

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Projeto de Intervenção:

Intervenção grupal ou individual: qual é mais efetiva para reduzir o uso do tabaco por usuários atendidos na Unidade de Saúde TV em Araçatuba/SP

Aluno: Aliesky Alonso Sosa
Orientadora: Elma Pereira dos Santos Polegato

Araçatuba/SP
2015

SUMÁRIO

1. Introdução	3
2. Objetivos	
2.1. Objetivos Gerais	7
2.2. Objetivos Específicos	7
3. Revisão Bibliográfica	8
4. Metodologia	
4.1 Cenários do estudo	11
4.2 Sujeitos da intervenção (público-alvo)	11
4.3 Estratégias e ações	11
4.4 Avaliação e monitoramento	12
5. Resultados Esperados	14
6. Cronograma	15
7. Referências	16

1. INTRODUÇÃO

1.1 Identificação e apresentação do problema

Araçatuba é um município brasileiro no interior do estado de São Paulo, situado na região noroeste do estado. É um núcleo urbano com uma população de 192 mil habitantes, que possui um potencial de desenvolvimento em todos os seguimentos da economia (agropecuária, indústria, comércio e serviços), em virtude da mão-de-obra qualificada, transporte e infraestrutura. Porém, ainda apresenta lentidão na questão imobiliária e turística (1).

Os moradores da periferia são, em sua maioria, carentes, dependentes do recebimento de benefício do Programa Bolsa Família e cesta básica da Subprefeitura de São Paulo/SP para sua subsistência.

No atendimento à saúde o município possui treze Unidades Básica de Saúde (UBS), onde funcionam o Programa de Saúde da Família (PSF), três Serviços de Emergências (Pronto Socorros), um Atendimento Médico Ambulatorial (AMA) e um Atendimento Médico Ambulatorial de Especialidades (AMAE), CAPS Infantil, Ambulatório Saúde Mental, SAMU, Corpo de Bombeiro.

Na área da Educação há escolas de nível fundamental, ensino médio, ensino superior e técnico, creches e maternal.

Nosso estudo é realizado na UBS TV na Cidade de Araçatuba, São Paulo, a mesma encontra-se localizada na avenida Prestes Maia, atendendo uma população ao redor de 9 mil habitantes composta por 6 áreas de saúde onde as mesmas ficam subdivididas em 6 micro áreas cada uma.

Composto por nove médicos estruturados da seguinte forma: seis médicos pertencentes à associação de Saúde Familiar organizados por equipe de saúde com enfermeiras, auxiliar de enfermeira e agentes comunitários, além de um médico que faz atendimento permanente no posto e uma pediatra e um ginecologista pertencentes as equipes de saúde e um núcleo de NASF.

Os pacientes pertencentes ao estudo são fumantes de uma área básica de saúde urbana atendida por nosso centro de saúde. A população de nossa área de saúde é composta por 1500 pessoas com uma percentagem de 21,8% de maiores de 65 anos (2). Os mesmos padecem de doenças psíquicas graves (p. ex., esquizofrenia e toxicomanias), com condições socioeconômicas desfavoráveis, baixo nível cultural e alto consumo de fumo.

O consumo de fumo é a causa evitável mais frequente de morbidade e mortalidade prematura nos países desenvolvidos e com importantes repercussões tanto sociais como econômicas (3).

No Brasil, no período entre 1998 e 2012, estimou-se em 600.000 o número de óbitos decorrentes do tabagismo (4). Segundo dados brasileiros de 2012, a prevalência de tabagismo entre os adultos maiores de 16 anos foi de 35,7% e esta alta prevalência de fumantes no Brasil evidencia a insuficiência das medidas adotadas até o momento para seu controle. (5)

No âmbito da atenção primária, o tratamento do vício ao fumo representa um de seus principais meios de prevenção, tanto secundária como primária, para a redução das doenças derivadas do consumo de fumo.

