



INFORME

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO DEL FONDO NACIONAL DE RECURSOS

Dra. Elba Esteves, Lic. Biol. Gustavo Saona,
Dra. Ps. Tania Palacio, Lic. Enf. Marcela Baldizzoni,
Lic. Enf. Isabel Wald, Lic. TS. Natalia Rey

2020

Objetivos

General:

- Evaluar el funcionamiento global del Programa de Tratamiento del Tabaquismo del Fondo Nacional de Recursos (FNR).

Específicos:

- Describir la población asistida en el Programa de Tratamiento del Tabaquismo del FNR.
- Evaluar desempeño del proceso asistencial.
- Evaluar resultados asistenciales a corto y mediano plazo de la población objetivo.

Población

Pacientes asistidos en todas las Unidades de Tabaquismo externas (TABE) e interna (TABI) del FNR, con fecha de ingreso entre el 1° de abril de 2016 y el 31 de marzo de 2017.

Se consideraron todos los controles durante el primer año de tratamiento. El seguimiento de la población, por vía telefónica, se realizó a los 15 meses de haber ingresado al programa, las llamadas se realizaron hasta el 31 de agosto de 2018.

VARIABLES

Para la descripción de la población se consideraron variables demográficas, socio-económicas y de consumo de tabaco: **edad, sexo, procedencia departamental, sector de salud en el que se asiste, nivel educativo, ocupación, edad de inicio del consumo de tabaco, consumo al ingreso al programa y consumo máximo.**

Variables de proceso:

- **número de controles** a los que asistió cada paciente de la población seleccionada luego de la entrevista inicial, se consideró el lapso de 12 meses posteriores al ingreso en el programa.
- **tiempo de tratamiento:** tiempo en días entre la entrevista inicial y el último controla los 12 meses, excluyendo los lapsos entre controles mayores a 30 días.
- **uso de medicamentos** durante el tratamiento: % de pacientes que recibieron algún tipo de apoyo farmacológico durante el tiempo de tratamiento.

- **tipo de tratamiento farmacológico:** % de pacientes que uso terapia de reemplazo nicotina (TRN) en forma de chicles de nicotina, bupropión (BPN) o ambos en el lapso de estudio.

Las variables de resultados definidas fueron:

- **abstinencia puntual:** % de pacientes que logró por lo menos 7 días consecutivos sin fumar en algún momento del tratamiento.
- **abstinencia puntual 15 meses:** % de pacientes que estaban sin fumar a los 15 meses de haber ingresado al programa.
- **tiempo de abstinencia mantenida:** media de tiempo de abstinencia de los pacientes que estaban sin fumar a los 15 meses de iniciado el tratamiento.
- **abstinencia mantenida por 6 meses:** % de pacientes que estaban sin fumar a los 15 meses del ingreso y han logrado 6 meses o más de abstinencia mantenida.
- **abstinencia mantenida por 12 meses:** % de pacientes que estaban sin fumar a los 15 meses del ingreso y han logrado 12 meses o más de abstinencia mantenida.

Muestra

La muestra se seleccionó entre los pacientes con inicio de tratamiento desde el 1° de abril 2016 a 31 de marzo 2017, una población de 1329 individuos.

Se tomó una muestra aleatoria estratificada por las siguientes variables: sexo, unidad de tabaquismo (TABE o TABI), uso de medicamentos (si o no) y número de controles (sin controles, mayor o menor de 3 al mes de tratamiento, la muestra se seleccionó en junio 2017).

Se seleccionaron al azar para la muestra 452 pacientes y fueron contactados 394, correspondiendo al 87,2% de la muestra objetivo.

Resultados

Ingresaron 1329 pacientes en el período de estudio (TABE 1171 y TABI 158), de los cuales 966 (72,7%; TABE 833 y TABI 133) asistieron a controles en el primer año (363 tuvieron solo el contacto de ingreso en el año de seguimiento).

En el período estudiado (1 de abril de 2016 al 30 de junio de 2017) asistieron a controles 2194 pacientes y se realizaron un total de 11355 controles. El total de consultas, sumando los 1329 inicios, fue de 12684.

