimiento, son efectivas para promover el abandono del tabaco en pacientes en situación de hospitalización⁷⁷, además de ser altamente coste-eficaces, ya que reducen los días de estancia hospitalaria así como el número de futuras hospitalizaciones³⁶.

2.6.3. Pacientes que deben afrontar una intervención quirúrgica

El consumo de tabaco constituye un factor de riesgo ante una intervención quirúrgica y posteriormente a ella. Dejar de fumar antes de una intervención disminuye el riesgo de complicaciones, por lo tanto, es deseable que si el/la paciente no puede dejar de fumar de forma permanente, lo haga al menos durante las 6 semanas antes de la intervención. El uso de la TSN como terapia de reducción de riesgo, puede utilizarse en aquellos pacientes que no quieren dejar de fumar completamente⁷⁸.

En este marco cabe resaltar la importancia que puede tener la intervención de profesionales de la Salud (anestesistas, y profesionales de la cirugía), durante la consulta de preanestesia, pudiendo ofertarle la opción terapéutica más adecuada en cada caso, para promover el abandono del consumo de tabaco antes de la intervención quirúrgica.

2.6.4. Mujeres embarazadas y lactantes

El consumo de tabaco en uno de los pocos riesgos prevenibles en relación con el bajo peso al nacer, partos muy prematuros y muerte perinatal.

Pese a los daños que el tabaco causa en la mujer y en el feto, dos tercios de las

embarazadas continúan fumando durante el embarazo. Los programas intensivos para ayudar a dejar de fumar a las embarazadas son efectivos^{12, 79}.

Las intervenciones para ayudar a las embarazadas a dejar de fumar deben ser sistemáticas, específicamente diseñadas para ellas, llevadas a cabo por personal entrenado, con materiales de apoyo específicos y con validación objetiva de la abstinencia. Es recomendable considerar, además, la inclusión de la pareja, tanto si es fumadora como si no.

En este marco, parece conveniente enfatizar la necesidad de formación e implicación de los profesionales de los servicios y programas relacionados con el embarazo, parto y puerperio resaltando el papel de las/los matronas/os así como de los servicios y programas relacionados con la pediatría y áreas específicas, en las actividades preventivas y terapéuticas en relación con el tabaquismo pasivo en menores y el consumo de tabaco en edades tempranas de la vida.

Dado que la seguridad y la eficacia de la TSN durante el embarazo no ha sido suficientemente estudiada, no está aprobado por la Agencia Española del Medicamento (AEDM), y presenta resultados contradictorios⁸⁰⁻⁸², el tratamiento psicológico (conductual y cognitivo) tiene que ser la primera opción asistencial para embarazadas y lactantes. No obstante, en aquellos casos en los que, a pesar de haber recibido correctamente dicho tratamiento, el consumo de tabaco persista, será necesario que la embarazada acuda a una intervención intensiva accesible o a una Unidad Especializada de Tabaquismo, donde recibirá el tratamiento psicológico y farmacológico más adecuado para ella.

2.6.5. Adolescentes

Más del 80% de las personas que fuman se inician en el tabaquismo durante la ado-

lescencia. Actualmente se dispone de algunos programas preventivos, desarrollados en el contexto escolar, que se han mostrado eficaces. Se trata de programas basados en el aprendizaje de habilidades o en cómo hacer frente a la presión social, aunque no son siempre los que se implantan⁸³⁻⁸⁴. Si los programas escolares no se complementan con programas preventivos familiares, y claras normas comunitarias relacionadas con no fumar, sus efectos disminuyen con el paso del tiempo. De ahí la relevancia de la legislación que restringe el acceso de los jóvenes al tabaco, limita el uso público de esta sustancia y prohíbe la publicidad y el patrocinio.

Es escaso el número de adolescentes que quiere dejar de fumar y menos son quienes acuden a tratamientos formales para conseguirlo. Para la adolescencia, sólo han mostrado ser eficaces los tratamientos psicológicos, aunque con menor nivel de eficacia que en los adultos⁸⁵⁻⁸⁷. El tratamiento farmacológico hasta hoy no ha mostrado ser eficaz para la adolescencia⁸⁸.

