



ORIGINAL

## La falta de seguimiento pone en peligro los resultados de un programa de deshabituación tabáquica

### *The lack of follow-up endangers the results of a smoking cessation program*

Raúl Godoy Mayoral<sup>1</sup>, Francisco Javier Callejas González<sup>1</sup>, Javier Cruz Ruiz<sup>2</sup>, Marta Genovés Crespo<sup>3</sup>, Ana Isabel Tornero Molina<sup>1</sup>, Pedro Juan Tárraga López<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA). Albacete. España

<sup>2</sup> FEA Neumología. Hospital General de Almansa. Albacete. Servicio de Cirugía Torácica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA). Albacete. España

<sup>3</sup> Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Albacete. Albacete. España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pedrojuan.tarraga@gmail.com](mailto:pedrojuan.tarraga@gmail.com) (Pedro J. Tárraga López).

Recibido el 9 de julio de 2018; aceptado el 16 de julio de 2018.

JONNPR. 2018;3(9):687-696

DOI: 10.19230/jonnpr.2616

#### Resumen

**Introducción:** De los pacientes que acuden a la consulta a dejar de fumar, muchos no vuelven a la segunda consulta, por lo que no inician el tratamiento.

**Objetivo:** Valorar el seguimiento de un programa de deshabituación tabáquica y analizar las características de esta población.

**Pacientes y Métodos:** Se analizan 1484 pacientes que acudieron a la Unidad de Tratamiento Especializado en Tabaquismo del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete desde el 1 de Enero de 2008 hasta el 31 de Diciembre de 2012, valorando características antropométricas y sociales. Análisis Estadístico: Se utilizan la *Chi-cuadrado* y la prueba exacta de *Fisher* para variables cualitativas y *t de Student* para cuantitativas y se realizó una regresión logística para evitar variables confusoras. El nivel de significación se estableció con una  $p < 0,05$

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio un total de 1484 pacientes, de ellos 731 sujetos abandonan el tratamiento sin acudir a la segunda consulta, esto es un 49,26% del total. En el modelo de regresión logística que se hizo no se observó que ninguna variable influyera de forma significativa.

**Conclusión:** Hay exceso de pacientes que, a pesar de esperar tiempo para acudir a una primera cita, no continúan. Esto supone un fracaso que debemos estudiar



Los artículos publicados en esta revista se distribuyen con la licencia:  
Articles published in this journal are licensed with a:  
Creative Commons Attribution 4.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

La revista no cobra tasas por el envío de trabajos,  
ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.

## Palabras clave

*Tabaquismo; abandono; motivación; tratamiento antitabáquico*

## Abstract

**Introduction:** Of the patients who come to the consultation to stop smoking, many do not return to the second consultation, so they do not initiate the treatment.

**Objective:** To assess the follow-up of a smoking cessation program and analyze the characteristics of this population.

**Patients and Methods:** We analyzed 1484 patients who attended the Specialized Smoking Treatment Unit of the University Hospital Complex of Albacete from January 1, 2008 to December 31, 2012, assessing anthropometric and social characteristics. Statistical Analysis: Chi-square and Fisher's exact test were used for qualitative variables and Student's t for quantitative variables and a logistic regression was performed to avoid confounding variables. The level of significance was established with  $p < 0.05$

**Results:** A total of 1484 patients were included in the study. Of these, 731 subjects abandoned the treatment without going to the second consultation, this is 49.26% of the total. In the logistic regression model that was done, it was not observed that any variable had a significant influence.

**Conclusion:** There is an excess of patients who, despite waiting for time to attend a first appointment, do not continue. This is a failure that we must study

## Keywords

*Smoking; abandonment; motivation; anti-tobacco treatment*

## Introducción

El tabaquismo es un problema de salud pública con una prevalencia alta y una mortalidad y consumo de recursos elevados. Tenemos tratamientos eficaces que han demostrado ser coste efectivos<sup>(1,2)</sup>. Sin el apoyo para dejar de fumar, sólo entre el 3-5% lo consiguen<sup>(3)</sup>.