La tabla 1 muestra las características demográficas y datos de consumo de la población y de la muestra. Se observó diferencias significativas en la proporción de los subsectores de cobertura de salud, en el consumo de tabaco al inicio del programa y consumo máximo entre la población y la muestra contactada (Tabla 1).

Las diferencias en los indicadores de consumo de tabaco entre la población y la muestra indican que los resultados se deben interpretar con precaución. La intensidad de consumo es levemente inferior en la muestra con un consumo promedio de dos cigarrillos menos al día.

Tabla 1. Descripción de población (N= 1329) y muestra contactada (n= 394). Los resultados de la muestra se encuentran analizados para un muestreo estratificado.

Variable	Población	Muestra	Valor-p^(e)
Sexo Femenino ^(a)	55,5% (737)	56,8% (224)	0,612
Edad ^(b)	48,0 (15,0 – 83,0)	48,0 (17,0 – 75,0)	0,964
Femenino	48,1 (17,0 – 83,0)	48,5 (20,0 – 75,0)	0,613
Masculino	47,9 (15,0 – 83,0)	47,4 (17,0 – 70,0)	0,624
Procedencia ^(a) :			
Montevideo	47,3% (629)	46,2% (182)	0,687
Interior	52,7% (700)	53,8% (212)	
Cobertura de Salud:			
Sector Público	42,6% (566)	35,5% (140)	0,005
Sector Privado	57,4% (763)	64,5% (254)	
Edad de inicio ^(b)	16,2 (5,0 – 60,0)	16,0 (6,0 – 40,0)	0,225
Femenino	16,6 (5,0 – 60,0)	16,1 (6,0 – 35,0)	0,089
Masculino	15,7 (6,0 – 55,0)	15,7 (6,0 – 40)	1,000
Ocupación ^(a) :			
Trabajo formal	55,5% (738)	56,9% (224)	0,922
Trabajo informal	10,7% (142)	10,9% (43)	
Desocupado	13,0% (173)	11,4% (45)	
Jubilado o pensionista	19,3% (256)	19,3% (76)	
Sin dato	1,5% (20)	1,5% (6)	
Sin dato			
Nivel de instrucción ^(a)			
Primaria	22,3 % (296)	21,6% (85)	0,942
Secundaria	56,4 % (749)	57,9% (228)	
Terciaria	19,0 % (253)	18,8% (74)	
Sin dato	2,3 % (31)	1,8% (7)	
Sin dato			
Consumo al ingreso ^(c)	19,5 (0 – 99)	17,2 (0 – 60)	<0,001
Femenino	18,6 (0 – 99)	16,2 (0 – 60)	<0,001
Masculino	20,6 (0 – 60)	18,6 (0 – 80)	0,025
Consumo máximo ^(d)	33,4 (1–120)	31,6 (4 – 99)	0,027
Femenino	30,8 (1 – 99)	28,4 (5 – 99)	0,580
Masculino	36,6 (4 – 120)	35,9 (4 – 90)	0,012

(a) porcentaje (n° de casos).

(b) media (mínimo – máximo) en años.

(c) media (mínimo – máximo) número de cigarrillos/ día fumados al ingreso al programa.

(d) media (mínimo – máximo) número de cigarrillos/ día máximo que ha consumo alguna vez en su vida.

(e) resultado del test de Chi-cuadrado o test de Student según corresponda y se consideró significativo los valores-p menores o iguales a 0,05.

Indicadores de proceso

Número de controles

Hubo 966 pacientes que concurrieron a control luego de su entrevista inicial. El número de controles promedio dentro del primer año del ingreso al programa fue 5,3 (min.= 1, máx.= 50), sin una diferencia significativa ($p= 1,00$) entre hombres y mujeres. El 50% de la población concurrió a 3 controles (Percentil25= 1; Percentil75=7).

La evidencia muestra que se requiere por lo menos 3 controles luego de la entrevista inicial para lograr una intervención efectiva, el 41,5% de la población total alcanzó este objetivo. Entre quienes asistieron a controles 57,1% alcanzaron esta meta. La tabla 2 no muestra diferencias significativas ($p > 0,05$) entre sexos para la adhesión al tratamiento.

Tabla 2. Número de controles por sexo.

