



RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Rol del pediatra en evitar el tabaquismo en adolescentes y niños

Role of the pediatrician in preventing smoking in adolescents and children

Leonardo Véjar Mourgués

Palabras claves:

criança,
prevencion,
tabaquismo.

Resumen

En Chile un 34% de los niños de enseñanza media egresan fumando y en Brasil alrededor de 15%. Brasil, está en un momento evolutivo en que las tasas en escolares sin ser bajas, pueden ascender. Por eso, debe haber preocupación de los pediatras brasileños en esta nueva problemática.

El tabaquismo es una enfermedad pediátrica, porque casi todas las personas se inician en el consumo de cigarrillos siendo jóvenes o niños. El inicio del consumo se debe a la publicidad directa o indirecta de la industria y a la imitación que los jóvenes hacen de sus padres, de sus ídolos juveniles, de los profesores y los funcionarios de la salud que fuman.

Las campañas desarrolladas en las escuelas y que sólo consisten en aspectos informativos han fracasado. Han dado resultado campañas multi componentes que consideran prohibir el consumo en los colegios, estimular el cese de fumar a profesores y apoderados, campañas de concursos escolares, subir el precio de los cigarrillos y controlar la publicidad directa e indirecta.

Por lo anterior, si el médico quiere ayudar a evitar el inicio del tabaquismo en los jóvenes debe desarrollar acciones en forma amplia y no aislada ¿Cuáles serían las tareas a desarrollar? La primera, el médico, especialmente el de niños, no debe fumar por su rol modélico y para que las acciones de salud que va a realizar sean creíbles. La segunda tarea es ayudar al equipo de colaboradores a dejar de fumar. La tercera con relación a los pacientes pediátricos y a sus padres, es preguntar siempre y en toda consulta si fuman o no y si lo hacen, aconsejar la cesación en forma clara, enérgica y fundamentada. Además, ofrecer ayuda para hacerlo. La cuarta tarea, es ampliar el espectro a dar apoyo a los profesores de los colegios y universidades, para orientar la formación de los alumnos especialmente de carreras de la salud y de paso, ayudar a los profesores a dejar de fumar. La quinta apoyar a los políticos para modificar las leyes y desarrollar medidas que desalienten el ingreso de los jóvenes al consumo, tales como, control de la publicidad abierta y encubierta, subir los precios de productos del tabaco y crear ambientes libres de humo. Por último, el pediatra debe estar atento a los indicadores epidemiológicos del consumo de tabaco en la juventud y sus cambios con relación a las medidas de control.

Keywords:

child,
prevention,
smoking.

Abstract

In Chile 34% of graduating high school children smoking and in Brazil about 15%. Brazil is in an evolutionary moment in which smoking school rates may rise. Therefore, there should be concern of Brazilian pediatricians in this new problem.

Smoking is a pediatric disease because most people start smoking at a young age. The first use is due to the direct or indirect advertising industry and that young people make imitation of their parents, their teen idols, teachers and health officials who smoke.

Campaigns in schools and only information have failed. Campaigns have been successful considering multi-component prohibit the use in schools, encourage smoking cessation for teachers and parents, school competitions campaigns, raise the price of cigarettes and controlling direct and indirect.

MEDEF Chile. Pediatra Especialista en Enfermedades Respiratorias. Experto en Tabaquismo. Programa de Tabaquismo Hospital Dr. Sótero del Río. Santiago Chile. Comisión Tabaco Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias.

Correspondência: drvejar@gmail.com

Therefore, if the doctor wants to help prevent the onset of smoking in youth should develop actions in a comprehensive manner and not in isolation. What are the tasks to be performed? The first, the doctor, especially pediatrician, should not smoke for his/her role model and health actions to be undertaken are credible. The second task is to help the team of employees to quit smoking. The third related to pediatric patients and their parents, and always ask if they smoke or any inquiry and if they do not, the cessation advice in a clear, strong and grounded. In addition, provide support to do so. The fourth task is to expand the spectrum to provide support to teachers in colleges and universities to guide the training of students especially in health careers and incidentally, help teachers to quit. The fifth supporting politicians to change laws and to develop measures to discourage the entry of young consumer, such as control of overt and covert advertising, raise prices snuff products and create smoke-free. Finally, the pediatrician should be aware of the epidemiological indicators snuff consumption in youth and their changes in relation to control measures

