



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA. PAPEL DE LA ENFERMERÍA. REVISIÓN NARRATIVA

Estudiante: Alejandra Gracia Roche

Tutelado por: Francisco J. Navas Cámara

Soria, 7 de junio de 2016

ÍNDICE ABREVIATURAS

AE: Atención Especializada

AP: Atención Primaria

BOE: Boletín Oficial del Estado

CMCT: Convenio Marco para el Control del Tabaco

CO: Monóxido de Carbono

EEUU: Estados Unidos

ENS: Encuesta Nacional de Salud

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

FTND: *Fagerström Test for Nicotine Dependence*

MSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

O₂: Oxígeno

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAPPS: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud

RAE: Real Academia Española

TSN: Terapia Sustitutiva con Nicotina

UE: Unión Europea

URSS: Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1. Historia del tabaco.....	5
1.2. El tabaquismo.....	6
1.3. Tabaquismo y salud.....	7
1.3.1. Prevalencia del tabaquismo.....	7
1.3.2. Patologías más frecuentes relacionadas con el tabaquismo.....	8
1.3.3. Fumadores pasivos.....	9
1.3.4. Diagnóstico del tabaquismo.....	9
1.3.5. Tratamiento del tabaquismo.....	12
1.4. Medidas de actuación frente al tabaquismo.....	13
1.5. Justificación.....	16
1.6. Objetivos.....	17
2. MATERIAL Y MÉTODOS.....	18
3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	20
3.1. Motivos del inicio y mantenimiento del tabaquismo.....	20
3.1.1. Inicio.....	20
3.1.2. Mantenimiento.....	20
3.1.3. Motivos para dejar de fumar.....	21
3.2. Papel de enfermería.....	23
3.2.1. Importancia de enfermería en la deshabituación.....	23
3.2.2. Problemas del colectivo de enfermería para intervenir frente a la deshabituación tabáquica.....	24
3.2.3. Actuaciones futuras de mejora en el personal de enfermería.....	25
3.3. Mejor terapia para dejar de fumar.....	27
3.3.1. La formación y la información.....	27
3.3.2. Características de las intervenciones.....	28
3.3.3. Tipos de intervención.....	28
4. CONCLUSIONES.....	33
5. BIBLIOGRAFÍA.....	35
6. ANEXOS.....	44

RESUMEN

Introducción: El consumo de tabaco constituye una de las principales causas de mortalidad evitable en el mundo occidental, siendo además uno de los factores de riesgo de varias enfermedades crónicas. El control y la prevención del tabaquismo son aspectos fundamentales para ayudar a erradicar las consecuencias nocivas del tabaco para la salud.

Justificación: La intervención efectiva de enfermería mediante la educación para la salud en la lucha contra el tabaquismo, haciendo hincapié en la prevención y promoción de la salud, supone un gran reto profesional que es la razón por la cual se realiza este trabajo.

Objetivos: Realizar una revisión bibliográfica con objeto de reflejar las estrategias preventivas más efectivas que se desarrollan desde enfermería para conseguir la deshabituación tabáquica en los fumadores activos.

Material y métodos: La revisión bibliográfica recoge la información de interés, de los últimos 10 años, obtenida de distintas bases de datos: Scielo, Medline, Cochrane, Cuiden, Enfispo, Dialnet. Las palabras clave utilizadas en la búsqueda han sido: *enfermería (nursing), tabaco (tobacco) dejar de fumar (smoking cessation) y ejercicio (exercise)*. Para este trabajo los artículos válidos utilizados en el apartado de resultados y discusión fueron 53.

Resultados y discusión: Se han clasificado los aspectos a valorar por bloques: los motivos de inicio, mantenimiento y abandono del consumo de tabaco; la importancia y los problemas del profesional de enfermería; y las diferentes estrategias existentes utilizadas desde enfermería frente a la deshabituación tabáquica.

Conclusiones: Los profesionales de enfermería en materia de deshabituación tabáquica son de vital importancia por ser el principal agente de cambio. Su situación de privilegio les permite aconsejar promoviendo estilos de vida saludables. Su formación en este campo, e incorporar el control y seguimiento como práctica general de enfermería, es crucial para poder realizar intervenciones efectivas y conseguir el éxito en el abandono del tabaco.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Historia del tabaco

La planta de tabaco, según la Real Academia Española (RAE), *“pertenece a la familia de las solanáceas, originaria de América, de raíz fibrosa, tallo de 50 a 120 cm de altura, veloso y con médula blanca, hojas alternas, grandes, lanceoladas y glutinosas, flores en racimo, con el cáliz tubular y la corola de color rojo purpúreo o amarillo pálido, y fruto en cápsula cónica con muchas semillas menudas”*¹.

El primer contacto con el tabaco ocurre en 1492 gracias al descubrimiento de América, cuando unos nativos ofrecieron hojas de la planta a los exploradores como señal de amistad. Hoy en día el tabaco se cosecha en más de 120 países del mundo. China, con un 33,5% de la producción total encabeza la lista de productores, seguido por EEUU, India, Brasil y los países de la antigua URSS².

El consumo de tabaco, ha sido una actividad que ha formado parte de diversas culturas. El término tabaquismo se comenzó a utilizar durante el siglo XX, haciendo referencia a la adicción, que tuvo y tiene una repercusión médica y económica muy importante².

Diversas razones promovieron el consumo del tabaco en España. En primer lugar, factores económicos, como que a mediados del siglo XX las autoridades estimularon el cultivo del tabaco, dando a los agricultores formación y ayudas económicas para cambiar los cultivos tradicionales por el de la planta de tabaco. Otra de estas razones fue el fácil acceso del consumidor al producto por el gran número de puntos de venta. Así mismo, el precio fue un factor determinante, si se tiene en cuenta la diferencia con respecto a otros países de nuestro entorno, siendo España uno de los tres países europeos donde el tabaco es más barato. Otra razón que promovió su consumo fue la falta de información que contenía la cajetilla acerca de su toxicidad. Por último, la publicidad ha sido uno de los factores más determinantes ya que ayudaba a su distribución a gran escala².

Existe un debate muy intenso entre las empresas tabaqueras y la Unión Europea (UE). Una lucha que aborda cuestiones económicas y legales, donde por un lado la UE intenta aplicar una ley que prohíba cualquier tipo de publicidad sobre el consumo de este producto y por otro, las industrias ejercen una presión económica muy fuerte sobre los consumidores².

1.2. El tabaquismo

El tabaquismo corresponde a una adicción crónica que habla de la dependencia del sujeto a las sustancias adictivas que contiene el tabaco.

El tabaco es un producto psicoactivo, una sustancia de origen sintético y de carácter adictivo que produce efectos nocivos sobre el organismo. Este puede utilizarse de varias formas ya sea inhalando humo a través del aire del ambiente, mascando pastillas de tabaco, inhalando el humo directamente fumando cigarrillos, etc. Sin embargo, fumar ha sido y sigue siendo la forma más frecuente y perjudicial de consumir este producto.

Más de 4000 compuestos químicos componen el humo del cigarrillo, pero la nicotina, el monóxido de carbono (CO) y el alquitrán merecen especial atención por causar la mayor parte de los problemas de salud debido a su toxicidad².

- La nicotina es un alcaloide que funciona como un estimulante adictivo. Tiene acciones farmacológicas que actúan directamente en el cerebro produciendo la liberación de diversos neurotransmisores que originan efectos psicoactivos placenteros. Al dejar de fumar, esos efectos desaparecen produciendo un malestar, denominado síndrome de abstinencia, caracterizado por irritación, agresividad, depresión, problemas para concentrarse, etc. Esto provoca que el fumador tenga que volver a fumar creando una dependencia psicológica y fisiológica².

En el mundo, tres de cada cuatro consumidores de tabaco son conscientes de que tienen que dejar de fumar, lo que no es tarea fácil debido a la adicción que causa la nicotina, produciéndose un elevado número de recaídas durante el proceso de deshabitación^{3,4}.

- El CO es un gas tóxico que interviene en el proceso de transporte y utilización del oxígeno (O₂); provoca el desplazamiento de este fuera de los glóbulos rojos e impide el mantenimiento de la vida celular, esto se debe a la afinidad del CO por la hemoglobina que es 200 veces superior a la del O₂².
- Los alquitranes, procedentes de la combustión del tabaco, ya que la planta no contiene alquitrán, son hidrocarburos aromáticos policíclicos responsables del sabor y del aroma, y además representan las sustancias carcinogénicas por excelencia².

1.3. Tabaquismo y salud

1.3.1. Prevalencia del tabaquismo

A pesar de que el consumo de tabaco es la mayor causa prevenible de muerte, es un hábito que muestra una curva ascendente⁵. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶ “ *El tabaco mata cada año a casi 6 millones de personas, de las que más de 5 millones son consumidores del producto y más de 600 000 son no fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno*”.

En España, según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del año 2011/12, el número de fumadores ha descendido un 2,4% desde el 2006 quedando en un 24%. Por sexos, los hombres (27,9%) siguen fumando más que las mujeres (20,2%)⁷. No hay que olvidar que aquellos que consumen tabaco no son los únicos que sufren sus efectos nocivos ya que millones de personas fuman de manera pasiva⁸.

Algunas asociaciones han realizado numerosas investigaciones sobre el efecto del tabaquismo activo sobre la salud. En ellas se confirma la relación de causalidad del tabaquismo con múltiples enfermedades y sus diferentes efectos adversos. Cabe destacar las desarrolladas por la Inspección Sanitaria de los Estados Unidos de América (U.S. DHHS, en 1990), el *Royal College of Physicians of London (Scientific Committee on Tobacco and Health, en 1962)*, la *Internacional Agency for Research on Cancer (1986)*, el *United Kingdom's*

Scientific Committee on Tobacco and Health (1998) y muchos otros⁹. Las evidencias científicas existentes han resultado ser razones suficientes para poder tomar la iniciativa de crear diferentes programas de control y prevención relacionados con el consumo de tabaco.

Esta epidemia va avanzando debido a su comercialización y sus estrategias publicitarias. Una manera de controlar y prevenir esta situación es mejorar las estrategias de prevención utilizadas^{10,11}.