	% Hombres (n=592)	% Mujeres (n=737)	% Total (n=1329)
Sin controles	27,9	26,9	27,3
< 3 controles	30,2	31,9	31,2
3 controles o más	41,9	41,2	41,5
Total	100	100	100

Tiempo de tratamiento

El tiempo promedio de tratamiento en el primer año fue 56,6 días (DE=61,3; mín= 1,0 y máx= 364,0) entre la entrevista inicial y el último control, excluyendo quienes no asistieron a ningún control y los lapsos entre controles mayores a 30 días. No se observó diferencias entre sexos ($p= 0,682$) pero si ($p= 0,007$) entre los subgrupos TABE (media= 55,8; mín= 1,0;máx=364,0) y TABI (media= 61,8; mín=1,0;máx= 261,0).

Tratamiento farmacológico

El 55,5% de los pacientes (738/1329) recibieron tratamiento farmacológico, la distribución de las diversas formas terapéuticas se muestran en la gráfica 1.

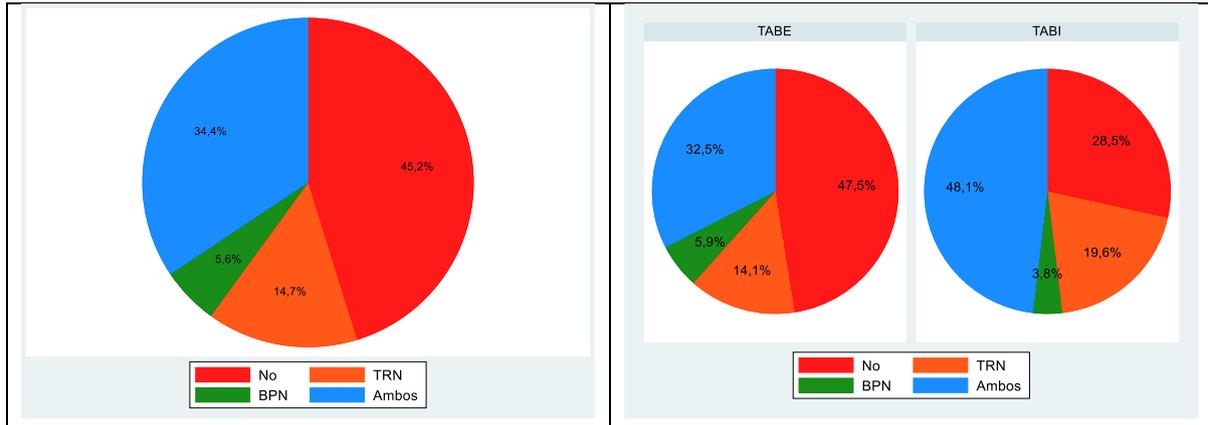


Gráfico 1. Distribución de los medicamentos indicados.

TRN: Terapia de reemplazo nicotínico, BPN: Bupropión

Se observaron diferencias significativas ($p < 0,001$) en el uso de medicamentos entre los subgrupos del programa, pero no entre sexos ($p = 0,675$).

El tiempo de uso de los diversos fármacos tuvo una media de 56,2 días (mín= 1,0; máx= 337,0) para TRN y 59,2 días (mín= 1,0; máx= 337,0) para BPN. No se observaron diferencias significativas en los tiempos de uso de TRN o BPN entre subgrupos del programa ($p > 0,05$) o entre sexos ($p > 0,05$).

Indicadores de resultados

Abstinencia puntual

En los pacientes que ingresaron al programa de tabaquismo la abstinencia puntual (7 días en algún momento) fue del 27,2% (IC95%= 24,9 – 29,7). Dicho indicador varió significativamente ($p = 0,002$) entre el subgrupo externo 25,9% (IC95%= 23,5 – 28,5) y el interno 37,3% (IC95%= 30,2 – 45,1).

El 37,4% de los pacientes que asistieron a controles, lograron abstinencia puntual (7 días) en algún momento del tiempo de control (Tabla 3). Este porcentaje es progresivamente creciente de acuerdo al número de controles a los que asistieron. La tabla 3 muestra el porcentaje de abstinencia puntual en los pacientes que asistieron a controles evidenciando una diferencia significativa ($p < 0,001$) entre quienes asistieron a más o menos de 3 controles.