El diagnóstico adecuado del tabaquismo influye en la elección del tratamiento y en las posibilidades de éxito y pronóstico. El proceso diagnóstico se realiza contemplando una serie de apartados<sup>(4-7)</sup>, entre los que debe de considerarse la fase de abandono en la que se encuentra el paciente, pues su determinación es fundamental para tomar las actitudes adecuadas. Hay varias fases:

- Fase de precontemplación: Aquella en la que se encuentran los pacientes que no están dispuestos a realizar un intento de abandono.
- Fase de contemplación: En ella se están planteando la posibilidad de dejar de fumar en los próximos meses, pero prefieren retrasar la decisión.
- Fase de preparación, en la que los pacientes están dispuestos a hacer un intento serio de abandono y desean dejar de fumar en el próximo mes.

- Fase de acción: Aquella en la que están llevando a cabo la acción de dejarlo y llevan sin fumar un período inferior a 6 meses.
- Fase de mantenimiento: No han fumado durante más de 6 meses pero menos de 1 año<sup>(8)</sup>.

La intervención se realizará en función de la fase de abandono en la que esté el paciente. En todos se debe realizar, al menos, una intervención mínima, mediante un consejo elaborado de forma adecuada, y que tiene un alto impacto con costes mínimos<sup>(9)</sup>.

Aunque el 70% de los fumadores desean dejar de fumar<sup>(10)</sup>, existen pacientes que no, en los que también se debe intervenir, intentando motivar al paciente para el abandono o, por lo menos, para la reducción del consumo. Añadir tratamiento farmacológico con TSN (Terapia Sustitutiva de Nicotina) o vareniclina<sup>(11,12)</sup> aumenta la tasa de intentos de abandono definitivo en estos pacientes.

A todos los sujetos que quieren abandonar el hábito tabáquico se les debe ofrecer una intervención multicomponente con asesoramiento psicológico (con diferentes formatos y medios, incluso utilizando la vía telefónica o internet<sup>(13,14)</sup>) y tratamiento farmacológico para aumentar al máximo las posibilidades de éxito.

En nuestro hospital hay una Unidad Especializada de Tabaquismo a la que es complejo acceder por existir una lista de espera considerable, pero lo que nos llama la atención ha sido que ha habido muchos pacientes que acudieron a la primera consulta a dejar de fumar, pero una gran cantidad de ellos no volvió a la segunda consulta, por lo que no iniciaron el tratamiento. El objetivo de este estudio fue intentar determinar las características diferenciales de esta población.

## Material y Métodos

Los pacientes sujetos a estudio son los que acudieron a la Unidad de Tratamiento Especializado en Tabaquismo del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete desde el 1 de Enero de 2008 hasta el 31 de Diciembre de 2012. Provenían del Área de Salud de Albacete, incluyendo pacientes de la zona de Almansa, Villarrobledo y Hellín, dado que no tenían Unidad de Tabaquismo.

El tratamiento que se les ofrece es de apoyo, información, psicológico y farmacológico, utilizando los fármacos de primera elección: Nicotina, bupropion y vareniclina. Se realiza, sobre todo, en horario de mañana, y es, principalmente, terapia individual. En la primera visita se realiza la historia clínica general y específica de tabaquismo. Se intenta determinar el calendario de visitas y el tratamiento farmacológico. Se intenta buscar la segunda visita el día previo a la fecha de abandono (o lo más cerca posible).

Las variables se recogieron en una base de datos, sobre la que se realizó un análisis inicial para depurarla, buscando los datos anómalos y corrigiéndolos mediante un nuevo estudio retrospectivo sobre la historia clínica. Las variables son de dos tipos:

- Cualitativas: Se clasificaron mediante el uso de la frecuencia y el porcentaje válido.
- Cuantitativas: Se definieron mediante medidas de tendencia central, como la media, y de dispersión, como la desviación típica.

Para analizar la relación entre dos variables cualitativas se utilizó el estadístico *Chi-cuadrado*, y en los casos en que las frecuencias observadas eran demasiado pequeñas, la prueba exacta de *Fisher*. En cuanto a las variables cuantitativas se utilizó la *t de Student*. También se realizó una regresión logística para evitar variables confusoras y se consideró la significación con una  $p < 0,05$ . El análisis fue realizado por el programa SPSS 20.0 en versión para Mac.