En cualquier caso parece necesario seguir investigando sobre la eficacia de las distintas opciones, dada la importancia que tiene incidir en la adolescencia para conseguir que a esta edad el tabaquismo no se consolide y se eviten de esta forma el desarrollo de futuras patologías¹².

2.6.6. Pacientes con patología psiquiátrica

Actualmente se está incrementando el número de pacientes que quieren dejar de fumar y presentan alguna patología psiquiátrica. Se puede tratar de la psicopatología asociada al consumo de tabaco en quienes acuden a tratamiento y a cierta psicopatología que aflora en una parte de quienes dejan de fumar, fundamentalmente depresión⁸⁹, o del número de personas que acuden a tratamiento y que tienen al

mismo tiempo un problema de alcoholismo o de esquizofrenia⁹⁰.

Estas relaciones entre fumar y psicopatología tienen como resultado una mayor dificultad para dejar de fumar en aquellas personas que presentan comorbilidad, así como una mayor vulnerabilidad al inicio del consumo y a las recaídas. Estos pacientes requieren tratamiento especializado intensivo en una UET^{36, 65} o en servicios de Salud Mental cuyos profesionales hayan sido debidamente formados en tabaquismo y dispongan de protocolos adecuados para dicha asistencia.

2.6.7. Pacientes con problemas de adicción a otras drogas

Además del alcoholismo, el tabaquismo puede presentarse asociado a la dependencia a otras drogas como el cannabis, la cocaína, las drogas sintéticas o la heroína. Estos pacientes no suelen tener buen pronóstico en tabaquismo, hasta que no se haya producido y consolidado la abstinencia de los otros consumos, pero en todo caso deben ser atendidos en servicios asistenciales especializados⁹¹⁻⁹².

Necesidades a considerar para promover la eficiencia, la equidad y la sostenibilidad de la atención del tabaquismo

Además de apoyarse en los avances institucionales ya alcanzados y descritos en este documento, sería conveniente que el desarrollo y mantenimiento de una oferta asistencial en tabaquismo pudiera estar basada en criterios de eficiencia, equidad y sostenibilidad. La atención a estos criterios apunta la necesidad de considerar algunas previsiones adicionales:

1. Señalar la importancia de explorar el establecimiento de sistemas estables de

financiación. Las principales razones para considerar esta previsión son:

1.1. Una obligación ética de maximizar los programas de tratamiento del tabaquismo, paralelamente al aumento progresivo de los impuestos sobre una droga como es el tabaco;

1.2. Una extensión del principio de equidad, de forma que el aumento del precio del tabaco a la vez que penaliza a los sectores sociales menos favorecidos, facilite el acceso al tratamiento gratuito a dichos grupos; y

1.3. Buena acogida social de la medida.

2. Parece oportuno señalar la necesidad de que las instituciones velen por asegurar la consideración del tabaquismo en los planes de formación de pregrado y postgrado de todos los estudios relacionados con las Ciencias de la Salud, así como velar por el desarrollo de planes de formación continua dirigida a los/las profesionales de la salud.

3. Sería deseable que la atención al tabaquismo fuese incorporado como un tema prioritario en los planes de investigación normalizados.

Mínimos básicos consensuados para la atención sanitaria del tabaquismo en España

El tabaquismo continúa siendo un serio problema de salud pública en España. Una estrategia coordinada que integre medidas de prevención, control y asistencia es esencial para conseguir una reducción significativa de la morbilidad y la mortalidad asociadas al uso del tabaco en nuestro país. La mayoría de las personas que fuman quieren dejarlo, y existen intervenciones de distinto nivel de intensidad demostradamente efectivas. Tanto el Ministerio de Sanidad y Con-

sumo como las Consejerías de las CCAA están empezando a adoptar, entre otras, medidas asistenciales relevantes para afrontar el problema. Por este motivo resulta adecuado revisar hasta donde hemos llegado en este ámbito, tanto desde el punto de vista del conocimiento científico, como de los desarrollos institucionales, y plantear unos mínimos comunes desde los que avanzar a partir de ahora, tal como señala la Ley 28/2005.