Tabla 3. Abstinencia puntual según número de controles en el primer año.

Abstinencia puntual	N	Estimación puntual (%)	IC 95%
< 3 controles (n= 414)	58	14,0	11,0 – 17,7
3 controles o más (n= 552)	303	54,9	50,7 - 59,0
Total (n= 966)	361	37,4	34,4 – 40,5

Si bien la estimación de abstinencia puntual del programa de tabaquismo interno supera en un 8,1% la del tabaquismo externo, la diferencia no es significativa ($p=0,073$) en pacientes que asistieron al menos a un control (Tabla 4).

Tabla 4. Abstinencia puntual según subgrupo del programa de tabaquismo del FNR en pacientes que asistieron a controles en el primer año.

Abstinencia puntual	N	Estimación puntual (%)	IC 95%
TABE (n= 833)	302	36,3	33,1 – 39,6
TABI (n= 133)	52	44,4	36,2 – 52,8
Total (n= 966)	361	37,4	34,4 – 40,5

Se realizó un análisis de regresión logística para determinar la asociación entre distintos factores (demográficos, intensidad del consumo o de la adherencia al programa) y la abstinencia puntual, los resultados se presentan en la tabla 5. Se debe tener en cuenta en la lectura del OR, que el evento es la abstinencia puntual, por tanto un valor mayor a 1 indica un factor predisponente para lograr el objetivo y un valor menor a 1 será al contrario.

Un mayor consumo máximo de cigarrillos resultó ser un obstáculo para lograr la abstinencia puntual, mientras que un mayor número de controles o el uso de medicamentos fueron factores favorecedores de la abstinencia (Tabla 5).

Tabla 5. Análisis de asociación mediante regresión logística binaria, entre la abstinencia puntual y algunos factores demográficos, marcadores de intensidad del consumo y de adherencia al programa.

Variables	OR	IC95%	Valor p
Sexo Femenino	0,87	0,64 – 1,17	0,346
Edad	1,00	0,99 – 1,01	0,563
Edad IC	0,99	0,96 – 1,03	0,688
Consumo Máximo	0,98	0,97 – 0,99	<0,001
Subgrupo TABI	0,97	0,65 – 1,46	0,884
Controles > 3	6,38	4,49 – 9,08	<0,001
Medicación	1,60	1,05 – 2,44	0,028

Dado que se observaron diferencias significativas entre las características de la muestra y de la población evaluada se consideró apropiado contrastar la estimación de la abstinencia puntual en algún momento del tratamiento, con el valor poblacional 27,2%. La estimación fue 29,2% con un intervalo de confianza al 95% de 25,9 a 32,7%. En tanto la estimación por intervalo de confianza contiene al valor puntual de la población se considera que es aceptable en su nivel de representatividad.

Abstinencia puntual a los 15 meses del ingreso

Como primer indicador de resultado a largo plazo se estimó, mediante la muestra, que un 26,8% de los pacientes estaban sin fumar (abstinencia puntual de 7 días) a 15 meses del ingreso al programa. Este porcentaje también fue incrementando en relación al número de controles, en este caso se consideraron también los pacientes que no asistieron a ningún control.

A partir de 3 controles o más se observa un incremento significativo ($p < 0,001$) de la abstinencia puntual (Tabla 6).

Tabla 6. Abstinencia puntual a los 15 meses en la muestra según número de controles. El grupo "<3 controles" incluye pacientes que sólo concurren a la entrevista inicial.

Abstinencia a los 15 meses	Estimación puntual (%)	IC 95%
< 3 controles (n= 221)	20,6	16,3 – 25,7
3 controles o más (n= 173)	36,0	30,2 – 42,3
Total (n= 394)	26,8	23,2 – 30,7

Se observaron diferencias significativas ($p= 0,011$) en la abstinencia puntual a 15 meses entre los subgrupos del programa (Tabla 7).

Tabla 7. Abstinencia puntual a los 15 meses en la muestra según subgrupo del programa.

Abstinencia a los 15 meses	Estimación puntual (%)	IC 95%
TABE (n= 332)	25,3	21,5 – 29,5
TABI (n= 62)	37,9	28,9 – 47,8
Total (n= 394)	26,8	23,2 – 30,7

El tiempo promedio de abstinencia en los pacientes que estaban sin fumar a los 15 meses del ingreso al programa fue de 379,6 días (IC95%= 347,5 – 411,7).