1.3.2. Patologías más frecuentes relacionadas con el tabaquismo

El consumo de tabaco constituye una de las principales causas de mortalidad evitable en el mundo occidental, siendo además uno de los factores de riesgo de varias enfermedades crónicas como diversas neoplasias, enfermedades del aparato respiratorio y patologías cardiovasculares¹².

Dentro de la patología tumoral, por causa del alquitrán, el más significativo es el carcinoma broncopulmonar. Además, se han relacionado directamente con el consumo de tabaco el cáncer de laringe, el de lengua, el de vejiga y las neoplasias de esófago y boca².

Respecto a las patologías que afectan el aparato respiratorio, destaca la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) que abarca la bronquitis crónica, por la acción irritante del humo del tabaco, y el enfisema pulmonar, donde se reduce la capacidad para intercambiar O₂, producida por la destrucción de los alveolos del pulmón².

Por otra parte, entre las enfermedades vasculares sobresale la arteriosclerosis, el endurecimiento y engrosamiento de las paredes de las arterias. La aparición de esta patología se relaciona, cada vez con más frecuencia, con la trombosis cerebral y con el infarto de miocardio².

Por último, no hay que olvidar que el tabaquismo durante el embarazo puede ocasionar retraso en el crecimiento intrauterino del feto y bajo peso al nacer, pudiendo causar a su vez abortos espontáneos³.

1.3.3. Fumadores pasivos

El tabaco no solo es perjudicial para el fumador activo sino también para las personas que están inhalando, sin fumar, el humo del tabaco que se encuentra en el ambiente, y que afecta negativamente a su salud, los fumadores pasivos. Existen zonas alrededor de los fumadores en las que hay una cantidad de humo suficiente para intoxicar a los que no consumen tabaco. Ser fumador pasivo es una causa de enfermedad y el padecer patologías como la rinitis, el catarro, la alergia, el asma o la bronquitis les perjudicará más gravemente que a las personas sanas y libres del consumo de tabaco².

1.3.4. Diagnóstico del tabaquismo

El diagnóstico del tabaquismo y su abordaje terapéutico es muy complejo y requiere una terapia específica puesto que son muchos los factores que lo desencadenan, además del fácil acceso a los productos del tabaco¹³.

Comenzar a fumar es un proceso que requiere tiempo y progresa en varias etapas, que son comunes en más del 90% de las personas. Suele ser durante la adolescencia cuando se acaba adoptando e interiorizando el hábito tabáquico como estilo de vida. Los factores de riesgo que influyen en el inicio de consumo son: individuales como la baja autoestima y el fracaso académico; familiares, como la permisividad de padres tolerantes con comportamientos inadecuados y/o vivir en núcleos familiares desorganizados; y sociales como la aceptación social¹⁴.

Por ello, en el protocolo diagnóstico, es importante desarrollar una anamnesis general y específica sobre tabaquismo. Se realizará una entrevista preguntando todo lo relevante relacionado con el tema; una exploración física en la que se valorarán las constantes básicas; y se averiguará el grado de dependencia que se posee y la situación actual para poder individualizar la terapia de forma que sea efectiva¹⁵.

Como el tabaquismo depende de múltiples factores, en el diagnóstico deben abordarse diferentes aspectos:

a) La dependencia a la nicotina

El hecho de fumar de forma habitual se basa en dos factores principales: la adicción física y el hábito de comportamiento. La adicción física la provoca la nicotina. Al fumar, se produce un aumento de la concentración de nicotina en la sangre produciendo una serie de efectos estimulantes y placenteros. Tras pasar media o una hora, los niveles de nicotina ceden y comienzan a aparecer ciertas sensaciones de malestar (síndrome de abstinencia) que solo cesan si se vuelve a fumar, creando una dependencia física y psicológica¹⁶. El grado de dependencia física se puede conocer mediante el *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (FTND) (*Anexo 1*), un cuestionario breve cuya puntuación oscila de 0 a 10, a mayor puntuación mayor dependencia¹⁵.

La continuidad de la acción de fumar termina convirtiéndose en hábito de comportamiento. Así, se puede afirmar que fumar es una conducta aprendida que se debe a tres factores¹⁶:

- La práctica: fumar de continuo hace que este hábito se automatice, de tal manera, que ya no sea necesaria la decisión del individuo. Esto explica por qué a veces se fuma sin saber la razón o por qué se enciende un cigarrillo cuando todavía se tiene otro en el cenicero.
- La asociación: se fuma mientras se hace otra cosa que acaba siendo inseparable (tomar un café, la sobremesa, salir de fiesta, etc.)
- El refuerzo: la conducta de fumar se mantiene por la creencia de obtener respuestas positivas, tales como relajación, placer, etc.

b) La motivación

Para poder dejar de fumar es necesario conocer, además del grado de dependencia, en qué situación emocional de motivación se encuentra el paciente. En 1984, Prochaska y DiClemente (citados en Cristobal et al. 2012¹⁷) describieron diferentes fases relacionadas con la motivación y el cambio de conducta que sirven de base para desarrollar estrategias efectivas para dejar de fumar. Dependiendo de la fase en la que se encuentre el fumador se utilizan estrategias terapéuticas diferentes. Las fases son¹⁷:

- Fase de precontemplación: los fumadores no se plantean la idea de dejar de fumar, no son conscientes de las consecuencias que tiene.
- Fase de contemplación: el fumador se plantea la idea de dejar de fumar en los próximos 6 meses, en esta fase se encuentran el 50% de los fumadores y habitualmente han tenido intentos previos de abandono y les han surgido dificultades para conseguirlo.
- Fase de preparación: el fumador tiene la intención de cambiar en el próximo mes. En ella se encuentran el 10% de los fumadores.
- Fase de acción: en esta fase ya hay un cambio de conducta de no fumar de menos de 6 meses, es cuando más recaídas se producen.
- Fase de mantenimiento: se ha mantenido el hábito de no fumar durante más de 6 meses.
- Fase de recaída: es una sexta fase que se aplica solo en algunas conductas, especialmente en las adicciones, volviéndose a reiniciar el problema.

c) La autoeficacia

Este aspecto hace referencia a la percepción que el paciente tiene sobre sí mismo para afrontar situaciones de riesgo, de tal manera, que se reduce la probabilidad de recaída. A mayor nivel de autoeficacia percibida, mayor probabilidad de conseguir periodos de abstinencia más largos al finalizar el tratamiento. Para medirla se utilizan diferentes escalas con las que se otorga una puntuación a diversas situaciones según la dificultad que le supone al paciente enfrentarse a ellas¹⁷.

d) La autoestima

La autoestima se define como la percepción que se tiene sobre uno mismo, incluyendo sus habilidades personales. Resulta una variable indispensable puesto que aquellas personas que tienen una autoestima alta retienen mejor la información y pueden desarrollar más fácilmente conductas saludables. Además, no será influido por las opiniones ajenas de tipo social¹⁷.

e) Análisis funcional de la conducta del consumo de tabaco

Este análisis sirve para definir la conducta de manera precisa según sus antecedentes, consecuentes y variables del organismo, para poder utilizar la mejor terapia de intervención posible¹⁷.

1.3.5. Tratamiento del tabaquismo

Como se ha mencionado con anterioridad, el tabaquismo es una enfermedad crónica en la que influyen diversas variables, lo que implica la necesidad de realizar un diagnóstico lo más correcto posible para poder individualizar el tratamiento. Existen dos tipos el psicológico y el farmacológico, sin embargo, nunca se debe olvidar que si no se tiene motivación el proceso de abandono no será efectivo¹⁷.

a) Tratamiento psicológico

Existen tres grandes tipos de fumadores: pacientes que no están motivados para el proceso de abandono, pacientes que quieren dejar de fumar y aquellos que lo han dejado recientemente.

En los primeros, la herramienta más útil y crucial a la hora de conseguir la deshabituación tabáquica sería la entrevista motivacional, en la que se acentúa el compromiso para el cambio y la adherencia al tratamiento, estimulando su propia motivación. A la hora de intervenir, han de seguirse unos principios básicos: expresar empatía, evitar la discusión (ya que lo que se pretende es concienciar sobre los problemas), fomentar la autoeficacia, crear conflicto mental entre la conducta actual y la conducta futura esperada. Esta estrategia se utiliza de forma efectiva cuando es el paciente quien toma la iniciativa del cambio^{17,18}.

En los segundos, se enseñarán diferentes técnicas de afrontamiento para poder superar la adicción que crea el hábito, como utilizar técnicas de imaginación, la terapia grupal, técnicas de relajación para poder autocontrolarse, etc.¹⁷

Los pacientes que han dejado de fumar en un pasado muy reciente, presentan un alto riesgo de recaídas, por ello se debe investigar su causa para posteriormente ser tratadas. Además, se deberá advertir que las técnicas de afrontamiento por si solas no son suficientes puesto que es necesario un cambio de estilo de vida: ejercicio, técnicas de relajación, etc.¹⁷

b) Tratamiento farmacológico

Existen tres tipos de tratamiento farmacológico relacionado con la dependencia a la nicotina: la Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN), el Bupropion y la Vareniclina¹⁴.

En el primero, se utilizan parches de nicotina. En cuanto al Bupropion, es un antidepresivo que forma parte de los fármacos de primera línea en el tratamiento del tabaquismo. Y la Vareniclina es un fármaco que se une con gran afinidad a los receptores adrenérgicos $\alpha_1\beta_2$ consiguiendo una liberación de dopamina y evitando la unión de la nicotina al receptor¹⁴.

1.4. Medidas de actuación frente al tabaquismo

El control y la prevención del tabaquismo son aspectos fundamentales para ayudar a erradicar las consecuencias nocivas del tabaco para la salud. Una gran parte de los fumadores quiere dejar de fumar pero la mayoría declara que no saben cómo hacerlo ni a quién tienen que pedir ayuda¹⁹. En este sentido, en nuestro sistema sanitario, el primer contacto se establece en los Servicios de Atención Primaria y, habitualmente, con el personal de enfermería.

La OMS²⁰ define Atención Primaria como *"la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país"*.

Dentro del equipo de Atención Primaria, los médicos y enfermeros ofrecen estrategias dedicadas al control y a la prevención teniendo una alta efectividad. Para poder intervenir es necesario tener un control sobre la

población diana, debiendo conocer los flujos de información, sus hábitos y sus costumbres²¹.