Existem estratégias muito variadas para ajudar aos pacientes a deixar de fumar, desde a intervenção mínima de convite pessoal até o tratamento especializado com apoio psicológico, tratamentos farmacológicos e terapias de grupo. (6)

As técnicas de modificação de condutas em grupo aplicam-se com frequência no campo das drogas dependências, alcoolismo e tabagismo. Apesar de sua ampla difusão, e ainda que no campo do alcoolismo tenham aparecido recentemente estudos que demonstram sua utilidade sua efetividade para o tratamento do tabagismo ainda não está suficientemente demonstrada. (7)

Ajudar a deixar de fumar, a partir de uma perspectiva de grupo, supõe-se aproveitar as possibilidades educativas e de reforço que brindam o grupo para apoiar às pessoas num processo de mudança que requer esforço. (8)

Existem cerca de 100 tipos diferentes de terapia de grupo para abstenção do uso do tabaco, sendo que diferentes tipos de terapia de grupo podem coincidir no fundamental, porém variam em seu conteúdo (9).

A terapia individual é uma intervenção mínima onde se transmite um conselho para deixar de fumar que se realiza de forma séria, breve, clara, singela e personalizada, deve se realizar sempre que se tenha a oportunidade de tratar a um paciente fumador por qualquer motivo. Este tipo de intervenção, quando é realizada por profissionais sanitários, produz um incremento significativo no índice de abstinência, conseguindo em términos absolutos que o 2,5% dos fumadores deixem de ser (10).

Para incluir a um paciente num programa de desabituación deve cumprir ao menos uns requisitos mínimos, como são: encontrar-se em fase de preparação; ter capacidade para compreender e seguir os procedimientos do programa e dar sua conformidade para participar no mesmo. O apoio individual deveria ser proporcionado em contatos cara a cara com o paciente de aproximadamente 10 minutos de duração, ainda que a forma e número destes pode variar entre os diferentes grupos (11).

A terapia individual está composta por três fases:

Fase de preparação: Nela se realiza uma valoração da situação da pessoa fumadora e em função disso se programa o momento para deixar de fumar.

Fase de abstinência: Durante esta fase oferece-se ao paciente apoio psicológico ou farmacológico, em função de suas necessidades.

Fase de manutenção: para evitar recaídas.

Nesse sentido, a terapia de grupo oferece duas vantagens fundamentais sobre a terapia individual: ter percentuais mais elevados de sucesso e custos menores por usuário. Ainda, a intervenção de grupo comparada à individual, apresenta vantagens e alguns inconvenientes. (12)

Entre suas vantagens encontram-se as seguintes: facilidade de comunicação que contribui com informações multidirecionais entre o grupo de participantes e não só entre o docente e o discente; é menos culpabilizadora; permite a socialização de experiências e o reforço e apoio de grupo; contribui à mudança de atitudes; possibilita uma maior riqueza em busca de alternativas e permite a utilização de alguns métodos e técnicas que não são possíveis na individual, além de possuir maior eficácia e eficiência (13-14).

No tocante aos inconvenientes da terapia grupal figura a ausência de confidencialidade, o fato de que não permite personalizar ou individualizar os objetivos e conteúdos educativos, e também não permite trabalhar em problemas e necessidades muito particulares (15).

As terapias grupais para descontinuar o uso do fumo enquadram-se no campo dos programas multicomponentes de abordagem do tabagismo. Estes programas incluem técnicas e reforços para abordar os aspectos psicológicos do comportamento de fumar (16).

Na Literatura científica existem numerosas experiências referentes à abstenção do uso contínuo do tabaco utilizando a terapia em grupo (17), entretanto são poucos os ensaios clínicos que comparam a intervenção de grupo com a intervenção individual.

O tratamento substitutivo com nicotina (TSN), em qualquer de suas formas comercializadas (chicletes, adesivos, nebulizador nasal, inalador de nicotina e tabletes sublinguais), tem demonstrado ser efetivo como parte de uma estratégia para promover o abandono ao fumo, incrementando as taxas de abandono aproximadamente em 1,5 a 2,0% independentemente do âmbito de tratamento (18).

O objetivo do estudo é realizar uma intervenção grupal para redução do uso contínuo do tabaco comparada a uma intervenção individual breve, utilizando o suplemento de tratamento substitutivo com adesivos de nicotina para identificar qual tipo de intervenção é mais efetivo para a descontinuidade e abandono do fumo, por um período de seis meses considerando usuários de tabaco adultos de ambos os sexos atendidos na Unidade de Saúde TV na cidade de Araçatuba.

1.2 Justificativa

Este trabalho, então, se justifica pela alta prevalência de fumantes na área de abrangência da equipe pertencentes ao município e pelo grande número de pacientes com fatores de risco como: maus hábitos dietéticos, sedentarismo, dislipidemia e uso de bebidas alcoólicas que foram encontrados durante o processo de cadastramento na área de abrangência.