Una respuesta capaz de promover la disminución significativa del tabaquismo en la población debe incluir medidas demostradamente eficaces que faciliten que la mayoría de personas que fuman puedan dejar de fumar por si mismas, y al mismo tiempo debe ofrecer ayuda específica a quienes presentan un mayor grado de adicción.

Las tasas de abandono del consumo de tabaco que se consiguen mediante el desarrollo de medidas legislativas de prevención y control, pueden ser aumentadas cuando se generaliza la ayuda en los centros sanitarios y se facilita el acceso a líneas telefónicas para ayudar a dejar de fumar y se promueven otras actuaciones intensivas de probada eficacia.

Actualmente se dispone de una amplia gama de procedimientos que se han mostrado claramente eficaces para el tratamiento de fumadores. De estos tratamientos el consejo sanitario, el tratamiento psicológico de tipo conductual, y específicamente los programas conductuales multicomponentes, son altamente eficaces y eficientes. También se ha demostrado que dentro de los procedimientos farmacológicos los sustitutivos de nicotina, junto al bupropión y la vareniclina, son efectivos en relación al placebo.

El apoyo a las medidas que promuevan el abandono del tabaco en población general fumadora y en grupos de alto riesgo, constituye una de las líneas prioritarias de

acción en una estrategia de control del tabaquismo capaz de reducir el impacto de este problema sobre la salud de la población. De acuerdo a lo contemplado en la Ley 28/2005 y al Real Decreto 1030/2006, el Sistema Nacional de Salud debe asumir el abordaje del tabaquismo, y para hacerlo de la forma más eficiente posible, parece oportuno clarificar criterios para: la adecuación y equidad en la prestación de los servicios; la asignación de recursos humanos; la dotación de recursos económicos; la utilización de instrumentos y tratamientos adecuados; así como prever medidas capaces de asegurar la disponibilidad de formación profesional adecuada (de pre y post grado, de especialización y de formación continuada).

De acuerdo a la situación actual, parece oportuno señalar que la definición de una respuesta asistencial en el tratamiento del tabaquismo tenga en cuenta una serie de criterios de adecuación y equidad, que pueden resumirse en:

1. Criterios de riesgo sanitario: Sería recomendable que la oferta terapéutica priorizara la atención a la población de alto riesgo sanitario, que de acuerdo a lo expuesto en este documento, incluiría a los siguientes grupos de población:

1.1. Pacientes que presentan serios problemas de salud derivados del uso del tabaco, principalmente, pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermos post-infarto, cáncer de pulmón, angina de pecho, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), agudización asmática, y el resto de patologías para las que se ha establecido una relación de causalidad en relación al consumo de tabaco.

1.2. Pacientes con trastornos mentales y del comportamiento.

1.3. Mujeres embarazadas, lactantes, infancia y adolescencia.

2. Criterios de accesibilidad: Sería recomendable que la oferta terapéutica respondiera a criterios de balance en la distribución geográfica. La red de Atención Primaria debería ofertar de forma sistemática el consejo sanitario para dejar de fumar, junto con intervenciones breves o intensivas, según las necesidades de la persona atendida. Aquellas personas, que por sus especiales circunstancias lo requieran, deberían poder ser derivadas a UET u otros dispositivos que puedan ofrecer tratamiento intensivo y especializado (ej., centros de salud mental, centros de drogodependencias, unidades hospitalarias, servicios convenidos con organizaciones no gubernamentales, etc.), que se deberán establecer basándose en criterios de capacidad de población a atender, y de accesibilidad geográfica de dicha población.

3. Criterios de equidad: Como se ha comentado, son las clases sociales más desfavorecidas, quienes mueren antes, y presentan con mayor frecuencia estilos de vida perjudiciales para la salud. En este marco, se observa como el consumo de tabaco está empezando a concentrarse en España en los grupos más vulnerables desde el punto de vista social y sanitario. Por tanto, el tabaquismo constituye un factor que contribuye a aumentar las desigualdades sanitarias. La potencial relación entre el tabaco y las desigualdades sociales se debe abordar a través de políticas que contribuyan a reducir dichas desigualdades, y en este marco, la disponibilidad de programas de tratamiento del tabaquismo que tengan en cuenta criterios de equidad, puede contribuir a aumentar las tasas de abandono del tabaquismo entre los grupos socio-económicos menos favorecidos, así como atender a las necesidades de género.