La OMS elaboró, en respuesta a la globalización de la epidemia del tabaco, el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), en la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Mayo del 2003 en Ginebra. Este tratado establece la importancia de las estrategias de reducción de la demanda, además de cuestiones relacionadas con el suministro²².

La legislación antitabaco en España ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. Uno de los grandes cambios fue la entrada en vigor de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias del tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos de tabaco. Fue elaborada con el fin de adaptar el país a la estrategia europea para el control del tabaquismo y al CMCT. Según el artículo 12, de dicha ley²³:

“Las Administraciones públicas competentes promoverán el desarrollo de programas sanitarios para la deshabituación tabáquica en la red asistencial sanitaria, en especial en la Atención Primaria. Asimismo, se promoverán los programas de promoción del abandono del consumo de tabaco en instituciones docentes, centros sanitarios, centros de trabajo y entornos deportivos y de ocio. La creación de unidades de deshabituación tabáquica se potenciará y promoverá en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que también definirá los grupos prioritarios que resulten más vulnerables”.

Otra medida es la Ley 42/2010 por la cual se modifica la anterior, y prohíbe fumar en centros sanitarios, así como en espacios al aire libre o cubiertos comprendidos en sus recintos²⁴.

Como complemento al ámbito legal, la encuesta de tabaquismo es una herramienta que permite medir la prevalencia de consumo de tabaco y a su vez conocer de manera indirecta el impacto de las leyes antitabáquicas. Gracias a estos cambios legislativos que se introdujeron en la sociedad se ha producido una reducción del consumo, tanto en la población en general como en los trabajadores sanitarios. Pero el hecho de que no haya un descenso mayor en

los fumadores activos se debe, en gran parte, al efecto adictivo de la nicotina. Por tanto, la ley de ambientes libres de humo tiene un efecto selectivo, puesto que primero abandonan el hábito quienes tienen menor dependencia nicotínica y el incumplimiento de esta normativa pone de manifiesto a los fumadores con mayor dependencia²⁵. Parece pues necesario, y es tarea de las instituciones sanitarias, crear nuevas estrategias, además de las medidas ya introducidas, para poder conseguir la deshabituación tabáquica de los fumadores activos basándose en la educación, la promoción de la salud y el control de la evolución de la deshabituación²⁶.

En primer lugar, las autoridades sanitarias con capacidad de decisión, tendrían que aceptar la existencia de este problema para poder trabajar sobre la imagen que debiera transmitir el personal de enfermería, puesto que son un agente de cambio, dentro del campo de la salud, convirtiéndose en un modelo a seguir. Después, se debería actuar prioritariamente con medidas preventivas y no tanto curativas²⁷.

Para insertar la deshabituación tabáquica en nuestra sociedad hay que entender el proceso de dejar de fumar. Y para poder avanzar en el control del tabaquismo el primer paso sería conseguir un descenso de la población adulta consumidora a expensas de una mayor tasa de abandono precoz ya que muchos de los fumadores abandonan el tabaquismo después de los 20-30 años de hábito, cuando las lesiones son ya irreversibles³.

Todos los sanitarios deben actuar con las mismas estrategias teniendo en cuenta la individualidad de cada fumador. Es importante conocer las patologías derivadas del tabaquismo, pero no lo es menos saber motivar y sostener psíquicamente al paciente durante el proceso de abandono. Además, en caso de pacientes con otras patologías no dependientes del tabaco, hay que saber derivarlos al especialista correspondiente para conseguir un tratamiento integral²⁸.

En la erradicación del tabaquismo tienen especial interés dos conceptos fundamentales la promoción y la prevención de la salud. La promoción, consiste en fomentar la salud procurando que se adopten estilos de vida

saludables manteniendo e incrementando el bienestar biológico, psicológico y social, tanto individualmente como en la comunidad. La prevención consiste en adoptar medidas encaminadas a impedir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo (primaria); a detener su avance (secundaria) y; a disminuir sus consecuencias una vez establecida (terciaria). La diferencia entre ambos conceptos radica en que en el primero, se proporcionan los recursos y medios necesarios para mejorar el estado de salud teniendo un mayor control sobre los determinantes de la salud para mejorar la calidad de vida; en el segundo, la estrategia va dirigida a determinados individuos o grupos de riesgo para mantener su estado de salud²⁹.

Existen distintos programas de prevención en los que se fomentan diversas estrategias de actuación como ofrecer información rigurosa sobre el tabaco y el tabaquismo para intentar disminuir el inicio del consumo; estimular y ayudar a los fumadores a abandonar el tabaco; y concienciar e informar a los fumadores pasivos y/o no fumadores del riesgo de la contaminación ambiental que produce el tabaco evitando la incorporación de nuevos consumidores¹².

Así pues, el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia recomienda que el consejo antitabáquico que se ofrezca sea útil, claro y tenga presentes las características del fumador para poder utilizar las estrategias más oportunas en cada uno de los individuos³⁰.

1.5. Justificación

El tabaquismo constituye la mayor causa prevenible de muerte en el mundo. En el transcurso de mis prácticas he pasado por servicios donde se ve claramente el poco interés, por parte de la población en general y del personal sanitario en particular, sobre cómo aprender a dejar de fumar.

Muchos fumadores refieren grandes dificultades para llegar a superar su adicción sin ayuda y no saben a quién acudir. Hoy en día, las personas se centran más en curar la enfermedad que en prevenirla. No se sabe con certeza si la causa de no realizar y promover hábitos saludables es por falta de concienciación o por la ausencia de estrategias eficaces.

A mi juicio, la intervención efectiva de enfermería mediante la educación para la salud en la lucha contra el tabaquismo, haciendo hincapié en la prevención y promoción de la salud, supone un gran reto profesional que es la razón por la cual realizo este trabajo.

1.6. Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica con objeto de reflejar las estrategias preventivas más efectivas que se desarrollan desde enfermería para conseguir la deshabituación tabáquica en los fumadores activos.

Los objetivos específicos son:

- Identificar los motivos más comunes de inicio, mantenimiento y abandono del tabaquismo.
- Explicar la importancia del profesional de enfermería en materia de deshabituación tabáquica.
- Reflejar los problemas de enfermería a la hora de intervenir frente a la deshabituación tabáquica.
- Especificar qué factores influyen en las estrategias de deshabituación
- Especificar qué estrategias se pueden aplicar desde las competencias del profesional de enfermería.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de una revisión bibliográfica de los últimos 10 años, finalizada en mayo de 2016, en la que se recoge la información de interés obtenida de diversas bases de datos, además de consultar diferentes libros, monografías, e indagar en distintas asociaciones. La lectura del título de los artículos y de sus resúmenes sirvió para discriminar los que eran de interés.

Las bases de datos empleadas fueron: Scielo, Medline, Cochrane, Cuiden, Enfispo, Dialnet. También se han consultado diferentes libros relacionados con el tema de educación para la salud. Los criterios de inclusión y exclusión han sido:

Criterios de inclusión:

- Artículos que sean ensayos clínicos y revisiones.
- Artículos publicados entre 2006 y 2016.

Criterios de exclusión:

- Investigaciones que no se realicen en humanos.

La búsqueda y selección de libros que hicieran referencia a la educación para la salud, la prevención, el tabaco y el tabaquismo, tuvo lugar en la biblioteca del Campus de Soria; en ellos se encontraron capítulos de interés para la introducción. A su vez, se realizó una búsqueda por diferentes páginas Web de organismos oficiales como la OMS; el Boletín Oficial del Estado (BOE); el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España (MSSSI); y la RAE.

Por otro lado, la estrategia de búsqueda para la revisión bibliográfica en sí, que dio lugar a los artículos utilizados especialmente en la discusión, queda reflejada en la Tabla 1.

TABLA 1. Resultado de la búsqueda en las diferentes bases de datos.

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	RO	RV
Scielo	"Enfermería" AND "tabaco". "Nursing" AND "tobacco".	43	6
	"Dejar de fumar". "smoking cessation"	122	17
	"Tabaco" AND "Ejercicio". "Tobacco" AND "Exercise"	27	2
Medline	("Tobacco Use Cessation"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh]	28	5
	Smoking Cessation"[Mesh] AND "Tobacco Use Cessation Products"[Mesh]	222	7
	"Tobacco"[Mesh] AND "Exercise"[Mesh]	17	0
Cochrane	"Enfermería" AND "tabaco". "Nursing" AND "tobacco".	2	0
	"Dejar de fumar". "smoking cessation"	43	6
	"Tabaco" AND "Ejercicio". "Tobacco" AND "Exercise"	3	0
Cuiden	"Enfermería" AND "tabaco". "Nursing" AND "tobacco".	360	2
	"Dejar de fumar". "smoking cessation"	118	0
	"Tabaco" AND "Ejercicio". "Tobacco" AND "Exercise"	64	0
Enfispo	(TABACO – ADICCION)	71	0
Dialnet	"Enfermería" AND "tabaco". "Nursing" AND "tobacco".	92	1
	"Dejar de fumar". "smoking cessation"	277	4
	"Tabaco" AND "Ejercicio". "Tobacco" AND "Exercise"	106	3

*RO: Resultados obtenidos.*RV: Resultados válidos.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Motivos del inicio y mantenimiento del tabaquismo

3.1.1. Inicio

Diversos autores^{4,27,31-34}, coinciden en que la mayoría de los fumadores empiezan a fumar en la adolescencia. La publicidad fue uno de los factores que más destacó en el inicio del tabaquismo^{4,33}. Pero, el tener amigos que fuman fue, según varios estudios, uno de los principales motivos^{4,27,33,35,36}.

Rodríguez et al.⁴, exponen algunas de las razones, en estudiantes de enfermería, por las que iniciaron el consumo de tabaco: satisfacer la curiosidad y el mantenerse delgado.

En un estudio argentino²⁷, se reflejó que los factores de inicio en enfermeras eran la imitación y la curiosidad. Por otro lado, en España, la predisposición personal, actitud que surge de la libertad de poder elegir el fumar como pasatiempo, fue otra de las causas en enfermeras de Atención Primaria³³.

3.1.2. Mantenimiento

En cuanto, a los factores de mantenimiento los más frecuentes son la adicción y el placer^{4,33,35,37}, seguidos del control de peso y del apetito³³.