MAGNITUD DEL PROBLEMA Y NECESIDAD DE MEDIDAS DE CONTROL

En el mundo OMS calcula que 6 millones de personas cada año fallecen por complicaciones del consumo del tabaco, mayoritariamente por enfermedad cardiovascular, pulmonar y cáncer y se piensa que el 2030, se llegará a 8 millones de muertos¹. El incremento se produce por acumulación de años de consumo. En Chile se estima que fallecen unas 15.000 personas por año. En Brasil 200.000. En Chile fuman 44,2 de los hombres y 40,5 de las mujeres 1 y 1 de cada 3 estudiantes, egresan fumando de la enseñanza media. En Brasil entre 11 y 20% de los escolares fuman². En Chile preocupa que, además, del alto porcentaje de niños y adolescentes fumando, 50% están sufriendo el efecto del tabaquismo pasivo, inhalar el humo producido por los fumadores³. Ahora bien, los niños pueden ser afectados desde antes de nacer, cuando la madre fuma, porque casi la mitad de las madres fumadoras se mantienen fumando durante el embarazo y un 50% de las gestantes está en un ambiente contaminado con humo^{4,5}. El daño al feto es traducido como menor peso al nacer y mayor riesgo de muerte súbita y después que nace por mayor riesgo de asma, neumonía, otitis media aguda y muerte súbita infantil⁶⁻⁸.

En el niño fumador, empeoran las enfermedades respiratorias existentes y dificulta su manejo⁹.

Inicio del Consumo

El proceso de convertirse en fumador comienza antes de que el individuo experimente con cigarrillos, con el desarrollo de una predisposición cognitiva para fumar, a menudo en la pre pubertad¹⁰. Los niños empiezan a fumar imitando a los adultos, a sus padres, sus profesores, sus médicos y a los líderes de los grupos infantiles. Está demostrado que la publicidad abierta especialmente al TV (induce fuertemente el consumo¹¹ y quizás la publicidad encubierta tenga un rol mayor aún, el 60% de los jóvenes empiezan a fumar por su influencia¹². Publicidad encubierta es mostrar héroes de las películas, videos, DVD y otros fumando. O bien, actores de teatro, cantantes famosos fumando en afiches, autos deportivos con los colores de productoras de cigarrillos, clubes con nombres de marcas. Otra publicidad efectiva, es el apoyo de

tabacaleras a programas de prevención de consumo en colegios. Las tabacaleras saben que esas campañas tiene escaso efecto, si alguno.

ROL DEL PEDIATRA EN EVITAR EL INICIO DEL CONSUMO

La tarea de evitar el inicio del tabaquismo en los jóvenes estrictamente hablando es una labor que es realmente efectiva a través de los legisladores y las autoridades de salud. Baja fuertemente el consumo en los jóvenes prohibir la publicidad abierta y encubierta, dificultar el acceso de los jóvenes al consumo y aumentar los impuestos al tabaco. También, ayudan las políticas de ambiente libres de humo de tabaco (ALHT) y la publicidad antitabaco en los medios de comunicación de amplia difusión. En contraste, la gran mayoría de campañas preventivas desarrolladas en los colegios basadas en información del daño que produce el tabaco, no han dado resultados.

ROL DEL PEDIATRA EN AYUDAR PARA DEJAR DE FUMAR

Primera tarea

Para que un médico, especialmente un pediatra, sea un buen terapeuta o consejero de tabaquismo, no debe fumar. Por una parte, por su rol modélico y por otra, para que las acciones de salud que va a realizar sean creíbles¹³.

Un 30% de los estudiantes de medicina fuman en Chile¹⁴. Los que completan sus estudios y se reciben de médicos siguen fumando lo que se demuestra porque de los médicos que ejercen, el 30% fuman¹⁵. Podríamos suponer que si los médicos que fuman no logran dejar de hacerlo no es porque ignoren el daño producido por el tabaco, sino porque no pueden conseguirlo sin ayuda.

Segunda tarea

Ayudar al equipo de colaboradores a dejar de fumar (45% de los funcionarios en Chile fuman) Esta actividad es esencial, porque hay una relación entre descenso de las tasas de consumo y que los profesionales de la salud empiezan a dejar de fumar¹⁶.

Dan buenos resultados las campañas organizadas que combinan información, consejería y ayuda para dejar de fumar.