O governo brasileiro está se preocupando com essa questão, tanto que foi divulgado um programa de combate e prevenção sob tabaquismo e sus complicações. Diante dessa situação, considera-se imprescindível uma atuação ativa mediante um projeto de intervenção.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a efetividade relativa de uma intervenção grupal para a desabituação tabáquica frente a uma intervenção individual dos pacientes fumantes pertencentes a uma área de abrangência da UBS TV no município Araçatuba/SP.

2.2. Específicos

1- Estabelecer efetividade do abandono do tabaco com o uso alternativo dos patches de nicotina entre as duas intervenções estabelecidas.

2 - Avaliar as diferenças entre a linha de base, características demográficas e a história de fumar de ambas as intervenções por meio de pacientes de testes estatísticos.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Não Brasil, estimativas - é que cerca de 290 mil mortes por ano são decorrentes tabagismo. Proporção de fumantes não de país e de 23,9% da população. Segundo dados da PNAD, em 2008 ou o Brasil tinha 24,6 milhões de fumantes como com idade de 15 anos ou 17,2% da população de pessoas dessa faixa idade, sendo 15,1% fumantes diários (19).

Cerca de 90% dois fumantes tornam - é dependente da nicotina entre 5 e 19 anos de idade. Ha, 2,8 milhões de idade fumantes nessa faixa a Maior concentração de fumantes é na faixa idade 20 a 49 anos (20).

Região Sul do País e apresenta maior proporção de dependentes de - 45% dois fumantes. Em 2008, Região Sul, com 19,3%, tinha ou porcentagem de fumantes correntes maior (21).

Não nordeste, nós fumantes dependentes são 31%, os moradores da rural também fumam mais das áreas urbanas.

Ou fumaça e responsável por 95% dois casos de câncer bucal; 90% das inflamações da mama; 80% de incidência de câncer não dá nenhum pulmão; dá de 97% dois casos de câncer de laringe; duas de 50% de casos de câncer de pele; 45% das mortes por doença coronariana (infarto do miocárdio de fazer) e também 25% das mortes por doença vascular-cerebral (derrame cerebral) (22).

Tabagismo, including ou passivo, e ou fator de risco mais comum para um DPOC, doença pulmonar Obstrutiva Crônica. Não Brasil, estimativas - que é uma doença atinja sobre 6 milhões de pessoas. Somente 12% dois pacientes diagnosticados são e, desses, apenas 18% recebem tratamento. Já não cenário mundial, para estimar a está a aproximadamente 210 milhões de pessoas tenham DPOC e Previsão e que se torna uma terceira principal a doença causa de morte por volta em 2020. Outros fatores que oferta para ou desenvolvimento da doença são a inalação de poeiras e produtos químicos em fábricas ou semelhantes profissionais, Poluição do ar, desenvolvimento ambientes pulmonar prejudicado e fatores genéticos.

Segundo uma pesquisa feita de em 20 países, ou brasileiro, com 91%, e ou mais é ter começado arrepende de fumar. Entre vocês fumantes brasileiros do estudo internacional, 63% grato campanhas colares e contra o fumo e 82% relatam o fumo já lhesan assassinatos algum Saúde problema (23).

De acordo com o quem tabaco é a principal causa de incapacidade e morte prematura em todo o mundo. Na Europa fumar provoca anualmente 1,2 milhões de mortes. Está diretamente relacionada com o aparecimento de 29 doenças, dos quais 10 são diferentes tipos de câncer e mais de 50% da doença cardiovascular.

O tabagismo é diretamente responsável por cerca de 90% das mortes por câncer de pulmão e aproximadamente 80-90% da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e enfisema. Em Espanha morrem anualmente mais de 50 000 pessoas devido ao consumo de tabaco, mais acidentes de trânsito e o consumo de drogas ilícitas juntos (24).

Tabaco é aditivo principalmente devido ao seu componente ativo, o nicotina, que atua sobre o sistema nervoso central. O -fumar sofre de uma dependência física e psicológica, que gera uma retirada, chamado tabagismo. Nicotina produz vício, mas tem efeitos antidepressivos e o alívio sintomático da ansiedade. Não é usado em farmácia, porque na segunda metade do 20 foram encontradas antidepressivos mais eficazes e que não criam dependência. Nem é usado para o alívio sintomático da ansiedade, exceto em casos excepcionais, porque o as benzodiazepinas, que são o tipo mais utilizado de tranquilizantes, também criar dependência, mas são considerados mais eficazes.