El entorno social, era otro motivo que condicionaba el mantenimiento del hábito, es decir, familiares, amigos, publicidad y modelos de identificación^{33,35,38}. Un aspecto particular que mantiene el hábito y fomenta las recaídas es la presión social ejercida por la familia o los amigos quienes, aconsejando el abandono del tabaco, en realidad consiguen la conducta contraria³².

Varios autores^{35,37-39}, coinciden en que la dependencia de la nicotina es otro de los factores que dificultan el dejar de fumar. El consumo de tabaco por parte de la pareja dificulta el abandono^{37,38,40}, además, del número de cigarrillos

diarios, la ansiedad o la depresión³⁸. Marqueta et al.³⁸ y Borrelli et al.⁴¹, descubrieron que el hecho de tener más edad dificulta el abandono. Por el contrario, varios autores^{37,39,42} observaron que a mayor edad mayor probabilidad de éxito en la adherencia al tratamiento, circunstancia que se justificaba por la preocupación de prevenir enfermedades y por la mayor percepción de los efectos nocivos.

El nivel educacional también influye en la adherencia al tratamiento antitabáquico o en su abandono. Las personas que tienen un menor nivel educativo tardan más en dejarlo^{37-39,43}.

Según Marqueta et al.³⁸, hay que hacer una clara distinción en cuanto al género. En los hombres, la dependencia de la nicotina y el consumo de tabaco de la pareja eran los factores que condicionaban el éxito de dejar de fumar, mientras que en las mujeres eran el tener menor edad, consumir mayor número de cigarrillos diarios, el tener una mayoría de amigos fumadores y la presencia de ansiedad o depresión durante el tratamiento. Además, según Leal et al.³⁷, las mujeres tienen más dificultades para dejarlo que los hombres; Blanco y Fernández³⁹, afirmaban que estas tienen mayor número de recaídas; y Tejada et al.⁴², observaron que son menos propensas a dejar de fumar.

3.1.3. Motivos para dejar de fumar

Diversos autores^{31,32,44-47}, afirman que la mayoría de los fumadores activos quieren dejar de fumar. Samarin et al.⁴⁸, añaden que en conjunto tienen grandes dificultades para conseguirlo sin ayuda, aunque son muy pocos los que la solicitan³¹. Por el contrario, Piñeiro et al.⁴⁹, informan que la mayoría de los fumadores no quieren dejar de fumar, no consideran la posibilidad de dejar el hábito.

Samarin et al.⁴⁸, en su estudio sobre exfumadores, informan que más de la mitad dejaron de fumar debido a la presencia de problemas de salud relacionados con el hábito o por el ánimo de prevenirlos, sin embargo, el porcentaje que lo dejó por “prevención de enfermedades” supera en 9 puntos a quienes lo hicieron por presencia de problemas físicos (Figura 1).

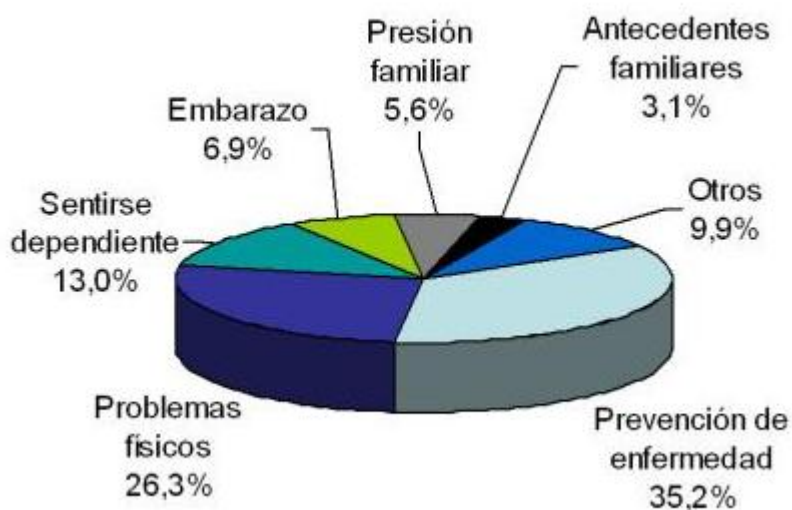


Figura 1. Principales motivos para dejar de fumar⁴⁸.

En el estudio de Ramon et al.³², coincide que el 60,3% de la población estudiada dejaba de fumar por indicación médica y el 57,9% buscaba prevenir enfermedades. Se puede deducir que la preocupación por la salud es la justificación principal para abandonar el consumo de tabaco, ya sea producida por la consciencia sobre el propio estado de salud, o por la experiencia de enfermedad o muerte en el entorno familiar o social, relacionadas con el tabaco. Por otro lado, en el estudio de Tejada et al.⁴² observaron que el tener enfermedades crónicas aumentaba la tasa de abandono. Y en el estudio de Borrelli et al.⁴¹, el aumento de la probabilidad de dejar de fumar tenía que ver con tener enfermedades relacionadas con el tabaco.

Además, Ramon et al.³², hicieron una distinción según el sexo y la edad ya que los motivos para dejar de fumar no eran los mismos. En los hombres la razón de abandonar el hábito fue seguir el consejo antitabáquico; y en las mujeres las razones fueron: ofrecer un modelo a seguir para sus hijos, prevenir enfermedades y mejorar su estética. Según la edad, en el adulto joven y de mediana edad, el hecho de ser padres era una de las razones principales para dejar de fumar. Sin embargo, en los más jóvenes el factor más influyente fue la estética.

Marqueta et al.³⁸, realizaron también un estudio comparativo entre hombres y mujeres, donde se observó que al finalizar el tratamiento apenas hubo diferencias en los porcentajes de éxito.

3.2. Papel de enfermería

3.2.1. Importancia de enfermería en la deshabituación

Según la OMS⁵⁰, la profesión de enfermería:

“... abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal”.

Actualmente, en el campo de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, se espera que los futuros médicos y enfermeras no solo sepan cómo tratar las enfermedades sino que sean modelos a imitar⁴.

Diversos autores^{4,47,51,52}, coinciden en que el prestar ayuda para dejar el hábito tabáquico forma parte de las competencias del personal de enfermería, que es el principal agente de cambio, por tener un mayor contacto con los usuarios, e infundir en ellos mayor confianza, lo que le convierte en un modelo a seguir.

González et al.³¹, observaron que solo un 54,4% de los fumadores entrevistados recibieron recomendaciones del personal de la salud para dejar de fumar. A su vez, afirman que los profesionales de la salud deberían adquirir un papel más relevante en el cese del hábito tabáquico puesto que algunas veces ni siquiera ofrecen consejo ni prestan ayuda.

Jamal et al.⁵³, afirman que más del 50% de los fumadores tienen contacto con un profesional de la salud anualmente, proporcionando oportunidades clave para el asesoramiento y tratamiento.

González et al.³¹, también reflejan la posición de privilegio de enfermería que les permite aconsejar y promover cambios en el estilo de vida. Por esta razón, la formación de los profesionales de enfermería en relación con la adicción tabáquica es de vital importancia, para reducir su prevalencia y desarrollar conductas saludables que son imprescindibles a la hora de desempeñar su papel de modelo ante la comunidad^{4,8,27,47,48,51,54}.

3.2.2. Problemas del colectivo de enfermería para intervenir frente a la deshabituación

Los profesionales sanitarios que fuman son una enorme preocupación para los servicios de salud puesto que dan una imagen contraria al modelo que debieran representar. Su posición les permite desarrollar un destacado rol en el control del consumo de tabaco ayudando a las personas para abandonar este hábito de vida no saludable, rol que se pone en duda por una mera falta de coherencia, si el enfermero fuma^{4,8}.

A pesar de representar un grupo de referencia para la población general, en el campo que nos ocupa, la prevalencia de fumadores en este colectivo supera la media de la población^{27,55}. Dentro de los sanitarios en un hospital de Cataluña, el colectivo que más fumaba era el de enfermería (44,91%) comparado con el colectivo de médicos (25,34%) y con el de administrativos u otros (24,18%)⁵⁵.

Pericás et al.⁵¹ y Urueña et al.⁵⁵, coinciden en que los profesionales sanitarios que fuman subestiman las consecuencias del consumo de tabaco a pesar de poseer información sobre sus efectos nocivos. Además, Rodríguez y Bejarano²⁷; y Pericás et al.⁵¹, añaden que esos profesionales se sienten menos obligados a la hora de intervenir sobre el manejo del tabaco en sus pacientes, de tal manera que intentan mantener una cierta coherencia interna, reflejando una contradicción entre el discurso y la práctica.

Por otro lado, Rodríguez et al.⁴, recalcan que uno de cada dos estudiantes de enfermería afirma que el enfermero que fuma no puede dar consejos sobre dejar el hábito por falta de credibilidad, y añaden que no ven

correcto que sean vistos por los pacientes mientras fuman. En el mismo sentido, Rodríguez y Bejarano²⁷, observaron la contradicción de que aquellos enfermeros que exponían los efectos nocivos que producía el tabaco, fumaban tras su discurso.

En un estudio realizado en las Islas Baleares⁵¹, se pudo observar que los profesionales de Atención Primaria (AP) mostraban un mayor interés sobre los hábitos de consumo tabáquico en sus pacientes que los de Atención Especializada (AE). Sin embargo, en el estudio de González et al.³¹, se encontró que los profesionales de AP no siempre aconsejaban sobre el cese del hábito, ni prestaban ayuda cuando se les solicitaba, circunstancia que sugiere una falta de implicación y de aplicación de protocolos en algunas ocasiones.

Pericás et al.³³, manejando datos estadísticos de las ENS y de las Islas Baleares, observaron otra diferencia entre los enfermeros de AP y AE. Tras un periodo de 6 años el porcentaje de fumadores en AP descendió desde el 33,3% al 15,4%, mientras que los profesionales de AE se mantenían en el mismo nivel (alrededor del 30%).

Debido al alto consumo de tabaco en el colectivo de enfermería, Rodríguez y Bejarano²⁷, se plantean una pregunta: *“¿cómo podrán ser considerados promotores de la salud si no se pueden promocionar la propia?”*. Esta incoherencia la atribuyen a que los profesionales, por una falta de formación, no sabían definir ni habían asimilado con exactitud en qué consisten la prevención y la promoción de la salud.