Tercera tarea

Ayudar al paciente pediátrico y a sus padres. Preguntar siempre y en toda consulta si fuman o no. Y si lo hacen, aconsejar la cesación en forma adecuada, es decir, en forma clara, enérgica y fundamentada. Además, ofrecer ayuda para hacerlo. Este tipo de consejería presenta evidencia de su efecto en adultos, pero su efecto en jóvenes está poco estudiado.

Cuarta tarea

Ampliar el espectro a dar apoyo a los profesores de los colegios y universidades, para orientar la formación de los alumnos y profesionales de la salud y también, ayudar a los profesores a dejar de fumar. En las universidades en ninguna carrera de la salud y tampoco en las pedagogías, se entregan contenidos formales sobre tabaquismo y su efecto en la salud.

En las escuelas la simple información a los alumnos sobre el daño que hace el tabaco en la salud no ha demostrado efectos. Para que un programa de resultados, debe ser multicomponente. Esto es trabajar con los profesores, los apoderados y los líderes de los jóvenes. Utilizar las técnicas de empoderar a los jóvenes incrementando su autoestima, enseñarles a rechazar ofertas de cigarrillo, drogas y alcohol. Y esto en conjunto con apoyar el cumplimiento de las medidas generales establecidas en leyes de control antes señaladas. En cuanto a los contenidos a entregar, los profesores pueden enseñar a los alumnos el daño inmediato que hace el tabaco (estética, olor, impotencia, gasto, otros). Y se recomienda dar la información no como tema aislado, sino insertándola como estudio de problemas, dentro de las asignaturas.

Quinta tarea

Apoyar a los políticos y a los gobiernos para mejorar las leyes, desarrollando medidas que desalienten el ingreso de los jóvenes al consumo, tales como, control de la publicidad abierta y encubierta, subir los precios de productos del tabaco y crear ambientes libres de humo.

Sexta tarea

El pediatra y todos los médicos deben estar atentos a los indicadores epidemiológicos del consumo de tabaco en la juventud y el impacto de las medidas de control para sugerir las correcciones adecuadas.

MEDIDAS ESPECÍFICAS PARA DEJAR DE FUMAR BASADOS EN EVIDENCIA

Se acepta actualmente que el tabaquismo es una adicción, relacionada con la nicotina. Su uso produce lesiones orgánicas en las neuronas del Área Tegmental Ventral del mesencéfalo y del Núcleo Acumbens: incremento en el número y función de los receptores nicotínicos alfa4 beta2 y aparición de

receptores dopaminérgicos supernumerarios y extrasinápticos. Estas lesiones convierten al fumador en dependiente de la nicotina y esta dependencia produce alteraciones físicas y psicológicas en el fumador (Síndrome de abstinencia). Este síndrome conduce a una búsqueda "incontrolada e insana" de la nicotina a través del consumo continuado de cigarrillos. Además, se reconocen en la dependencia una serie de procesos, tanta o más importante que la dependencia química. En la vida de una persona fumadora se produce una serie de cambios que deben ser revertidos para dejar de fumar. El proceso comienza cuando el fumador obtiene placer del cigarrillo y aprende a utilizarlo para calmar ansiedades, obtener efecto estimulante o en roles sociales. El sujeto establece costumbres, automatismos, ceremonias en torno al cigarrillo y esto genera una dependencia de espectro amplio que se describe como triple dependencia del fumador: química, psicológica y social. Como consecuencia de lo anterior, el fumador está recibiendo del cigarrillo refuerzos "positivos" y cuando el cigarrillo falta, experimentan el refuerzo negativo o síndrome de abstinencia¹⁷.

¿Cómo se identifica al adicto a la nicotina?

Se identifica mediante el test de Fagerström¹⁸ del cual hay dos preguntas básicas que lo pueden reemplazar: tiempo que el sujeto demora en fumar el primer cigarrillo de la mañana y dosis que se consume. Existiendo muchos criterios, el adicto a nicotina, sin lugar a duda, es el que necesita fumar antes de media hora, luego de despertar o que consume 10 o más cigarrillos por día (cpd). Una de cada cinco personas fuma mucho, más de 20 cpd. A estas personas les cuesta más dejar de fumar y tienen alta tasa de recaídas. Por eso, habitualmente necesitan un tratamiento intensivo para dejar de fumar. Los jóvenes en su mayoría son poco adictos y están recibiendo los refuerzos positivos del cigarrillo. Pero muchos van a subir el consumo con el tiempo y van a hacerse adictos.