## Cuestiones Éticas

La base de datos fue anonimizada y aprobada por el Comité Ético de Investigación Clínica de nuestro centro, la Gerencia de Atención Integrada de Albacete, y, además, fue también presentada y aprobada por el Comité Ético de la Universidad Autónoma de Madrid.

## Resultados

Se incluyeron en el estudio un total de 1484 pacientes. La edad media de los pacientes fue de 46,85 años, con una desviación estándar de 11,3.

De estos, 731 sujetos abandonaron el tratamiento sin acudir a la segunda consulta, esto es, un 49,26% del total.

Entre las comorbilidades respiratorias se registraron las siguientes:

- a. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC): 222 pacientes la padecían, esto correspondía al 15% de la muestra.
- b. Asma: 118 pacientes que era un 8% del total
- c. Síndrome de Apneas-Hipopneas del Sueño (SAHS): 140 pacientes que corresponde a 9,4%
- d. Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa (EPID): Hubo 6 pacientes, un 0,4 %.
- e. Tuberculosis (TbC): La sufrían 26 pacientes, que era un 1,8% de la muestra.
- f. Otras patologías respiratorias diferentes a las que se han señalado las tenían 59 pacientes, que fue un 4%.

En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) se vio que eran frecuentes en nuestra población:

- a. La Hipertensión arterial (HTA) estaba presente en 282 pacientes, el 19% de la muestra.
- b. La Diabetes Mellitus (DM) en el 10,7%, 159 pacientes.
- c. La Dislipemia (DLP) en 436 pacientes, que es el 29,4% de la muestra.

Entre las enfermedades cardiológicas se recogieron:

- a. Cardiopatía isquémica con 82 pacientes (5,5%)
- b. Arritmias: 33 pacientes (2,2%)
- c. Valvulopatía e Insuficiencia cardíaca congestiva: 10 (0,7%)

Enfermedades neurológicas:

- a. Enfermedad cerebrovascular: 25 pacientes (1,7%)
- b. Epilepsia o convulsiones: 31 pacientes (2,1%)
- c. Otras enfermedades neurológicas 7 pacientes (0,5%)

Así los pacientes que siguieron en el programa después de la primera visita fueron 753 pacientes que fue el 50,7%.

Además, también se registraron los pacientes que completaron el tratamiento hasta el final, sólo fueron 356, que corresponde al 24%.

A los pacientes que empezaron el tratamiento y no tuvieron una abstinencia mayor de 24 horas se les etiquetó como "Fracaso" y fueron 140, un 9,5% del total de la muestra.

426 pacientes, un 28,7% del total, hicieron el tratamiento sin llegar a abandonar el tabaco.

El éxito se midió como la abstinencia continua al año y fue un 16,4% del total de la muestra (243 pacientes).

Al estudiar los pacientes que abandonaron en la primera consulta tenemos los resultados reorientados en tres tablas: La primera, **Tabla 1**, representa las variables género y edad; la segunda, **Tabla 2**, contiene las características relacionadas con el tabaquismo de estos sujetos y en la tercera se analizan las comorbilidades **Tabla 3**.

**Tabla 1.** Género y edad en los pacientes que no continúan con el tratamiento y en los que sí

	No abandonan (753 (50,74%))	Abandonan (731 (49,26%))	
Sexo			
Varón	369 (49%)	394 (53,9%)	p = 0,062
Mujer	384 (51%)	337 (46,1%)	
Edad	47,19 (DS 10,6)	46,51 (DS 12)	p < 0,248

**Tabla 2.** Características relacionadas con el tabaquismo en los pacientes que no continúan con el tratamiento y en los que sí.