A este respecto, Cato et al.⁵² y Alonso et al.⁵⁴, afirman que la falta de formación y de entrenamiento del personal sanitario constituyen barreras importantes para poder actuar en este campo. Además, Cato et al.⁵², añadían que la falta de tiempo es otro de los factores que dificultan el asesoramiento.

3.2.3. Actuaciones futuras de mejora en el personal de enfermería

El hecho de que los profesionales se sientan formados y capacitados para poder intervenir en el manejo del tabaquismo, incrementará su

compromiso a la hora de interactuar con sus pacientes en la deshabituación tabáquica, cumpliendo así con el modelo que les exige la sociedad, y consiguiendo que el éxito del abandono sea más efectivo^{8,47,51,52,56-58}.

Este hecho se puso de manifiesto en los estudios de Alonso et al.⁵⁴, Borrelli et al.⁵⁶ y Carson et al.⁵⁷. En el primero, las enfermeras recibieron una formación previa sobre la cesación del hábito de fumar antes de iniciar la terapia grupal con los pacientes, donde se abordaban diferentes aspectos: información sobre el tabaco, control de estímulos, estrategias para controlar los síntomas de la abstinencia, entrenamiento en prevención de la recaída, etc.; esto generó un aumento de la tasa de abandono. En el segundo y en el tercero, las enfermeras, tras un proceso de formación, mostraban un aumento en la efectividad del consejo antitabaco. Eran más propensas a preguntar acerca del hábito de consumo, evaluaban la disposición de los usuarios para dejar de fumar y realizaban un seguimiento de los pacientes, y con ello conseguían incrementar la confianza de los fumadores para alentar el cambio.

Por otra parte, que los enfermeros tengan un mayor comportamiento de autocuidado en relación al tabaquismo resulta más eficaz a la hora de dar consejos^{4,27}.

Movilizar al colectivo de enfermería para conseguir cambios en su conducta es vital, primero por coherencia, y desde ella para que antepongan el aspecto preventivo al meramente curativo. Es fundamental reforzar el ámbito de la protección desarrollando conductas preventivas. Desde ellas se podrá intervenir y convencer para que aquellos pacientes que no fuman traten de evitarlo y aquellos que sí lo hacen busquen la forma de revertir la situación^{27,48}.

Así pues, incorporar el control y el seguimiento como práctica general de enfermería, de tal modo que todos los pacientes tengan la oportunidad de preguntar sobre su hábito y obtener consejo para dejar de fumar, aumenta el éxito en la deshabituación evitando a su vez las recaídas^{42,47,52}.

3.3. Mejor terapia para dejar de fumar

3.3.1. La formación y la información

Algunos fumadores no intentan dejar de fumar por la falta de percepción de los riesgos que ocasiona este hábito y por la posible creencia de una falsa sensación de “seguridad” de aquellos que consumen un número menor de cigarrillos. De ahí la importancia de que los fumadores dispongan o reciban unos conocimientos óptimos para que puedan tomar unas medidas preventivas adecuadas^{36,42,59,60}.

Regalado et al.⁶¹, afirman que es recomendable informar sobre los riesgos de la salud derivados del consumo del tabaco así como de los beneficios que se obtienen tras dejar el hábito tabáquico (*Anexo 2*). En este sentido, Izquierdo et al.³⁶, demostraron que la mayoría de los participantes de su estudio intentó dejar de fumar después de aplicar una estrategia basada en el incremento y verificación del nivel de conocimientos sobre los efectos nocivos que produce el tabaco. De hecho, Borrelli et al.⁴¹, observaron que aquellos fumadores que buscaban tratamiento para dejar de fumar tenían una alta percepción sobre los riesgos que producía el tabaco.

Chan et al.⁶², demostraron que las madres de niños enfermos, que habían recibido educación por parte de enfermería para ayudar a sus maridos a dejar de fumar, tenían mayor conocimiento sobre los efectos nocivos del tabaco y sobre la salud, y habían conseguido reducir el tabaquismo del entorno de su hijo.

Pero para formar y aconsejar hay que estar bien instruido previamente. Las enfermeras que realizan intervenciones breves y no están capacitadas en el tema del abordaje del tabaquismo, son menos efectivas que aquellas que utilizan intervenciones con seguimiento y sí están especializadas en el tema⁴⁷.

3.3.2. Características de las intervenciones

Borrelli et al.⁴¹ afirman que se debe individualizar cada terapia, es decir, hay que tener en cuenta las características de cada fumador así como su edad y su estado de salud, eligiendo la estrategia más acorde a sus características.

En la misma línea, para Rodríguez y Bejarano²⁷, la individualidad del problema o de la situación representa otro de los aspectos de gran importancia a la hora de educar. Es decir, no se pueden aplicar siempre los mismos mensajes sin considerar las peculiaridades de las personas y sus circunstancias y entornos. En el caso del tabaquismo, no se suelen tener en cuenta la multitud de factores que influyen, incidiendo más los aspectos sociales y culturales que los biológicos.

Una característica individual es la edad. Pbert et al.⁶³, individualizaron su intervención ofreciendo un consejo breve por parte de enfermería a un grupo de adolescentes. Se observó que la prevalencia de adolescentes que fumaban se redujo significativamente

En cuanto a la intensidad de las intervenciones, Alonso et al.⁶⁴, afirman que estas deben comenzar por lo breve e ir aumentando progresivamente. En este sentido, Blanco y Fernández³⁹ ponen de manifiesto que las intervenciones educativas intensivas, realizadas en varias sesiones, en el ámbito de AP, son muy efectivas. Así mismo, en el estudio de Pérez et al.⁶⁵, se realizaron en adolescentes tanto intervenciones motivacionales breves como intensivas, las primeras resultaron ser más eficientes.

3.3.3. Tipos de intervención

Aquellos que no pueden hacerlo solos disponen de profesionales de la salud que ofrecen estrategias preventivas para alcanzar su objetivo⁶⁶.

a) Aspectos psicológicos

Samarin et al.⁴⁸, observaron que tres cuartas partes de los exfumadores a los que se les entrevistó dejaron de fumar sin ayuda, es decir, sin utilizar ningún método farmacológico o de cualquier otro tipo. En el mismo sentido, García et al.⁵⁹, encontraron que casi la mitad de los exfumadores encuestados manifestaban no haber recibido ningún tipo de consejo para abandonar la adicción. Estos datos apoyan la hipótesis de que una buena motivación puede ayudar al cese del hábito.

Piñeiro et al.⁴⁹, aplicaron un tratamiento psicológico cognitivo conductual idéntico y de manera grupal en dos grupos de fumadores consistente en: ofrecer información general sobre el tabaco, representar gráficamente el consumo de cigarrillos, reducir gradualmente la ingesta de nicotina y alquitrán, controlar los estímulos, aplicar estrategias para no padecer el síndrome de abstinencia de la nicotina, evaluar el monóxido de carbono en aire espirado, utilizar estrategias de prevención de la recaída y mantenimiento de la abstinencia. Uno de ellos además recibía una intervención con una entrevista motivacional. Los autores constataron que este último grupo no obtenía mejores resultados. Sin embargo, Borrelli et al.⁵⁶, Lindson-Hawley et al.⁵⁸ y Lira-Mandujano et al.⁶⁷, afirmaron que las intervenciones breves donde se utiliza la entrevista motivacional como estrategia principal son más efectivas que el hecho de recibir una intervención estándar.

Según Lira-Mandujano et al.⁶⁷, dentro de los tratamientos psicológicos, las estrategias más efectivas son la técnica de autocontrol y el entrenamiento en las habilidades afrontamiento. Pero la mayoría de los autores coincide en que, a pesar de tener las habilidades, la actitud y los conocimientos necesarios, no existe ninguna estrategia efectiva para dejar de fumar si no se tiene motivación, condición fundamental que incrementa las posibilidades de éxito^{39,43,60,61,66,68}.

No obstante, en otros trabajos, también afirman que el éxito para dejar de fumar se relaciona con la frecuencia del consejo

antitabáquico^{31,42,47,56,58,59,68,69} y con el número de intentos por dejar de hacerlo⁵⁹. Diversos autores^{60,67,70,71} añaden además otro factor influyente positivo a la hora del abandono, la autoeficacia, es decir, la percepción de las propias capacidades para ejecutar conductas y alcanzar objetivos. De cualquier forma, las recaídas deben ser entendidas como parte del proceso de cambio y no como un fracaso⁶⁷.

b) Terapia grupal

En oposición a la terapia individual, Alonso et al.⁵⁴, confirmaron la efectividad de la terapia grupal utilizada, con reducciones de la tasa inicial de prevalencia desde el 51,1% hasta el 36%. Asimismo, Blanco y Fernández³⁹ obtuvieron mejores resultados cuando realizaban intervenciones grupales.

c) La terapia sustitutiva con nicotina

Alonso et al.⁶⁴, observaron la gran diferencia que existía entre los tratamientos psicológicos solos, más efectivos que los mismos acompañados de la TSN. Por su parte, Rice et al.⁴⁷, comprobaron que la TSN no era efectiva por sí sola, su efectividad aumentaba si se complementaba con el consejo de enfermería. Asimismo, Stead et al.⁷², constataron que el efecto de la TSN puede ser un poco mayor al agregar algún apoyo conductual. Por el contrario, Okuyemi et al.⁷³, observaron que añadir la entrevista motivacional al parche de nicotina no tuvo gran repercusión.

d) Utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación

El acceso y uso de los teléfonos móviles ha aumentado exponencialmente a nivel mundial. El asesoramiento telefónico es un tipo de intervención eficaz para conseguir el abandono del hábito de fumar. Míguez y Becoña⁷⁴, comprobaron que el contacto telefónico regular con los fumadores que utilizaban materiales de autoayuda influyó positivamente en la adherencia al tratamiento. Más recientemente, Cato et al.⁵², sugieren un tipo de asesoramiento telefónico denominado "*the Mobile health (mHealth)*", con el que además de promover la salud se consigue un seguimiento del paciente por

parte del profesional. En la misma línea, Richter et al.⁷⁵, observaron mayor satisfacción y adherencia al tratamiento por parte de los usuarios si se utilizaba el asesoramiento telefónico, en este caso combinado con un tratamiento farmacológico.