Tipos de tratamiento

Por lo antes señalado, existen diferentes perfiles de fumadores que se deben tener en cuenta para indicar la terapéutica.

Tratamiento Farmacológico

De primera línea: Terapia de reemplazo de nicotínica, Bupropión, Vareniclina; de segunda línea: Aminotriptilina. En ensayo Citisyna, planta de la cual se prepara la Vareniclina (Tabex).

Tratamiento psicosocial o no farmacológico

Se dispone de varias medidas que luego veremos en detalle.

1. Consejería breve (ABC).
2. Consejería telefónica (mensajería teléfonos móviles).
3. Consejería internet.
4. Terapia cara a cara personal o grupal.

1. Consejería breve

Hay sólida evidencia que el consejo del médico produce cambios de conducta del fumador que lo conduce a dejar de fumar o a pedir ayuda para hacerlo¹⁹. Una de cada 40 personas deja de fumar por consejo médico sin ningún otro tipo de acción. Si cada médico sólo aconsejara a una persona dejar de fumar por día, ocupando para ello 30 segundos, en 40 días, habrá aconsejado a 40 personas y una dejara de fumar. Al año, 6 personas dejan de fumar, 3 muertes que se evitan, puesto que la mitad de los fumadores mueren como consecuencia del cigarrillo. Se sabe que el resto del equipo de salud desarrolla una influencia similar, por lo tanto, deben participar en la consejería²⁰. Como el número de consultas anuales en cualquier país es de muchos millones; hay entonces, oportunidades únicas de conseguir impacto en las tasas.

Consejo breve y ABC de la New Zealand guidelines

¿Qué es ABC? El sistema ABC de consejería es un sistema muy simple de acciones para ayudar a dejar fumar. Fue introducido desde las Guías Clínicas de Nueva Zelandia²¹. Tiene la ventaja de ser un sistema breve y fácil de retener. Ha sido incorporado ya en las Guías Clínicas de Uruguay 2009 y BA, Argentina 2010.

ABC para la cesación tabáquica (Ask, Brief advice, Cessation support)

(A) Averiguar

Pregunte y documente sobre el consumo de tabaco a todas las personas (actualizar en forma periódica el consumo de tabaco de los que fuman o han dejado). Por ejemplo: usted podría preguntar, ¿usted fuma cigarrillos actualmente?

(B) Breve Consejo

Dar el consejo breve en la forma antes explicada a todas las personas que fuman y ofrecerles ayuda para dejar de fumar, aceptando es difícil y reconocer que algunas personas deben hacer varios intentos para dejar de fumar antes de detenerse para siempre.

¿Cuáles son las condiciones del consejo breve?

Firme y claro. No dar lugar a ambigüedad, preciso, sin medios tonos. **Personalizado:** quiere decir referente al problema de salud actual del joven fumador y no al daño potencial. Si bien, para un niño asmático, el mensaje va dirigido a la salud, para un adolescente sano el mensaje va en otra dirección. Al adolescente, no le importa tener cáncer dentro de 20 años o EPOC en 30. El mensaje que le llegará es dirigido a la estética: arrugas, olor, disminución de fertilidad, impotencia y necesidad de rendir en deportes. Y explicar que el cigarrillo es adictivo y produce pérdida de libertad.

Repetido. En todas las oportunidades de contacto con el médico y el equipo de salud: "Perdone que insista pero dejar de fumar es lo mejor que puede hacer por su salud".

(C) Apoyar la Cesación

Hay dos opciones para prestar apoyo a la cesación: tratar o referir

1. Los doctores y trabajadores de la salud que son

capaces de prestar apoyo deberían hacerlo. El apoyo puede incluir evaluar el grado de adicción, el establecimiento de una fecha para la cesación, asesorar la abstinencia, prescribir medicamentos, si están indicados y la organización de un seguimiento y consulta posterior.

2. Referencia: los trabajadores de la salud sin la experiencia o el tiempo, para ayudar a las jóvenes a dejar de fumar referirlos a los lugares adecuados donde les prestarán apoyo.