Abstinencia mantenida

Dada la elevada probabilidad de recaída en esta adicción, es importante medir la abstinencia mantenida. El 21,9% y 17,0% de la población lograron abstinencia mantenida por 6 y 12 meses respectivamente.

Cuando se considera el número de controles a los que asistió cada paciente, nuevamente la diferencia es estadísticamente significativa, como lo muestra la tabla 8 ($p < 0,001$) y 9 ($p < 0,001$).

Tabla 8. Abstinencia mantenida por 6 meses según número de controles. El grupo '< 3 controles' incluye pacientes que sólo concurren a la entrevista inicial.

Abstinencia mantenida 6 m	Estimación puntual (%)	IC 95%
< 3 controles (n= 221)	16,5	12,6 – 21,2
3 controles o más (n= 173)	30,1	24,5 – 36,2
Total (n= 394)	21,9	18,6 – 25,7

Tabla 9. Abstinencia mantenida por 12 meses según número de controles. El grupo '< 3 controles' incluye pacientes que sólo concurren a la entrevista inicial.

Abstinencia mantenida 12 m	Estimación puntual (%)	IC 95%
< 3 controles (n= 221)	10,3	7,2 – 14,4
3 controles o más (n= 173)	27,1	21,8 – 33,1
Total (n= 394)	17,0	14,1 – 20,4

Cuando se considera el subgrupo del programanuevamente la diferencia es estadísticamente significativa, como lo muestra la tabla 10 ($p < 0,031$) y 11 ($p < 0,032$).

Tabla 10. Abstinencia mantenida por 6 meses según subgrupo del programa.

Abstinencia mantenida 6 m	Estimación puntual (%)	IC 95%
TABE (n= 332)	20,7	17,2 – 24,8
TABI (n= 62)	31,0	22,5 – 41,0
Total (n= 394)	21,9	18,6 – 25,7

Tabla 11. Abstinencia mantenida por 12 meses según subgrupo del programa.

Abstinencia mantenida 12 m	Estimación puntual (%)	IC 95%
TABE (n= 332)	16,0	12,8 – 19,6
TABI (n= 62)	25,1	17,5 – 34,6
Total (n= 394)	17,0	14,1 – 20,4

Discusión

Este estudio analiza los datos registrados por los profesionales a cargo de las Unidades de Tratamiento de Tabaquismo que integran el Programa del Fondo Nacional de Recursos, la población está constituida por el total de personas registradas en dichas unidades. Cabe destacar que según otro análisis realizado en la población ingresada en el año 2017, considerando la prevalencia nacional de consumo de tabaco del mismo año, 1 de cada 286 fumadores consultó en el Programa del FNR¹. Es levemente mayor el número de mujeres que solicitan ayuda (55,5%), la edad media es 48 años, sin diferencia por sexo. Más de la mitad de la población tiene trabajo fijo y nivel secundario de educación curricular. Este perfil se ha reiterado en las sucesivas evaluaciones del programa desde su inicio en 2004.

El consumo promedio al ingreso es 19,5 cpd con una leve diferencia por sexo (F – 18,6 y M – 20,6). El promedio de consumo máximo fue 33,4cpd, siendo mayor entre los hombres (F – 30,8 y M – 36,6). La población asistida tiene mayor consumo que el promedio de la población general 15,2 cpd (F – 13,4 y M – 16,7)². Si bien no tenemos un indicador específico de dependencia nicotínica, considerando la intensidad del consumo como un componente de la misma, podríamos inferir que quienes consultan tiene mayor dependencia que el promedio de la población general.

Se analiza un registro clínico que no constituye una historia clínica completa, por lo tanto los indicadores se elaboraron en base a los datos existentes, consideramos necesario agregar variables que permitan identificar el grado de dependencia física y algún tipo de medición de la motivación de la población para una mejor caracterización de la misma.