Tanto Cato et al.⁵² como Whittaker et al.⁷⁶, observaron que las intervenciones con mensajes de texto han resultado efectivas en el aumento de las tasas de cesación.

Graham et al.⁷⁷, sugieren otro tipo de intervención innovadora a través de la Web. Se basan en promover la introducción en Internet de programas sobre abandono tabáquico, con la finalidad de disminuir la prevalencia del consumo mejorando el comportamiento durante la adherencia del tratamiento.

En el estudio de Bala et al.⁷⁸, evaluaron la influencia que tenían los medios de comunicación en los programas de control del tabaco en adultos. Los resultados fueron efectivos incrementando las tasas de abandono, sin embargo, la duración del seguimiento fue más difícil de comprobar.

e) El ejercicio como terapia

Diversos autores^{40,42,79-83}, han observado que la práctica físico-deportiva se asocia con una menor prevalencia de consumo de tabaco.

Rodríguez et al.⁷⁹, analizaron la relación entre la práctica de actividad físico-deportiva y los hábitos de consumo de tabaco en adolescentes escolarizados, en función del género. Las razones que promovían la realización de ejercicio eran diferentes según el género. En los hombres, eran el rendimiento y el éxito deportivo, la exaltación del ego, la mejora de condición física o la competitividad; y en las mujeres destacaron la diversión, el establecimiento de relaciones afectivo-sociales, el cuidado de la estética, el control del peso corporal y el mantenimiento de una buena imagen.

Es importante señalar que, en ambos sexos, el hecho de tener amigos que compartan los mismos intereses influye en el refuerzo de las relaciones sociales. Esto incide tanto en la práctica de ejercicio como en el consumo de tabaco, es decir, la presencia de un entorno con amigos fumadores reforzará el mantenimiento del hábito tabáquico, y aquellos que estén rodeados de gente que realiza ejercicio tendrán mayor motivación para seguir practicándolo. Por tanto, Rodríguez et al.⁷⁹, concluyen que es fundamental ofrecer modelos de práctica deportiva adaptados a las motivaciones diferenciales establecidas entre varones y mujeres, lo que les ayudaría a mantenerse al margen del hábito tabáquico.

En la misma línea, Ruiz et al.⁸⁰, observaron que el tipo de intensidad de la actividad física condicionaba el consumo habitual de tabaco. La prevalencia del tabaquismo era menor en aquellos que realizaban una práctica de deporte intensa o de manera habitual a diferencia de los que realizaban ejercicio ocasional o eran sedentarios.

Williams et al.⁸¹ y Abrantes et al.⁸², recalcan la viabilidad del ejercicio como un tratamiento para dejar de fumar puesto que reduce el ansia de hacerlo. Y en el estudio de LLambí et al.⁸³, observaron que aquellos que siguieron una intervención conductual ya fuese grupal o individual combinada con tratamiento farmacológico y realizasen ejercicio físico regularmente tenían mayor porcentaje de abstinencia.

4. CONCLUSIONES

A la vista de la revisión realizada, se llega a las siguientes conclusiones:

- La mayoría de los fumadores comienzan a fumar en la adolescencia, siendo el principal motivo de inicio el tener amigos que consuman tabaco.

- Los factores de mantenimiento más destacados por orden de importancia son la adicción que crea la nicotina, la sensación del placer, el entorno social, el tener menor nivel educacional y tener una pareja fumadora.

- Los principales argumentos para dejar de fumar en la mayoría de fumadores son la presencia de enfermedad seguida de la prevención de enfermedades.

- Tener más edad es un factor que aumenta la probabilidad de éxito en la adherencia al tratamiento y ser mujer la disminuye.

- El profesional de enfermería es de vital importancia en el campo de la deshabituación tabáquica por ser el principal agente de cambio, ocupando una situación de privilegio que le permite aconsejar promoviendo estilos de vida saludable.

- Los principales problemas del personal de enfermería para intervenir son la alta prevalencia de fumadores en el colectivo; la falta de formación en el campo de la deshabituación tabáquica; y la falta de coherencia entre el comportamiento personal y el deber profesional.

- Son factores fundamentales y efectivos en la deshabituación recibir unos conocimientos óptimos sobre los efectos nocivos del tabaco, la autoeficacia, la motivación y la frecuencia del consejo.

- El uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación ha resultado exitoso en el aumento de las tasas de cesación además de, proporcionar un seguimiento del paciente por parte del profesional.

- La práctica regular de ejercicio físico se asocia con una menor prevalencia de consumo de tabaco y tiene un resultado positivo en la adherencia al tratamiento para abandonar el tabaco.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia Española. Tabaco. Real Academia Española [Online]. [Citado 8 de Febrero de 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=Yr2tSiJ>
2. Calvo JR. Tabaquismo. En del Rey J, Calvo JR. Como cuidar la salud. Su educación y promoción. Madrid: Harcourt Brace; 1998. p. 199-312.
3. Villalbí JR, Nebot M. Salud pública y tabaco. En Martínez F, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Marset P, Navarro V. Salud Pública. Madrid: McGRAW-HILL; 1997. p. 679-689.
4. Rodríguez MA, Pineda SA, Vélez LF. Características del consumo de tabaco en estudiantes de enfermería de la Universidad de Antioquia (Colombia). Investigación y Educación en Enfermería [Revista en Internet] 2010 Noviembre. [Citado 8 de Febrero de 2016]; 28(3): 370-383. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215721008>
5. Organización Mundial de la Salud. Iniciativa libersarse del tabaco. El programa MPOWER y la epidemia mundial de tabaquismo. Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2009 [citado 10 de Mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/mpower/es/>.
6. Organización Mundial de la Salud. Tabaco. Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2015 [citado 4 de Enero de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>.
7. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. [Online]; 2013 [citado 11 de Mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>.
8. Rodríguez MA. Los profesionales de la salud y la prevención y control del tabaquismo. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Revista en Internet] 2010 Enero. [Citado 8 de Febrero 2016]; 28(1): 81-88. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2010000100011
9. Samet JM. Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. Salud Pública de México [Revista en Internet] 2002 Enero. [Citado 8 de Febrero de 2016]; 44(1): 144-160. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000700020
10. Organización Mundial de la Salud. Epidemias mundiales desatendidas: tres amenazas crecientes. En Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Génova; 2003. p. 95-113. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter6-es.pdf>
11. Organización Mundial de la Salud. Who report on the global tobacco epidemic. Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2008. [Citado 24 de Mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/>.
12. Solano S. Introducción. En de Higes EB; Perera L. Manejo diagnóstico y tratamiento del

- tabaquismo en la práctica clínica diaria. 1ª Edición. Barcelona: SEPAR; 2015. p. 7-8.
13. Barrueco M, Carreras JM. Aplicación clínica del tratamiento multicompetente del tabaquismo. En Barrueco M; Hernández MA; Torrecilla M. Manual de Prevención y Tratamiento del tabaquismo. Ediciones Médicas. Badalona: SL; 2009. p. 151-177.
 14. Signes-Costa J, Chiner E, Smith VC. Factores asociados al consumo del tabaco. Implicaciones genéticas. En Solano S, Jiménez CA, Riesco JA. Manual del tabaquismo. Barcelona: Elsevier Masson; 2012. p. 49-58.
 15. Ramos A, de Higes E, García-Salomones M. Diagnóstico clínico del tabaquismo. En Solano S, Jiménez CA, Riesco JA. Manual del tabaquismo. Barcelona: Elsevier Masson; 2012. p. 59-70.
 16. Asociación Española Contra el Cáncer. Esfúmate del tabaco Cáncer [monografía en Internet]. Madrid; 2014 [citado 10 de Febrero de 2016]. Disponible en: https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/Guia_dejar_fumar.pdf
 17. Cristóbal MI, Mayayo ML, Cicero A, Perera L, Jiménez CA. Intervención psicológica en el abandono del tabaquismo. En Solano S, Jiménez CA, Riesco JA. Manual de tabaquismo. 3ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2012. p. 95-106.
 18. Jiménez CA, Cicero A, Mayayo M, Perera L, Cristóbal MI, Iglesias A. Introducción al tratamiento del tabaquismo. En Solano S, Jiménez CA, Riesco JA. Manual de tabaquismo. 3ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2012. p. 87-94.
 19. Gallardo MÁ, Grasa I, Beni D, Esteban A. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias [monografía en Internet]; 2008 [citado 4 de Enero de 2016]. Disponible en: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Drogas/Tabaco/Programa/Guia%20Antitabaco%20protegido.pdf.
 20. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online]; 1978 [citado 4 Enero de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/.
 21. López R, Bohigas A, Esteban J, García M, Medigo MJ, de la Torre M. Enfermería y Atención Primaria de Salud. En Martín A, Cano JF. Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta. Barcelona: Ediciones Doyma; 1988. p. 24-34.
 22. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Organización Mundial de la Salud [Online]; 2003 [citado 25 de Mayo de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_fctc_spanish.pdf.
 23. Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Boletín Oficial del Estado, nº 309, (27-12-2005).