2. Consejería telefónica

Se trata de un tipo de tratamiento basado en evidencia, de un rendimiento de 10% cesación al año, (en los jóvenes algo menor) y muy costo efectivo. Por esto, se ha implementado en casi todos los países del mundo. Para ser eficiente debe tener un seguimiento proactivo. Puede combinarse con otros métodos. Una variante de esta técnica, la consejería mediante teléfonos móviles ha demostrado un rendimiento similar en estudios aislados.

3. Consejería vía internet

Hay muy poca evidencia de su impacto y de su rendimiento, pero se puede emplear.

Está orientada hacia fumadores con dependencia leve a moderada. En el caso de fumadores con dependencia severa, se verán más beneficiados si asisten a un programa de tabaco formal en alguna clínica u hospital. En idioma español se tiene el programa de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) - <http://www.apsiol.uned.es/dejardefumar/> En portugués y otros idiomas - <http://www.estoydecidido.com/motivatingtoquit/>

4. Terapia cara a cara

Terapia psicosocial o cognitivo conductual

Se trata de una intervención intensiva basada en información y modificación de conductas. Se realiza directamente a los pacientes, en forma personal o grupal. Se basa en informar riesgos y ventajas de fumar y aprender conductas para enfrentar la adicción y evitar recaídas. Las tareas son aumentar la motivación para la cesación, aumentar auto eficacia, analizar ambivalencias, reducir la resistencia²². Para que el paciente se mantenga sin fumar y prevenir recaídas se trabaja en romper asociaciones gatillantes, especialmente desencadenantes psicológicos y estrés. También en una red de apoyo. La técnica más en boga es la entrevista motivacional que se ha demostrado efectiva en aumentar el número de personas que paran de fumar, no siendo tan claro su efecto en prevenir recaídas²³. No hay evidencia que una técnica en especial, dé mejores resultados que otra. Lo que sí está claro, es que la intensidad de la intervención se relaciona con los resultados²⁰.

El rendimiento de estas técnicas es de 15-20% de cesación al año. Su asociación con medicamentos duplica el rendimiento. Se planifica en 6 sesiones de 1-2 horas de duración. Las evidencias indican que el número mínimo de sesiones para producir efecto son 4 sesiones de 15 minutos²⁰.

FARMACOTERAPIA DE TABAQUISMO

El uso de fármacos en la terapia se fundamenta en aumentar las posibilidades de éxito asociado a cualquier tipo de intervención. Los medicamentos usados por tiempo y dosis suficientes, disminuyen los síntomas de abstinencia y mejoran las tasas de cesación²⁴.

Hay poca información sobre la eficacia y seguridad de tratamiento medicamentoso en adolescentes, por esta razón FDA no ha "licenciado" medicamentos para ellos. No obstante, se usan medicamentos, porque los rendimientos de tratamientos en adolescentes son menores que en adultos. Los expertos aconsejan en primer lugar, Terapia de Substitución de Nicotina (Parches y/o chicles, según alternativa de disponibilidad local). Hay poca experiencia de uso de Bupropión o Vareniclina en adolescentes, pero tampoco hay información de que su uso sea perjudicial.

Uso de medicamentos en adolescentes

Terapia Reemplazo de nicotina

No tiene contraindicaciones para su uso en cualquier patología, pero en embarazadas y adolescentes, debe usarse con cuidado.

Presentación: Chicles de Nicotina: (Nicorette Johnson y Johnson), 2 y 4 mg. El de 4 mg, se indica al fumador de más de 20 cpd. Dosis 1 a 5 al día inicialmente. Se puede necesitar 12. Se pueden usar previos al día de cesación o concomitante.

Técnica de utilización: Mascar lentamente. Cuando empieza a picar reposar en la mejilla, luego volver a masticar. Usar 1 a 2 por hora (5 hasta 12 por día). No consumir bebidas ácidas previas al uso.

Efectos secundarios: se deben a mala técnica. Estomatitis o gastritis, dolor mandibular.

Parches de nicotina: Nicotinel TTS (Novartis).

Presentación: Parches 16 horas (5, 10 y 15 mg) y 24 horas 7, 14 y 21 mg. El parche 16 horas, se recomienda para mujeres embarazadas.

Dosis: En los que fuman más de 10 cigarrillos dosis de 21 mg/24 horas. Tiempo 2 a 3 meses.

Bupropión 150 mg (Welbutrin, GSK), se ha usado extensamente en programas de salud con buenos resultados y efectos secundarios aislados. Hay poca evidencia de seguridad y eficacia en adolescentes.