É fator de risco nas doenças respiratórias cardiovasculares, diferentes tipos de câncer é especialmente prejudicial durante a gravidez. Além disso, dói-me não só para os fumantes, mas também aqueles que respiram o mesmo ar (tabagismo passivo). Uso de tabaco é a principal causa de mortalidade, na maioria dos países desenvolvidos, no início do do século XXI, embora existam outros estudos indicando que estas doenças atribuídas ao tabaco é poluição na verdade industrial e química, aditivos alimentares e a pesticidas usado na agricultura (21). Além disso, como o tabaco é o que menos fumaça, exceto o pequeno tabaco natural, tudo que é comercializado é adulterado com substâncias químicas que dão Propriedades duvidosas ou preocupantes como sendo mais viciante ou melhorar seu sabor e outros que não são conhecidos, porque eles também têm fórmulas secretas. Indústrias adicionados aditivos tabaco puro já teve, aumentando a toxicidade que em si já tem. No entanto, é importante salientar que tabaco muito puro ou "empacotando" como é conhecido, sempre causará danos irreparáveis, então a única opção que minimiza o risco de doenças respiratórias nas idades avançadas é, simplesmente, não fumar.

Por causa das consequências, tanto para o impacto (dependência) físico, psicológicos e sociais gerados pelos consumidores, desde o último Congresso de psiquiatria, que teve lugar em Havana, foi considerada uma doença, como exige tanto tratamento médico e reabilitação psicológica e social reeducação (24).

Essas dependências são as mais difíceis de corrigir, embora a dependência física é a que mais facilmente desaparece após a retirada. Você tornar-se estabeleceu desde então, como uma doença, doença e outras complicações.

4. METODOLOGIA

4.1 Cenários do estudo

O presente projeto deverá ser desenvolvido na própria UBS TV, no município de Araçatuba, estado de São Paulo, Brasil durante as consultas e visitas domiciliares para avaliar a efetividade relativa de uma intervenção grupal para a desabitação tabáquica frente a uma intervenção individual dos pacientes fumantes.

4.2 Sujeitos da intervenção (público-alvo)

Nosso estudo será um ensaio clínico controlado, randomizado e aberto. Os pacientes serão capturados até o número total necessário.

Intervenções terapêuticas irão ser realizadas por um médico e três enfermeiras em unidade básica de saúde. Antes do início do estudo, foi realizado um ensaio piloto de intervenção de grupo com um pequeno número de fumantes, a fim de ganhar experiência na gestão de grupos e corrigir possíveis erros.

Os terapeutas são experientes e receberam treinamento prévio na utilização de técnicas psicológicas para ajudar os fumantes a parar. O conteúdo da intervenção individual curta será estabelecido por 4 terapeutas antes do início do estudo.

Fumantes entram os testes clínicos serão acompanhados durante um período total de 6 meses, e a avaliação da eficácia da intervenção vai ser valorizada pelos terapeutas para os dois e quatro meses de intervenção.

Os participantes do julgamento serão recrutados por um período de cinco meses - entre janeiro de 2015 e maio 2015, entre os fumantes pertencentes a uma área básica de saúde urbana em que participaram o posto de saúde. Recrutamento terá lugar através de informações cartazes expostos no centro de saúde e recrutamento ativo pelo profissional de saúde para aqueles pacientes fumantes atendidos que estavam interessados em parar de fumar.

4.3 Estratégias e ações

Definimos como um fumante para quem fuma regularmente, ou seja, que ele tem fumado todos os dias nos últimos 30 dias, independentemente da quantidade consumida. Os critérios de exclusão incluídos: vício, fisicamente impossível pelo fumante a sofrer de doença mental grave (p. ex., esquizofrenia), ir a sessões de grupo e as idades abaixo de 18 anos e mais de 80 anos.

Para o cálculo do tamanho da amostra, estimamos uma eficácia de cessação do tabagismo em cinco meses, 14% para curta intervenção individual (CII) e 40% para o grupo de intervenção.

Ou seja, uma 2.8 vezes maior eficácia relativa para essa intervenção do grupo de intervenção individual curta. Para ser capaz de detectar essas diferenças, com um poder de 80%, um erro alfa de 5% teste e um rádio de alocação para cada intervenção de 1:1, exigirá uma amostra total de 104 fumantes randomizados e tamanho mensurável. Pacientes interessados em desistir vão ser citados pelos pesquisadores fora das horas de serviço habitual.