	No abandonan (753 (50,74%))	Abandonan (731 (49,26%))	
Tipo de Tabaco			
Rubio	557 (74%)	568 (77,7%)	p=0,091
Negro	69 (9,2%)	62 (8,5%)	
Light	106 (14,1%)	82 (11,2%)	
Puros	6 (0,8%)	9 (1,2%)	
Rubio y negro	7 (0,9%)	6 (0,8%)	
Rubio normal y <i>light</i>	6 (0,8%)	0	
Tabaco de liar	2 (0,2%)	4 (0,6%)	
Cigarrillos/día	24,97 (DS 11,3)	25,83 (DS 12,4)	p < 0,168
Edad de inicio	16,93 (DS 4,1)	17,19 (DS 4,9)	p < 0,263
Intentos previos	1,63 (DS 1,8)	1,33 (DS 1,8)	p = 0,001
<i>Fagerström</i>	6,01 (DS 2,3)	6,07 (DS 2,3)	p = 0,609
<i>Richmond</i>	8,25 (DS 1,4)	8,01 (DS 1,5)	p = 0,001
Cooximetría	16,24 (DS 9,3)	17,08 (DS 9,2)	p = 0,078

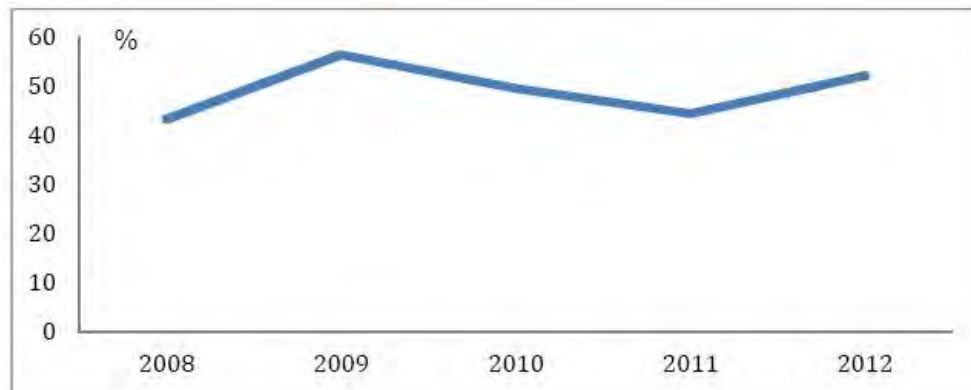
**Tabla 3.** Comorbilidades en los pacientes que no continúan con el tratamiento y en los que sí.

n=1484	No abandonan (753 (50,74%))	Abandonan (731 (49,26%))	
EPOC	105 (13,9%)	117 (16%)	p = 0,276
Asma	54 (7,2%)	64 (8,8%)	p = 0,291
SAHS	74 (9,8%)	66 (9%)	p = 0,657
EPID	3 (0,4%)	3 (0,4%)	p = 1
CI	30 (4%)	52 (7,1%)	p < 0,009
Arritmias	20 (2,7%)	13 (1,8%)	p = 0,293
HTA	140 (18,6%)	142 (19,4%)	p < 0,692
DM	80 (10,6%)	79 (10,8%)	p = 0,933
DLP	237 (31,5%)	199 (27,2%)	p = 0,077
ECV	14 (1,9%)	11 (1,5%)	p = 0,688
Vasculopatía periférica	23 (3,1%)	23 (3,1%)	p = 1
Úlcus gástrico	41 (5,4%)	55 (7,5%)	p = 0,114
Comorbilidad psiquiátrica	281 (37,3%)	301 (41,2%)	p < 0,137
Alcoholismo	73 (9,7%)	114 (15,6%)	p = 0,001
Neoplasia	35 (4,6%)	28 (3,8%)	p = 0,443
Patología tiroidea	34 (4,5%)	23 (3,1%)	p = 0,179

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; SAHS: Síndrome de Apneas-Hipopneas del Sueño; EPID: Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa; CI: Cardiopatía Isquémica; HTA: Hipertensión arterial; DM: Diabetes Mellitus; DLP: Dislipemia; ECV: Enfermedad CerebroVascular;

A pesar de que en los datos que se ofrecen, se observa que hubo diferencias con significación estadística en cuanto a los intentos previos y la motivación, así como en el hecho de padecer cardiopatía isquémica, en el modelo de regresión logística que se realizó no se observó que ninguna variable influyera de forma significativa.

A lo largo de los años los pacientes que no continuaron en la consulta tras la primera cita se recogen en porcentaje en la **Figura 1**. Fueron 116 pacientes de 268 en el año 2008, 163 de 289 en 2009, 156 de 315 en 2010, 132 de 297 en 2011 y 164 de 315 en el 2012.