Para ello, parece conveniente señalar que la definición final de una respuesta asistencial de mínimos comunes, en nuestro país pueda:

1. Estar basada en criterios de coste-efectividad.
2. Incluir la ayuda para dejar de fumar en la cartera de servicios de Atención Primaria y Especializada (hospitalaria, servicios de salud mental, servicios de atención a drogodependencias, etc.).
3. Disponer de un protocolo de intervención básico, consensuado entre administraciones públicas y sociedades científicas, para cada uno de los distintos niveles de intervención: comunitario, atención primaria, atención especializada, unidades especializadas de tabaquismo, servicios telefónicos, programas de tratamiento por Internet y nuevas tecnologías, etc.
4. Incluir unos criterios claros de derivación desde la Atención Primaria a otros dispositivos especializados.
5. Considerar el refuerzo y ampliación territorial de programas de amplio alcance comunitario, como por ejemplo, el programa “Déjalo y Gana”, la celebración del “Día mundial sin tabaco”, la “Semana sin humo” de la semFYC, etc., iniciativas que contribuyen a la difusión del abandono del tabaquismo desde los medios de comunicación de ámbito nacional, autonómico y local.
6. Desarrollar y poner en funcionamiento sistemas comparables, eficaces y sostenibles de registro y evaluación de prestaciones, a través del marco que proporciona el Observatorio de Prevención del Tabaquismo, con el fin de facilitar la evaluación de la política global de tratamiento del tabaquismo y contribuir a la toma de decisiones informadas capaces de mejorar la eficiencia de los recursos desplegados.
7. Avanzar en el desarrollo de mecanismos estables y sostenibles de financiación de las terapias de atención sanitaria del tabaquismo (psicológica y/o farmacológica) que han demostrado su eficacia y seguridad.
8. Promover e incentivar la formación profesional en tratamiento del tabaquismo a través de un programa amplio de formación continuada de los profesionales que integran el Sistema Nacional de Salud, esto permitiría asegurar la generalización del consejo sanitario para dejar de fumar, así como ampliar y mejorar los recursos especializados.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Panamericana de la Salud y Banco Mundial. La epidemia del tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud, 2000. Disponible en: www.paho.org/Spanish/DD/PUB/tabaco.pdf
2. World Health Organization. WHO Framework Convention On Tobacco Control. Geneva: WHO,