Ingresaron 1329 pacientes en el período de estudio, 27,3% de la población no tuvo controles luego de la entrevista inicial y 42,9 % de quienes concurren a algún control no alcanzaron a completar 3 controles. Es frecuente una alta tasa de abandono en el tratamiento de una adicción, se puede atribuir a diversos factores: alta dependencia, baja motivación para el cambio, influencia de factores externos imprevistos y dificultad para la recaptación del paciente por parte del equipo asistencial, entre otros. También es posible que la gratuidad del tratamiento facilite que algunas personas se acerquen para conocer la propuesta, sin estar realmente preparados para el proceso de cesación.

La gratuidad del tratamiento tiene por otra parte un impacto positivo en el tiempo promedio de tratamiento 56,6 días y el alto porcentaje de pacientes que recibió tratamiento farmacológico, 55,5%, considerando el total de la población. Tanto el tiempo de permanencia en el programa como el uso de medicamentos específicos para tratar el tabaquismo, son indicadores de buenas prácticas y mejores resultados³.

La regresión logística realizada para determinar las características de la población relacionadas con el éxito del tratamiento, mostró que la edad, el sexo ni la edad de inicio del consumo fueron determinantes en esta población. Por otro lado, tuvieron más probabilidad de lograr abstinencia puntual quienes tenían menor consumo máximo, concurren a más de 3 controles y recibieron tratamiento farmacológico. Esta asociación es coherente con la amplia evidencia de mayor éxito en el tratamiento en las personas con mayor adhesión al mismo y uso de apoyo farmacológico sumado al apoyo conductual^{4,6}.

Se ha demostrado que la efectividad de la intervención aumenta a medida que aumenta la intensidad de la misma, en número de controles y tiempo de duración del contacto. Se considera que el número mínimo necesario para una intervención efectiva es 3 controles, de por lo menos 10 minutos, luego de la entrevista inicial^{4,5,7}. El 41,5% de la población alcanzó dicho nivel de efectividad de la intervención. Tanto los indicadores de abstinencia puntual como los de abstinencia mantenida mostraron diferencia ampliamente significativa entre las personas que adhirieron mínimamente al tratamiento y quienes no, confirmando lo mostrado en la literatura referente al número de controles mínimo necesario para lograr una intervención efectiva.

En este estudio no se demostró diferencia significativa en la adherencia al tratamiento entre hombres y mujeres, tampoco en los resultados asistenciales. Si bien es frecuente la percepción de los profesionales que trabajan en el tratamiento del tabaquismo que las mujeres tienen más dificultad en alcanzar y sostener la abstinencia, no existe evidencia firme al respecto, hay trabajos con resultados en ambos sentidos⁸.

Es imprescindible definir indicadores de resultados a mediano plazo, 6 y 12 meses, dado que se está evaluando el tratamiento de una adicción, por lo que la probabilidad de recaída luego de lograda la abstinencia es alta. Se estima que entre 50 y 75% de los fumadores que dejaron de fumar en el marco de un programa de tratamiento, recaen en el siguiente año⁹. La evaluación de diversas intervenciones para prevenir la recaída ha tenido bajos niveles de evidencia de efectividad¹⁰.

Los indicadores de resultados, mostraron diferencias entre los programas interno y externo del FNR. La principal diferencia radica en que el programa externo está integrado por un conjunto de 62 unidades de tabaquismo, con profesionales con distinto nivel de experiencia, la mayoría con dedicación compartida con otras responsabilidades, diversidad de posibilidades en el uso de herramientas complementarias al tratamiento, como interconsulta con otras disciplinas, seguimiento telefónico, apoyo administrativo, todos factores que influyen en la adherencia al tratamiento y por lo tanto en los resultados. Por otro lado el equipo asistencial del FNR es un equipo multidisciplinario consolidado con amplia dedicación a la unidad de tabaquismo, con infraestructura y apoyo administrativo para su funcionamiento. Esto demuestra la importancia de contar con un equipo multidisciplinario dedicado a la unidad de tabaquismo con infraestructura adecuada a las necesidades del programa y apoyo logístico institucional.

Con respecto al éxito del tratamiento, el criterio más estricto para su definición incluye el tiempo de abstinencia sostenida por al menos 6 meses y la confirmación biológica de la misma, dosificación de monóxido de carbono en aire espirado, por ejemplo. En

este estudio se aplicó el criterio temporal más estricto, la abstinencia continuada por 12 meses. Sin embargo no fue posible agregar el componente de confirmación biológica, ya que el control a largo plazo se realizó con autoreporte telefónico. Cabe destacar que en nuestro país aún hay muchas Unidades de Tabaquismo que no cuentan con Dosificador de Monóxido de Carbono.