**Figura 1.** Evolución a lo largo de los años del porcentaje que no acude a la segunda consulta

## Discusión

El tratamiento antibiótico es eficaz siendo el éxito global de un 16,4% y de un 32,27% si se incluyen sólo los que siguieron el tratamiento. La elevada tasa de abandono del tratamiento previa incluso al inicio de la terapia farmacológica, es decir, la tasa de pacientes que no acudieron a la segunda visita, que fueron prácticamente la mitad (49,3%) hace peligrar el éxito del programa. Este hecho puede tener mucha importancia, ya que altera los resultados de eficacia del tratamiento, pues si no se tiene en cuenta, se contarían como pacientes tratados a muchos que realmente no lo estuvieron. Cuando se analiza su evolución a lo largo de los años, se observa que la tendencia es horizontal, aunque presenta picos y valles.

La duda está en si debe de tenerse en cuenta a esos pacientes para valorar la efectividad del tratamiento o no, pues parte del tratamiento es la terapia psicológica para intentar aumentar la motivación. Estas importantes cifras de incomparecencia antes de iniciar tratamiento pueden deberse a factores como la remisión de pacientes con falta de motivación o a que no solicitaron la valoración voluntariamente, el elevado coste económico de los tratamientos y la dificultad para compatibilizar el horario laboral con el de las consultas, entre otros motivos. Desde luego esto produce un cuantioso consumo de recursos, que por otra parte no se tienen, lo que plantea la necesidad de una adecuada coordinación entre los distintos

niveles asistenciales para un mejor conocimiento de los criterios de derivación a la unidad, una óptima formación del personal sanitario, así como una valoración e información al paciente fumador para optimizar los recursos, lo que redundará en una mejor atención a la población fumadora, pero, además, habría que analizar cómo intervenir psicológicamente en esa primera consulta para disminuir esa importante tasa de abandono.

Se ha relacionado también con que mucho de los pacientes que son enviados a la consulta no lo solicitan voluntariamente, sino que son remitidos por su especialista, dada la gravedad de la patología que presentan y que puede verse agravada por el consumo de tabaco, o bien acuden por presiones familiares<sup>(15)</sup>. En alguna ocasión, aunque en mucho menor medida, los pacientes expresaron en la primera consulta las dificultades para acudir a la misma por incompatibilidad de horario y problemas de desplazamiento, entre otras, y en algún otro caso aislado, los pacientes decidieron no iniciar la terapia por el alto precio de los tratamientos utilizados para la deshabituación y la ausencia de financiación por parte del sistema de salud.

Como se ha demostrado, el éxito de estos tratamientos está fuera de toda duda y tanto el beneficio potencial, evitando complicaciones y enfermedades, como el real es indudable<sup>(16-18)</sup>. Es muy importante detectar si hay alguna diferencia entre los pacientes que abandonan o aquellos que siguen el tratamiento, lo que nos permitiría actuar sobre ellos, ya que un modo de aumentar nuestra eficacia global es a través de estos casos. De forma significativa, se observó que había diferencias en cuanto a los intentos de abandono previos, esto es, en el grupo que no abandonaban hubo más intentos. Tiene su lógica, pues estos pacientes ya saben a lo que van cuando acuden a la consulta y tienen experiencia. Además, los que no abandonaban puntuaban más en el test de *Richmond*, por lo que parece que la motivación para dejar de fumar influye en el hecho de continuar el tratamiento.

También hemos estudiado la variable de padecer ciertas comorbilidades que también podría estar en relación con la probabilidad de seguir el tratamiento, sin embargo, ninguna de las testadas parecía influir, exceptuando la cardiopatía isquémica, que lo hacía en sentido contrario, es decir, parece que aumentaba la posibilidad de que se abandonase el tratamiento en esa primera consulta.

Al emplear la regresión logística, se observó que ninguna de las tres variables anteriores predecían el comportamiento. Este resultado debería de ser revisado con estudios más potentes y específicos, ya que es difícil entender que ciertas comorbilidades y que la motivación no influyan en el hecho de acudir a la consulta y continuar con las revisiones. En otros estudios<sup>(19,20)</sup> ya se observa que no hay relación entre padecer ciertas patologías cardíacas y respiratorias y la abstinencia tabáquica.