4.4 Avaliação e monitoramento

Na primeira entrevista com pacientes irá explicar o propósito do estudo e será fornecida informações escritas e verbais sobre os objetivos e o desenvolvimento do estudo. Na primeira entrevista, os critérios de exclusão são valorizados e consentimento informado ser perguntado para eles. No caso em que aceitam a sua inclusão no estudo, será uma coleção de dados sócio demográficos e o hábito de fumar: número de cigarros consumidos diariamente, o tempo de consumo, o número de fumantes em casa, o número de abandono, grau de motivação e nível de dependência de nicotina usando o teste de Fagerstrom. Uma vez coletados dados do fumante, seguirá para o processo de randomização, através da escolha pelo paciente de um dos envelopes fechados e opacos, contendo o tipo de atribuição para a intervenção na proporção de 50%.

A CII consistirá em duas sessões de aproximadamente meia hora longa de cada um. No primeiro fornecer-lhes folhetos que incluem distintas estratégias psicológicas para ser usado para ajudar os fumantes a parar de fumar: razões para o abandono, análise da decisão de desistir, os benefícios de parar de fumar, auto eficácia para parar de fumar, tomar a decisão (para definir uma data e comunicar isso ao ambiente), disponibilidade para parar de fumar e dicas para o dia do abandono. Na primeira sessão também é medirá o grau de motivação através de um teste adaptado que é usado no Hospital Henri Mondor em Paris. Além disso, ser-lhes medirá a dependência física à nicotina através do teste de Fagerstrom modificado.

Quando os resultados deste teste foram igual ou superior a 4, é recomendado o uso de adesivos de nicotina. Isso explicará o seu uso e documentação escrita, prever-se a eles. TSN é recomendado para pacientes que precisavam usar para um total de 9 semanas, três semanas com um pedaço de 30 cm, três mais com um pedaço de 20 cm e outros três com um patch de 10 cm. No final da primeira sessão os pacientes vão ser citados para uma consulta no período aproximado de uma semana, com a recomendação de comprar adesivos de nicotina, se eles foram listados. Na segunda reunião do IIC irá revisar os conceitos incluídos nas brochuras entregues, reforçou a motivação e analisam as dificuldades e problemas individuais. Se eles precisam de tratamento com adesivos de nicotina, estão revendo sua utilização. A sessão tinha apenas definindo uma data para o abandono.

O grupo de intervenção inclui de 7 sessões, com duração de aproximadamente 2 horas cada, realizadas ao longo de três semanas. Os três primeiros focar a preparação para a cessação e dirigida principalmente a firmeza da decisão, a situação, o custo de avaliação-benefício e como é que ia fazer; conhecido como: «decidi parar», «Reafirmar minha decisão» e «Preparar para parar».

As duas sessões seguintes, com foco na cessação e fundamentalmente dirigido controle da síndrome de abstinência e a nova situação posou para parar de fumar; referido como «Parar fumar» e «Já não fumo». As seguintes duas sessões seguirão. Que se concentrarão na consolidação do cessar-fogo no curto prazo e na prevenção e controle de recidivas; referido: «Não vou fumar».

Na intervenção grupo aplica-se um modelo teórico de aprendizagem na educação para a saúde com adultos, provenientes de algumas teorias de abordagens cognitivas e educação de adultos. Também use diferentes tipos de técnicas de grupo educacional como a investigação de exposição em sala de aula, análise, técnicas e habilidades de desenvolvimento. Os critérios para a utilização dos mesmos, será de nicotina na CII. Teste de motivação e o teste realizarão na dependência de nicotina primeira sessão.