24. Ley 42/2010, de 30 de diciembre por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, suministro, el consumo y publicidad de los productos del tabaco. Boletín Oficial del Estado, nº 318, (31-12-2010).
25. Lazuras L, Eiser JR, Rodafinos A. Predicting smokers non-compliance with smoking restrictions in public places. Tob Control [Revista en Internet] 2009. [Citado 9 de Mayo de 2016]; 18: 127-131. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=predicting%20smokers%20non%20compliance%20with%20smoking%20restrictions%20in%20public%20places&cmd=correctspelling>
26. Fitzpatrick P, Gilroy I, Doherty K, Corradino D, Daly L, Clarke A, et al. Implementation of a campus-wide Irish hospital smoking in 2009: prevalence and attitudinal trends among staff and patients in lead up. Health Promot Int [Revista en internet] 2009. [Citado 8 de Mayo de 2016]; 24: 211-222. Disponible en: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/24/3/211.long>
27. Rodríguez L, Bejarano I. Prevención y promoción de la salud en el personal de enfermería: el tabaquismo. Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales Universidad Nacional de Jujuy [Revista en Internet] 2009 Diciembre. [Citado 15 Febrero 2016]; 37: 161-177. Disponible: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-81042009000200007&lang=pt
28. de Higes EB, Ramos A, Nistal AJ. Tratamiento integral del tabaquismo. En de Higes EB, Perera L. Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica diaria. 1ª ed. Barcelona: SEPAR; 2015. p. 30-43.
29. Fernández-Crehuet J, Martínez-González MA, de Irata J, Toledo EA, Ruiz-Canela M. La salud y sus determinantes. Concepto de medicina preventiva y salud pública. Desigualdades en salud. En Gil P. Medicina Preventiva y Salud Pública. 12ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2016.
30. Córdoba R, Cabezas C, Camarells F, Gómez J, Díaz D, López A, et al. Gurpos expertos del PAPPS. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Atención Primaria [Revista en Internet] 2012. [citado 21 de Mayo de 2016]; 44(1): 16-22. Disponible en: http://www.papps.es/upload/file/Grupo_Expertos_PAPPS_2_2.pdf
31. González MJ, Morales JM, Fernández JM, Achiong F, Díaz O. Prevalencia del hábito de fumar y factores asociados. Municipio Matanzas 2009-2010. Revista Médica Electrón [Revista en Internet] 2013 Noviembre. [citado 5 de Marzo de 2016]; 35(6): 586-595. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000600003&lang=pt
32. Ramon JM, Bruguera E, Fernández C, Sanz V, Ramírez E. Motivos para dejar de fumar en España en función del sexo y la edad. Gaceta Sanitaria [Revista en Internet] 2009 Diciembre. [citado 15 de Febrero de 2016]; 23(6): 539-539. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000600010

33. Pericás J, Bannasar M, González S, Seguí P, De Pedro JE. Tabaquismo en enfermeras de Atención Primaria: Factores que influyen en su inicio y mantenimiento. *Index Enfermería [Revista en Internet]* 2009. [citado 15 de Febrero de 2016]; 18(1): 23-27. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100005
34. Martínez MdLL, García P, Gutiérrez G, López P, Sánchez J, Carcini GM. Motivos para fumar en estudiantes de enfermería. *Rev Paraninfo Digital [Revista en Internet]* 2015. [citado el 21 de Mayo de 2016]; 22. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/pdf/324.pdf>
35. Ponciano-Rodríguez G, Morales-Ruiz A. La escritura emocional como una herramienta para el tratamiento psicológico del tabaquismo. *Salud pública México [Revista en Internet]* 2007 Enero. [citado 7 de Mayo de 2016]; 49(2): 280-289. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49s2/a19v49s2.pdf>
36. Izquierdo R, Ochoa MR, Casanova MC, Díaz MÁ. El tabaquismo y su prevención educativa en la población de un consultorio médico. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [Revista en Internet]* 2015 Agosto. [citado 20 de Febrero de 2016]; 19(4): 642-651. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000400008
37. Leal BM, Ocampo OMA, Cicero SR. Niveles de asertividad, perfil sociodemográfico, dependencia a la nicotina y motivos para fumar en una población de fumadores que acude a un tratamiento para dejar de fumar. *Salud Mental [Revista en Internet]* 2010 Diciembre. [citado 20 de Febrero de 2016]; 33(6): 489-497. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000600003
38. Marqueta A, Nerín I, Jiménez A, Gargallo P, Beamonte A. Factores predictores de éxito según género en el tratamiento del tabaquismo. *Gaceta Sanitaria [Revista en Internet]* 2013 Febrero. [citado el 21 de Febrero de 2016]; 27(1): 26-31. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000100005
39. Blanco MC, Fernández E. Efectividad de un programa de deshabituación tabáquica llevado a cabo en el centro de salud de Tapia Casariego (Principado de Asturias). *Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA) [Revista en Internet]* 2015 Mayo. [citado 21 de Mayo de 2016]; 3(2): 23-34. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5109102>
40. Ruiz F, Isorna M, Ruiz-Risueño J, Vaquero R. Consumo de tabaco en adultos el sureste español y su relación con la actividad físico-deportiva y familia. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación [Revista en Internet]* 2014. [citado 21 de Mayo de 2016]; 26: 27-33. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4771619>
41. Borrelli B, Hayes RB, Dunsiger S, Fava JL. Risk perception and smoking behavior in medically ill smokers: A prospective study. *Addiction [Revista en Internet]* 2010 Junio [citado 21 de Mayo de 2016]; 105(6): 1100-1108. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2908209/>

42. Tejada CAO, Ewerling F, dos Santos AMA, Bertoldi AD, Menezes AM. Factors associated with smoking cessation in Brazil. *Cad. Saúde Pública* [Revista en Internet] 2013 Agosto. [citado el 15 de Mayo de 2016]; 29(8): 1555-1564. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000800008
43. Hall SM, Shi Y, Humfleet GL, Muñoz RF, Reus V, Prochaska JJ. Smoking Cessation Abstinence Goal in Treatment-Seeking Smokers. *Addict Behav* [Revista en Internet] 2015 Marzo. [citado 15 de Mayo de 2016]; 0: 148-153. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4273741/>
44. Fiore MC, Baker TB. Treating Smokers in the Health Care Setting. *N English J Med* [Revista en Internet] 2011 Septiembre. [citado 15 de Mayo de 2016]; 365(13): 1222-1231. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4494734/>
45. Varela MV, Anido T, Rovira M, Goja B, Tubino M, Alfonso G. Factores asociados con la abstinencia y eficacia de un programa de cesación de tabaquismo. *Revista Médica de Uruguay* [Revista en Internet] 2007 Marzo. [citado el 14 de Abril de 2016]; 23(1): 25-33. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902007000100004&script=sci_arttext
46. Willemsen MC, Wiebing M, Van Emst A, Zeeman G. Helping smokers to decide on the use of efficacious smoking cessation methods: a randomized controlled trial of a decision aid. *Addiction* [Revista en Internet] 2006 March [citado el 21 de Mayo de 2016]; 101(3): 441-449. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16499517>
47. Rice V, Hartmann-Boyce J, Stead L. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Revista en Internet] 2013 Agosto. [citado 15 de Mayo de 2016]; 8(CD001188). Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001188.pub4/epdf>
48. Samarin E, Gómez B, Villalobos A, Botello ML, Olgún J, López F. Métodos empleados y motivos para dejar de fumar de los exfumadores. *Revista Clínica de Medicina de Familia* [Revista en Internet] 2014 Junio. [citado 20 de Febrero de 2016]; 7(2): 89-95. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2014000200002
49. Piñeiro B, Fernández E, López-Durán A, Becoña E. ¿Mejora la entrevista motivacional la eficacia del tratamiento psicológico para dejar de fumar?. *Anales de Psicología* [Revista en Internet] 2014 Enero. [citado 20 de Febrero de 2016]; 30(1): 123-132. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282014000100013
50. Organización Mundial de la Salud. Enfermería. Organización Mundial de la Salud [Online]. [citado 6 de Mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>.
51. Pericás J, Ayensa JÁ, Milán J, Contreras P, Sierra F, Sureda AM. El hábito tabáquico en el colectivo de colegiados en enfermería de la Comunidad de las Islas Baleares. *Index Enfermería* [Revista en Internet] 2007 Octubre. [citado 2 de Marzo de 2016]; 16(58): 26-30. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-

12962007000300005

52. Cato K, Hyun S, Bakken S. Response to a Mobile Health Decision Support System for Screening and Management of Tobacco Use. *Oncol Nurs Forum* [Revista en Internet] 2014 Marzo. [citado 15 de Mayo de 2016]; 41(2): 145-152. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4425206/>
53. Jamal A, Dube S, Malarcher A, Shaw L, Engstrom M. Tobacco use screening and counseling during physician office visits among adults. *National Ambulatory Medical Care Survey and National Health Interview Survey, United States, 2005-2009*. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [Revista en Internet] 2012 Junio. [citado 21 de Mayo de 2016]; 61: 38-45. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6102a7.htm>
54. Alonso F, Alonso C, García JV, Fraile JM, Lobo N, Secades R. Efectividad de un programa multicomponente para dejar de fumar aplicado en atención primaria. *Gaceta Sanitari* [Revista en Internet] 2014 Junio. [citado 15 de Febrero de 2016]; 28(3): 222-224. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112014000300008
55. Urueña JMR, Burón A, Sala M, Serra C, Diaconu A, Macià F. Evolución del consumo de tabaco en trabajadores de un hospital de Cataluña. *Revista Española Salud Pública* [Revista en Internet] 2013 Agosto. [citado 14 de Febrero de 2016]; 87(4): 407-417. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272013000400010
56. Borrelli B, Lee C, Novak S. Is provider training effective? Changes in attitudes towards smoking cessation counseling and counseling behaviors of Home Health Care Nurses. *Prev Med* [Revista en Internet] 2008 April. [citado 8 de Mayo de 2016]; 46(4): 358-363. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2846596/>
57. Carson KV, Verbiest ME, Crone MR, Brinn MP, Esterman AJ, Assendelft WJ, et al. Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Revista en Internet] 2012 Mayo [citado 5 de Mayo de 2016]; 5. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/control.php?URL=/PDF/CD000214.PDF>
58. Lindson-Hawley N, Thompson T, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Revista en Internet] 2015 Marzo. [citado el 8 de Mayo de 2016]; 3. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006936.pub3/pdf>
59. García S, Bértola D, Barone V, Guarino B, Torres N, Tarrés MC, et al. Recomendación de abandono del tabaquismo en una muestra de adultos de la ciudad de Rosario. *Revista de Argentina de cardiología* [Revista en Internet] 2015 Febrero. [citado 21 de Mayo de 2016]; 83(1): 49-54. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305336837011>
60. Salvador M, Ayesta FJ. La adherencia terapéutica en el tratamiento del tabaquismo. *Intervención psicosocial* [Revista en Internet] 2009 Diciembre. [citado el 5 de Abril de 2016]; 18(3): 233-244. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000300004