En conclusión, hay muchos pacientes que, a pesar de acudir a una primera cita, no continúan. Esto supone un fracaso que debemos estudiar, ya que en ese primer contacto tenemos que facilitar que el paciente continúe con el tratamiento y aumentar su motivación.



## Referencias

1. Higes Martinez EB, Ramos Pinedo A, Nistal Rodriguez A. Tratamiento Integral del Tabaquismo. En: Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica diaria. Manual SEPAR de procedimientos 2015; 32:30-41.
2. 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
3. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*. 2004;99:29-38.
4. Rábade Castedo C, Lama López A, Dablanca Pallares M. Aproximación diagnóstica del paciente fumador. En: Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica diaria. Manual SEPAR de procedimientos 2015; 32:9-29.
5. Ramos Pinedo A, Prieto Gómez E. Estudio clínico del fumador En: Tratado de tabaquismo Jiménez Ruiz CA, Fagerström KO. Madrid 3a Edición. 2011; 295–308.
6. Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Díaz Maroto Muñoz JL, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso . *Arch Bronconeumol* .2003; 39:35–41.
7. Ramos Pinedo A, De Higes Martínez E, García-Salmones Martín M. Diagnóstico clínico del tabaquismo En: Manual de Tabaquismo Solano Reina S, Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda Juan A. Ed. *Respira*. 2012; 61–70.
8. Prochaska JO, Goldstein MG. Process of smoking cessation: Implications for clinicians. *Clin Chest Med*. 1991; 12:727–35.
9. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. 2008. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>
10. Encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y conductas en relación al consumo de tabaco. Madrid: Comité Nacional de Prevención del tabaquismo. 2008.
11. Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2009; 338:1024.
12. Hughes JR, Rennard SI, Fingar JR, Talbot SK, Callas PW, Fagerstrom KO. Efficacy of varenicline to prompt quit attempts in smokers not currently trying to quit: a randomized placebo-controlled trial. *Nicotine Tob Res*. 2011; 13:955–64.

13. Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 8:2850.
14. Myung SK, McDonnell DD, Kazinets G, Seo HG, Moskowitz JM. Effects of weband computer-based smoking cessation programs: Meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med.* 2009; 169:929–37.
15. Salvador Manzano María, Ayesta Ayesta Francisco Javier. La Adherencia Terapéutica en el Tratamiento del Tabaquismo. *Psychosocial Intervention [Internet]*. 2009 Dic [citado 2018 Jun 10] ; 18( 3 ): 233-244. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592009000300004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000300004&lng=es).
16. López PJT, Godoy R, Callejas FJ, Tornero AI, Montes JAR, et al. Pharmacoeconomic Analysis of the Therapies Used in the Treatment of Smoking in a Specialized Unit. *J Pulm Respir Med* 2016; 6: 347. doi:10.4172/2161-105X.1000347
17. Godoy Mayoral R, Genovés Crespo M, Callejas González FJ, Tornero Molina A, Tárraga López PJ y Rodríguez Montes JA. Abstinencia a los 3, 6, 9 y 12 meses en la consulta especializada de deshabitación tabáquica del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. *Prev Tab.* 2016;18(2):71-77
18. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, Aubin LS, Mcrae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *The Lancet.* 2016; 6736:1–14.
19. Bello S, Chamorro H, Orellana MA, Cisternas L, Salinas M. Experiencia de un programa de cesación del tabaquismo en el Instituto Nacional del Tórax. *Rev Chil Enferm Respir.* 2015; 31: 94-100. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-73482015000200004&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482015000200004&lng=es).
20. López Varela María Victorina, Anido Turquesa, Rovira Mabel, Goja Beatriz, Tubino Mariela, Alfonso Graciela et al. Factores asociados con la abstinencia y eficacia de un programa de cesación de tabaquismo. *Rev. Méd. Urug.* 2007 [citado 2018 Mar 26] ; 23: 25-33. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902007000100004&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902007000100004&lng=es).