- 2003, updated reprint 2004, 2005. Disponible en: www.who.int/entity/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf
3. European Comission. Tobacco or Health in the European Unión. Past, present and future. Brussels: The ASPECT Consortium and European Commission Directorate-General for Health and Consumer Protection, 2004. Disponible en: www.esnp.org
 4. World Health Organization. Priority Medicines for Europe. Geneva: Department of Medicines Policy and Standards. WHO, 2004. Disponible en: <http://mednet3.who.int/prioritymeds/report/index.htm>
 5. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: nicotine addiction: A report from the Surgeon General. Washington DC: Government Printing Office, 1988. DHHS Publication N° (CDC) 88-8406; 1988.
 6. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health problems, 10 th revision. Geneva: WHO, 1992.
 7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 14th edition (DSM-IV) Washington: APA, 1995.
 8. Faggiano F, Zanetti R, Costa G. Cancer risk and social inequalities in Italy. *J Epidemiol Community Health* 1999; 48: 447-452.
 9. Fernandez E, Borrell C. Cancer mortality by educational level in the city of Barcelona. *Br J Cancer* 1999; 79: 684-689.
 10. SESPAS. La Salud Pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Granada: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria y Escuela Andaluza de Salud Pública, 2000.
 11. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Calle ME, Navarro P, Domínguez V. Trends in cigarette smoking in Spain by social class. *Prev Med* 2001; 33: 241-8.
 12. Coleman T. ABC of smoking cessation. Special groups of smokers. *BMJ* 2004; 328: 575-7.
 13. Gil E, Jiménez R, Pérez C, Vargas F, De La Fuente M, Luengo S. Estudio de los estilos de vida de la población adulta española. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1992.
 14. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España. Madrid: MSC, 2003.
 15. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction* 2004; 99: 29-38.
 16. Becoña Iglesias E, Vázquez González F. Dejar de fumar como un proceso: implicaciones asistenciales. En: Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Barcelona: Glosa; 1998.
 17. Royal College of Physicians. Nicotine Addiction in Britain. A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians; 2000.
 18. U.S. Department of Health and Human Services. Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General. Atlanta: DHHS; 2000.
 19. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD001118. DOI: 10.1002/14651858.CD001118.
 20. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Evaluación de la Eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid: AETS del Instituto de Salud Carlos III, 2003. Disponible en: <http://www.isciii.es/htdocs/index.jsp>
 21. Banegas Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Martín-Moreno JM, González-Enríquez J, Villar Álvarez F, Guasch A. Proyección del impacto del hábito tabáquico sobre la salud de la población española y de los beneficios potenciales de su control. *Med Clin (Barc)* 1993; 101: 644-9.
 22. González Enríquez J, Villar Álvarez F, Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno JM. Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 577-582.
 23. Banegas Banegas JR, Díez Gañan L, Rodríguez-Artalejo F, González Enríquez J, Graciani A, Villar F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 692-694.
 24. Pardell H, Saltó E, Jané M, Salleras L. En profundidad: Coste Sociosanitario del Tabaquismo Impacto sanitario y económico del tabaquismo. *Prevención del Tabaquismo* 2001; 3 (4): 245-250.
 25. González Enríquez J, Salvador Llívina T, López Nicolás A, Antón de las Heras E, Musín A, Fernández E, García M, Schiaffino A, Pérez-Escalonero I. Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tratamiento del tabaquismo en España. *Gaceta Sanitaria*. 2002 Jul-Aug; 16(4): 308-17.

26. Banegas Banegas JR, Díez Gañan L, González Enríquez J, Villar Álvarez F, Rodríguez-Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España.. *Clin (Barc)* 2005; 124 (20): 769-71.
27. Consejo de Estado. Dictamen sobre el anteproyecto de Ley reguladora de la venta, publicidad, promoción y consumo público de tabaco. Madrid: 2005.
28. Kaper J, Wagena EJ, Severens JL, Van Schayck CP. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1. Art. No.: CD004305. DOI:10.1002/14651858.CD004305
29. Martín C, Jane C, Nebot M. Evaluación anual de un programa de ayuda al fumador. *Aten Primaria* 1993; 12: 86-90.
30. Martín C, Córdoba R, Jane C, Nebot M, Galan S, Aliaga M. *Et al.* Evaluación a medio plazo de un programa de ayuda a fumadores. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 744-748.
31. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art. No.: CD001188. DOI:10.1002/14651858.CD001188
32. Lancaster T, Stead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Art. No.: CD000165. DOI:10.1002/14651858.CD000165
33. National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. (Technology Appraisal No. 39). London: NICE, 2002.
34. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco de Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Buenos Aires, 2005.
35. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax* 1998; 53 (5 sup): s1-s19.
36. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.
37. Camarelles F, Asensio A, Jiménez-Ruiz C, Beceiril B, Rodero D, Vidaller O. Efectividad de la intervención grupal para la deshabituación tabaquica. Ensayo clínico aleatorizado. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 53-57.
38. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Consulta técnica. Programas de Deshabituación Tabáquica. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2004.
39. Jiménez-Ruiz CA, Barrueco M, Solano S, Torrecilla M, Domínguez F, Díaz-Maroto JL, Alonso JA, De la Cruz E, Abengozar R. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de Consenso. *Arch Bronconeumol* 2003; 39: 35-41.
40. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD001007. DOI:10.1002/14651858.CD001007
41. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. Un informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea. Parte dos. Libro de evidencia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000.
42. Secker-Walker RH, Gнич W, Platt S, Lancaster T. Community interventions for reducing smoking among adults. *The Cochrane Library, Issue 2, 2006*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
43. Moragues I, Nebot M, Ballestín M, Saltó E. Evaluación de una intervención comunitaria (Programa "Quit and Win") para dejar de fumar. *Gac Sanit* 1999; 13: 456-461.
44. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD002850. DOI:10.1002/14651858.CD002850
45. Carreras Castellet, Flétes Dóniga I, Quesada Laborda M, Sánchez Torrecilla B, Sánchez Agudo L. Diseño y primera evaluación de tratamiento del tabaquismo por teléfono. Comparación con un modelo estándar. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128(7): 247-250.
46. Bock B, Graham A, Sciamanna C, Krishnamoorthy J, Whiteley J, Carmona-Barros R, Niaura R, Abrams D. Smoking cessation treatment on the