61. Regalado J, Lara G, Osio J, Ramírez A. Tratamiento actual del tabaquismo. Salud pública México [Revista en Internet] 2007 Enero. [citado 19 de Febrero de 2016]; 49(2): 270-279. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49s2/a18v49s2.pdf>
62. Chan SSC, Wong DCN, Lam TH. Will mothers of sick children help their husbands to stop smoking after receiving a brief intervention from nurses? Secondary analysis of a randomised controlled trial. BMC Pediatrics [Revista en Internet] 2013 Abril. [citado 8 de Mayo de 2016]; 13(50). Disponible en: <http://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-13-50>
63. Pbert L, Druker S, DiFranza JR, Gorak D, Reed G, Magner R, et al. Osganian S. Effectiveness of a School Nurse-Delivered Smoking- Cessation Intervention for Adolescents. Pediatrics [Revista en Internet] 2011 Julio. [citado 21 de Mayo de 2016]; 128: 926-936. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3208959/>
64. Alonso F, Secades R, Duarte YG. ¿Son eficientes los tratamientos psicológicos para dejar de fumar?. Trastornos Adictivos [Revista en Internet] 2007 Abril. [citado 21 de Mayo de 2016]; 9(1): 21-30. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pid=13106056&pid_usuario=0&pcontactid=&pid_revista=182&ty=103&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=182v09n01a13106056pdf001.pdf
65. Pérez A, Navarrete AB, Mesa MI, Martínez R, Leal FJ, Pérez C. Eficiencia de dos intervenciones motivacionales para la deshabituación tabáquica en adolescentes (breve e intensiva) realizadas en Institutos de Educación Secundaria. Adicciones [Revista en Internet] 2012 Mayo. [citado 21 de Mayo de 2016]; 24(3): 191-200. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/90/89>
66. Sosa MI. Dejar de fumar: un objetivo posible. Revista Argentina de cardiología [Revista en Internet] 2015 Febrero. [citado 20 de Febrero de 2016]; 83(1): 101-101. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482015000100025
67. Lira-Mandujano J, González-Betanzos F, Carrascoza CA, Ayala VHE, Cruz-Morales SE. Evaluación de un programa de intervención breve motivacional para fumadores: resultados de un estudio piloto. Salud Mental [Revista en Internet] 2009 Febrero. [citado 20 de Febrero de 2016]; 32(1): 35-41. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000100005
68. Zwar NA, Richmond RL, Halcomb EJ, Furler JS, Smith JP, Hermiz O, et al. Quit in general practice: a cluster randomized trial of enhanced in-practice support for smoking cessation. Family Practice [Revista en Internet] 2015 Abril. [citado 17 de Mayo de 2016]; 32(2): 173-180. Disponible en: <http://fampra.oxfordjournals.org/content/early/2015/02/09/fampra.cmu089.full.pdf+html>
69. Sansores RH, Pérez-Bautista O, Ramírez-Venegas A. Guías de atención médica para dejar de fumar. Una propuesta para Latinoamérica. Salud Pública de México [Revista en Internet] 2010 Enero [citado 21 de Mayo de 2016]; 52(2): 355-365. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000800034

70. Topa G, Moriano JA, Morales JF. Abandonar el Tabaco: Meta-análisis y Modelo de Ecuaciones Estructurales desde la Teoría de la Conducta Planificada. *Clínica y Salud [Revista en Internet]* 2012 Marzo. [citado 21 de Mayo de 2016]; 23(1): 43-61. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180623381003>
71. Cano A, Camuñas N, Iruarrizaga I, Dongil E, Wood C. Valoración, afrontamiento y ansiedad a la hora de dejar de fumar. *Revista Española de Drogodependencias [Revista en Internet]* 2010. [citado 21 de Mayo de 2016]; 35(3): 413-434. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3350138>
72. Stead LF, Koilpillai P, Lancaster T. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Revista en Internet]* 2015. [citado 8 de Mayo de 2016]; 10. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/control.php?URL=/PDF/CD009670.PDF>
73. Okuyemi KS, Goldade K, Whembolua GL, Thomas JL, Eischen S, Sewali B, et al. Motivational interviewing to enhance nicotine patch treatment for smoking cessation among homeless smokers: a randomized controlled trial. *Addiction [Revista en Internet]* 2013 Junio. [citado 8 de Mayo de 2016]; 108(6): 1136-1144. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3651796/>
74. Míguez MC, Becoña E. Evaluación de la adherencia a un tratamiento conductual para dejar de fumar: análisis de casos. *Ánisis y Modificación de conducta [Revista en Internet]* 2011. [citado 21 de Mayo de 2016]; 37(155-156): 1-30. Disponible en: http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/6086/Evaluacion_de_la_adherencia.pdf?sequence=2
75. Richter KP, Shireman TI, Lambart L. Comparative and Cost Effectiveness of Telemedicine Versus Telephone Counseling for Smoking Cessation. *Journal of Medical Internet Research [Revista en Internet]* 2015 Junio. [citado 21 de Mayo de 2016] 15; 17(6): 124. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4468596/>
76. Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Rodgers A, Gu Y. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Revista en Internet]* 2016. [citado el 8 de Mayo de 2016]; 4. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/control.php?URL=/PDF/CD006611.PDF>
77. Graham AL, Cha S, Papandonatos GD, Cobb NK, Mushro A, Fang Y, et al. Improving adherence to web-based cessation programs: a randomized controlled trial study protocol. *Trials [Revista en Internet]* 2013. [citado 21 de Mayo de 2016]; 14:48. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3599396/>
78. Bala MM, Strzeszynski L, Topor-Madry R, Cahil K. Mass media interventions for smoking cessation in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Revista en Internet]* 2013. [citado 21 de Mayo de 2016]; 6. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/control.php?URL=/PDF/CD004704.PDF>

79. Rodríguez PL, López FJ, López PÁ, García E. Práctica de ejercicio físico y su relación con el consumo de tabaco en adolescentes. Diferencias entre géneros. Adicciones [Revista en Internet] 2013. [citado 21 de Mayo de 2016]; 25(1): 29-36. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/69/68>
80. Ruiz F, de la Cruz E, Ruiz-Risueño JR, García ME. Patrones de tabaquismo en jóvenes y práctica de actividad físico-deportiva durante el tiempo libre. Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación [Revista en Internet] 2008. [citado 21 de Mayo de 2016]; 14: 75-79. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3311303>
81. Williams DM, Ussher M, Dunsiger S, Miranda RJ, Gwaltney CJ, Monti PM, et al. Overcoming Limitations in Previous Research on Exercise as a Smoking Cessation Treatment: Rationale and Design of the "Quit for Health" Trial. Contemp Clin Trials [Revista en Internet] 2014 Enero. [citado 8 de Mayo de 2016]; 37(1): 33-42. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4075030/>
82. Abrantes AM, Bloom EL, Strong DR, Riebe D, Marcus BH, Desaulniers J, et al. A Preliminary Randomized Controlled Trial of a Behavioral Exercise Intervention for smoking cessation. Nicotine and Tobacco Research [Revista en Internet] 2014 Agosto. [citado 8 de Mayo de 2016]; 16(8): 1094-1103. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4155424/>
83. Llambí ML, Esteves E, Blanco ML, Barros M, Parodi C, Goja B. Factores predictores de éxito en el tratamiento del tabaquismo. Rev Méd Urug [Revista en Internet] 2008 Junio. [citado 19 de Abril de 2016]; 24(2): 83-93. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902008000200003&script=sci_arttext

6. ANEXOS

ANEXO 1. Test de Fagerström para la dependencia a la nicotina¹⁵.

1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	
• Hasta 5 min	3
• De 6 a 30 min	2
• De 31 a 60 min	1
• Más de 60 min	0
2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares en los que está prohibido hacerlo (hospital, cine, biblioteca)?	
• Sí	1
• No	0
3. ¿Qué cigarrillo es el que más necesita?	
• El primero de la mañana	1
• Cualquier otro	0
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	
• Menos de 10 cigarrillos/día	0
• Entre 11 y 20 cigarrillos/día	1
• Entre 21 y 30 cigarrillos/día	2
• 31 o más cigarrillos	3
5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	
• Sí	1
• No	0
6. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	
• Sí	1
• No	0

Valoración: de 0 a 3: dependencia baja; de 4 a 6: dependencia moderada; de 7 a 10: dependencia alta.

ANEXO 2. Beneficios sobre la salud tras dejar de fumar⁶⁶.

TIEMPO	BENEFICIO SOBRE LA SALUD
20 minutos	-Normalización de la presión arterial (TA) y de la frecuencia cardiaca (FC). -Mejoría de la temperatura y la circulación de las manos y pies.
8 horas	-Disminuye los niveles de nicotina en sangre (aparece el síndrome de abstinencia).
12 horas	-Aumentan los niveles de oxígeno. -Disminuye concentración del monóxido de carbono. -Desaparece el cansancio.
48 horas	-Comienza la normalización del olfato y gusto.
72 horas	-Mejoría de la sensación de falta de aire. -Mejor funcionamiento bronquial.
5-8 días	-Manifestación de vitalidad por los cilios bronquiales por tos y expectoración (solo en algunos individuos) como defensa de la vía respiratoria.
10 días a 2 semanas	-Se reduce la irritación de las encías normalizando la circulación en ellas. -Se reduce el riesgo de caries y pérdida de piezas dentarias.
2 a 4 semanas	-Mejoran los niveles de colesterol. -Normalización la función de la coagulación y de las plaquetas.
4 semanas a 3 meses	-Disminuye el riesgo de padecer un evento cardiovascular. -Mejoría de la función pulmonar. -Mayor facilidad al caminar (más tiempo y a mejor ritmo).
1 a 9 meses	-Menor sensación de congestión nasal. -Menos episodios de infecciones respiratorias. -Menos estrés.
1 año	-Disminución a la mitad del riesgo de enfermedad coronaria (IAM y ACVA).
5 a 10 años	-El riesgo de accidente cerebrovascular equivale al de un no fumador.
10 años	-Disminución de aparición de riesgo del cáncer de pulmón (30%-50% comparado con un fumador). -Disminución de un 50% de muerte por cáncer de pulmón. -Disminuye el riesgo de cáncer de páncreas comparado con el de un no fumador. -Disminuye en riesgo de cáncer de boca, garganta y esófago.
15 años	-Riesgo de la enfermedad coronaria es similar con la de un no fumador.
20 años	-El riesgo de morir por causas relacionadas con el tabaquismo equivale a la una persona que no ha fumado nunca.