Finalmente podemos considerar que los resultados obtenidos en el Programa, en cuando a abstinencia sostenida, son similares a algunos porcentajes reportados e inferiores a otros¹¹⁻¹³. Es de destacar que es muy difícil encontrar publicaciones de registros nacionales comparables a este trabajo.

Es necesario identificar factores que pueden mejorar los resultados globales del Programa. Este estudio aporta información sobre la necesidad de aumentar la adherencia al tratamiento. La misma es un fenómeno multifactorial, en el que intervienen factores del paciente, del equipo asistencial y del Sistema de Salud, y multidimensional en el que intervienen componentes biológicos, psicológicos y sociales.

Conclusiones

Este estudio realizado sobre datos de un registro clínico nacional permite sacar conclusiones sobre las características de la población asistida, los principales factores vinculados al éxito del tratamiento, e identificar necesidades de mejoras en los datos registrados.

Los factores vinculados a mejores resultados, con amplia demostración en la bibliografía, fueron la mayor adherencia al tratamiento y la intervención combinada, conductual y farmacológica.

El análisis por subgrupos de programa sugiere que la mayor adherencia se relaciona con: integración multidisciplinaria amplia de un equipo de salud consolidado, con profesionales específicamente capacitados, brindando tratamiento basado en evidencias, multicomponente, con infraestructura adecuada, apoyo administrativo y compromiso institucional.

Referencias

1. Esteves E, Saona G. Accesibilidad al programa de tratamiento de tabaquismo del FNR. Diagnóstico de situación. 2017. Presentado en el 3er. Congreso Uruguayo Tabaco o Salud, Piriápolis. 2019. (no publicado)
2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Centro para el Control de Enfermedades y Prevención, Ministerio de Salud Pública de Uruguay, Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos 2017 (Global Adult Tobacco Survey). Uruguay. 2019.
3. Llambí L, Esteves E, Blanco L, Barros M, Parodi C, Goja B. Factores predictores de éxito en el tratamiento del tabaquismo. *Rev. Méd. Urug.* 2008. 24;2.
4. Fiore M, Bailey W, Cohen S, Dorfman S, Goldstein M, Gritz E, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. US Department of Health and Human Services. Public Health Service. 2000.
5. Lancaster T, Stead L. Individual behavioural counselling for smoking cessation *Cochrane Database Syst Rev* . 2017 Mar 31;3(3):CD001292.
6. Stead L, Koilpillai P, Fanshawe T, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 3.
7. Ministerio de Salud Pública. Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo. Uruguay. 2009
8. Úrsula Martínez U, Fernández del Río E, López-Durán A , Rodríguez-Cano R, Martínez-Vispo C, Becoña E. La recaída en fumadores que dejan de fumar con un tratamiento psicológico: ¿una cuestión de sexo? *Acción psicol*; 13, 1. 2016
9. Quesada M, Carreras J, Sánchez L. Recaída en el abandono del consumo de tabaco: una revisión. *Adicciones*; 14, 1. 2002
10. Livingstone-Banks J, Norris E, Hartmann-Boyce J, West R, Jarvis M, Hajek P. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 2. Art. No.: CD003999.
11. Poulsen P, Spillemos H, Nielsen G, Hergel L, Wedell-Wedellsborg D, Strand M, Ringbæk T. Real-life effectiveness of smoking-cessation treatments in general practice clinics in Denmark. The Escape Smoke project. *Respiratory Medicine*. 2015. 109; 218-227
12. Rasmussen M, Fernández E, Tønnesen H. Effectiveness of the Gold Standard Programme compared with other smoking cessation interventions in Denmark: a cohort study. *BMJ Open* 2017;7:e013553.
13. Nerín I, Novella P, Beamonte A, Gargallo P, Jiménez-Muro A, Marqueta A. Resultados del tratamiento del tabaquismo en una unidad especializada. *Arch Bronconeumol*. 2007;43(12):669-73