- Internet: content, quality, and usability. *Nicotine Tob Res* 2004; 6: 207-19
47. Milis MA, Dunbar P, Review of computer-generated outpatient Health Behaviour interventions. *J Am Med Inform Assoc*. 2001; 8: 62-79.
 48. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3. Art. No.: CD000146. DOI:10.1002/14651858.CD000146.
 49. Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED, Offord KP et al. A comparison of sustained release Bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med*. 1997. 337: 1195-1202.
 50. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA et al. A controlled trial of sustained-release Bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340: 685-691.
 51. Hays JR, Hurt RD, Wolter TD et al. Bupropion SR for relapse prevention. 6th Annual Conference of the Society for Research on Nicotine and tobacco. Arlington. 2000.
 52. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD006103. DOI: 10.1002/14651858. CD006103.pub2
 53. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, et al. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs. placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: A randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296: 56-63.
 54. Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, et al. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: A randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296: 64-71.
 55. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs. sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: A randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296: 47-55.
 56. Schwartz, J. L. Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada, 1978-1985. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 1987.
 57. U.S. Department of Health and Human Services. Strategies to control tobacco use in the United States: A blueprint for public health action in the 1990s. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 1991.
 58. Lichtenstein, E. y Glasgow, R. E. Smoking cessation: What have we learned over the past decade?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1992; 60, 518-527.
 59. Lando, H. A. Formal quit smoking treatments. En C. T. Orleans y J. Slade (Eds.), Nicotine addiction. Principles and management (pp. 221-244). Nueva York: Oxford University Press, 1993.
 60. Becoña E, García MP. Nicotine fading and smoke-holding methods to smoking cessation. *Psychological Reports*. 1993 (73): 779-786.
 61. Gil J, Calero MD. Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1994.
 62. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *American Journal of Psychiatry* 1996; 153, 1-31.
 63. U.S. Department of Health and Human Services (1996). Clinical Practice Guideline # 18 Smoking Cessation. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
 64. Le Foll B, Aubin HJ; Lagrue G. Les thérapies comportementales et cognitives dans l'aide à l'arrêt du tabac. Revue de la littérature et mise au point. *Annales de Médecine Interne* 2002; 153: 1s32-31s40.
 65. Le Foll B, Meliham-Cheinin P, Rostoker G, Lagrue G, for the working group of AFSSAPS. Smoking cessation guidelines: evidence-based recommendations of the French Health Products Safety Agency. *European Psychiatry* 2005; 20: 431-441.
 66. Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J. Hypnotherapy for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 2. Art. No.: CD001008. DOI: 10.1002/14651858.CD001008.
 67. White AR, Ramps H, Campbell JL. Acupuncture and related interventions for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD000009. DOI:10.1002/14651858.CD000009.
 68. Cabezas C. Guía para ayudar a la gente a dejar de fumar. Guía de educación sanitaria y promoción de la salud del PAPPS. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 2000.