Vareniclina (Champix, Pfizer) 0,5 y 1 mg es el último medicamento en aparecer. Se obtiene de la planta *citysium laborum* y otras similares, usada para dejar de fumar por más de 40 años en Europa del Este (Tabex). Hay escasa información sobre eficacia y seguridad en adolescentes

Aminotriptilina 25 mg (c/8 hrs.), se considera de segunda línea por tener efectos secundarios acusados, pero parece ser mejor tolerada en jóvenes.

REFERENCIAS

1. Encuesta nacional de salud 2009-2010. http://www.minsal.gob.cl/portal/docs/page/minsal.cl/g_home/submenu_portada_2011/ens2010.pdf1según.
2. Hallal ALC, Gotlieb SLD, Almeida LM, Casado L. Prevalence and risk factors associated with smoking among school children, Southern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(5):779-88.
3. VIII estudio nacional de drogas en población escolar de Chile, de octavo básico a cuarto medio. http://www.conacedrogas.cl/portal/?option=com_phocadownload&view=category&id=92:estudios-en-escolares-de-chile&download=124:octavo-estudio-nacional-de-drogas-en-poblacion-escolar-de-chi.
4. Mallol J, Brandenburg D, Madrid R, Sempertegui F, Ramirez L, Jorquera D. Prevalencia de tabaquismo durante el embarazo de mujeres chilenas de bajo nivel socioeconómico. *Rev Chil Enfer Respir*. 2007;23(1):17-22.
5. Encuesta Calidad de Vida Chile 2006. <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/InformeFinalEncuestadeCalidaddeVidaySalud2006.pdf>.
6. Surgeon General. http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/index.htm. (20/10/2010)
7. Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax*. 1997;52(11):1003-9.
8. Milerad J, Vege A, Opdal SH, Rognum T. Objective measurements of nicotine exposure in victims of sudden infant death syndrome and in other unexpected child deaths. *J Pediatr*. 1998;133(2):232-6.
9. Bertrand P. Efectos clínicos de la exposición directa e indirecta a tabaco en los niños. disponible en www.neumologia-pediatrica.cl
10. Pierce JP, García M, Salto E, Schiaffino A, Fernández E. La publicidad del tabaco, ¿incrementa el hábito de fumar entre los adolescentes? Datos desde California. *Gac Sanit*. 2002;16(Supl 2):69-76.
11. Pitarque, R. Estrategias comunicacionales de la industria tabacalera en el Rio de la Plata: Jóvenes en riesgo <http://www.idrc.ca/uploads>
12. Stanton Glantz Smoking in movies <http://www.notobacco.org/films.html>
13. Sánchez P, Lisanti N. Prevalencia de tabaquismo y actitud hacia ese hábito de los médicos del Azuay, Ecuador. *Rev Panam Salud Publica* 2003;14(1):25-30.
14. Encuesta Mundial de Tabaquismo Estudiantes de la Salud EMTES. 2008 pg. 23.
15. Bello S, Soto M, Michalland S, Salinas J. A National survey on smoking habit among health care workers in Chile. *Rev Med Chil*. 2004;132(2):223-32.
16. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 328(7455):1519. doi:10.1136/bmj.38142.554479.AE
17. La Asistencia Clínica al Tabaquismo. Comunidad de Madrid. Jiménez, Carlos.
18. Test de Fagerstrom <http://www.fundacioncardiologica.org/fagerstrom.htm>
19. Lancaster T, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*. 2006;3CD002850.
20. Di Fiore 2008 Clinical Guidelines Treating Tobacco Use and Dependence. http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf
21. New Zealand Smoking Cessation Guidelines. [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/6663/\\$File/nz-smoking-cessation-guidelines-v2-aug07.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/6663/$File/nz-smoking-cessation-guidelines-v2-aug07.pdf)
22. Bello S, Flores A, Bello M, Chamorro H. Smoking cessation. Diagnosis and psicossocial interventions. *Rev Chil Resp*. 2009;25(4):218-30.
23. Rolinick S, Mason P, Butler C. Health Behavior Change. Editorial Churchill Livingstone.
24. Bello SS, Flores AC, Bello MS. Pharmacotherapy for tobacco dependence. *Rev Chil Enf Respir*. 2008;24(2):127-37.