69. Córdoba R, Nerín I. Niveles de intervención clínica en tabaquismo. ¿son necesarias las consultas específicas en atención primaria?. *Med Clin* 2002; 119:541-9.
70. Conroy B, Majchrzak N, Regan S, Silverman C, Schneider L, Rigotti N. The association between patient-reported receipt of tobacco intervention at a primary care visit and smokers satisfaction with their health care. *Nicotine Tob Res* 2005; 7: 29-34.
71. Jiménez-Ruiz CA, Solano S, Barrueco M, De Granada JI, Lorza JJ, Alonso S, Flórez S, Sobradillo V. Recomendaciones para la organización y funcionamiento de las unidades especializadas en tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2001; 37: 382-38 b).
72. Pound E, Coleman T, Adams C, Bauld I, Ferguson J. Targeting smokers in priority groups: the influence of government targets and policy statements. *Addiction* 2005. 100: 28-35.
73. Sinclair HK, Bond CM, Stead LF. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art. No.: CD003698. DOI:10.1002/14651858.CD003698
74. Nerín I, Guillén D, Más A, Nuviala JA, Hernández MJ. Evaluación de una intervención sobre tabaquismo en el medio laboral: experiencia en una empresa de 640 empleados. *Arch Bronconeumol* 2002; 38: 267-71.
75. Nerín I, Crucelaegui A, Mas A, Villalba JA, Guillén D, Gracia A. Resultados de un programa integral de prevención y tratamiento del tabaquismo en el entorno laboral. *Arch Bronconeumol* 2005; 41(4): 197-201.
76. Moher M, Hey K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD003440. DOI:10.1002/14651858.CD003440.
77. Carr AB, Ebbert JO. Interventions for tobacco cessation in the dental setting (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD005084. DOI:10.1002/14651858.CD005084.
78. Rigotti NA, Munafó MR, Murphy MFG, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 4. Art. No.: CD001837. DOI:10.1002/14651858.CD001837.
79. Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Art. No.: CD001055. DOI:10.1002/14651858.CD001055.
80. Dempsey DA, Benowitz NL. Risks and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy. *Drug Saf.* 2001; 24(4): 277-322.
81. Ogburn PL Jr, Hurt RD, Croghan IT, Schroeder DR, Ramin KD, Offord KP, Moyer TP. Nicotine patch use in pregnant smokers: nicotine and cotinine levels and fetal effects. *Am J Obstet Gynecol.* 1999 ;181(3): 736-43.
82. Herbert R, Coleman T, Britton J. U.K. general practitioners' beliefs, attitudes, and reported prescribing of nicotine replacement therapy in pregnancy. *Nicotine Tob Res.* 2005; 7(4): 541-6.
83. Skara S, Sussman S. A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Prev Med.* 2003; 37(5): 451-74.
84. Tobler NS, Roona MR, Ochshorn P, Marshall DG, Streke AV, Stackpole KM (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20, 275-336.
85. Meis et al. Development of a Tailored, Internet-based Smoking Cessation Intervention for Adolescents. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 2002; 7 (3). Disponible en: <http://jcmc.indiana.edu/vol7/issue3/meis.html>
86. Mermelstein R. Teen smoking cessation. *Tobacco Control*.2003; 12 (Supl. 1), 25-34.
87. Becoña, E. (2006). Tabaco. Prevención y tratamiento. Madrid: Pirámide.
88. Stotts RC, Roberson PK, Hanna EY , Smith CK . A randomized clinical trial of nicotine patches for treatment of spit tobacco addiction among adolescents. *Tobacco Control*. 2003, 12 (Supl. 4), 11-15.
89. Vázquez FL, Becoña E. Depression and smoking in a smoking cessation programme. *J Affect Disord*. 1999; 55: 125-32.
90. Becoña E. Tratamiento psicológico del Tabaquismo. *Monografía Tabaco. Adicciones* 2004; 16. supl 2: 237-263.

91. Ashton CH. Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. *Br J Psychiatry*. 2001; 178: 101-6.
92. Birckmayer JD, Holder HD, Yacoubian GS Jr, Friend KB. A general causal model to guide alcohol, tobacco, and illicit drug prevention: assessing the research evidence. *J Drug Educ*. 2004; 34(2): 121-53.