No total foram criados quatro grupos, variando o número de participantes em cada entre 10 e 14 anos fumando. A fim de melhorar a conformidade do grupo de intervenção, o assunto terá a oportunidade de assistir a qualquer dos grupos. Para realizar controles do hábito de fumar a dois e cinco meses a contar da data designada para cessação através de entrevista por telefone. O sucesso da taxa de cessação de fumar é medirá por intenção de tratar. Definirá a proporção de indivíduos que deixam seu hábito de fumar de forma contínua durante o período de dois a cinco meses após a intervenção, como medida de sucesso. A retirada deve ser por testemunho pessoal ao vivo. O grau de aderência às diversas intervenções é medirá pela percentagem de sujeitos que cumpriu com a intervenção, ao qual foram atribuídos. O uso de adesivos de nicotina são medirá pelo número de semanas de uso, quando eles foram usados.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se obter, com o desenvolvimento deste projeto terapêutico mediante a avaliação da efetividade relativa das intervenções grupal e individual para a desabitação tabaquica, um melhor conhecimento dos fatores de risco associados à tabaquismo, com isto uma maior responsabilidade pelas atividades comunitárias que serão desenvolvidas pela equipe, as quais permitirão melhoria no conhecimento dos fatores de risco pela população e os fumantes poderão trabalhar na melhoria de sua qualidade de vida, controlando melhor seus fatores de risco e, conseqüentemente tendo uma redução no hábito de fumar.

A prevenção de doenças crônicas não transmissíveis como o tabaquismo, bem como a redução dos fatores de risco permitirá menor complicação, uso de medicamentos e internações por esta doença e como resultado os pacientes poderão ser beneficiados com uma melhor condição de saúde e qualidade de vida.

6. CRONOGRAMA

Atividades 2015	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο
Elaboração do projeto	X	X			
Identificação da população		X	X		
Estudo do referencial teórico	X	X	X	X	X
Implantação do projeto			X	X	
Análise dos resultados				X	
Divulgação dos resultados					X

7. REFERÊNCIAS

- 1- United States Department of Health and Human Services. Reducing the health consequences of smoking, 25 years of progress. A report of the Surgeon General. DHHS publication NO (CDC) 90-8416. Atlanta: US Department of Health and Human Services. Center of Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1989.
- 2- González E, Villar A, Banegas JR, Rodríguez F, Martín M. Tendencias de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1987-1992: 600.000 muertes en 15 años. *Med Clin (Barc)* 1997; 109:577-82.
- 3- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 1997. Madrid, 1999.
- 4- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US. Department of Health and Human Services. Public Health Service, junio de 2000.
- 5- Monras M, Freixas N, Ortega LI, Ligoña A, Mondon S, Gual A. Eficacia de la terapia de grupo para alcohólicos. Resultados de un ensayo controlado. *Med Clin (Barc)* 2000;115:126-31.
6. Hajek P. Treatments for smokers. *Addiction* 1994;89:1543-9.
- 7- Sánchez Agudo L. Tratamiento especializado del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 1995;31:124-32.
- 8- Pardell H, Saltó E, Salleras LL, editores. Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Barcelona: Editorial Médica Panamericana, 1996; p. 157-71.
- 9- Ayudar a dejar de fumar. Protocolos de actuación para profesionales de salud. Programa de ayuda al fumador. Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. Fondo de publicaciones del Gobierno de Navarra.
- 10- Becoña E, Vázquez F. Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Dykinson Psicología, 1998;6:131-41.
- 11- Kottke TE, Battista RN, Defriese GH, Brekke ML. Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. Meta-analysis of 39 controlled trials. *JAMA* 1988;259:2882-9.
- 12- Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane review). En: *The Cochrane Library*. Oxford, 2000. Issue 3.

- 13- Schwartz JL. Review and evaluation of smoking cessation methods: the United States and Canada, 1978-1985. Washington DC: US Department of Health and Human Services, 1987.
- 14- Tang JL, Law M, Wald N. How effective is nicotine replacement therapy in helping people to stop smoking? *BMJ* 1994;308:21-6.
- 15- Lando AH. Treatment outcome evaluation methodology in smoking cessation: strengths and key issues. *Behav Res Ther* 1989;11:211-4.
- 16- Ockene JK, Hymowitz N, Lagus J, Shaten BJ. Comparison of smoking behaviour change for SI (special intervention) and UC (usual care) study groups. *Med Prev* 1991;20:564-73.
- 17- Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:390-5.
- 18- Fagerström KO. Effects of nicotine chewing gum and follow up appointments in physician-based smoking cessation. *Prev Med* 1984;13:517-27.
- 19- Becoña E, Vázquez FL. Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Dykinson Psicología, 1998; p. 208-10.
- 20- Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane review). En: *The Cochrane Library*. Oxford, 2000. Issue 3.
- 21- Cotraux JA, Harf R, Boissel JP, Schbath J, Bouvard M, Gillet J. Smoking cessation with behavior therapy or acupuncture, a controlled study. *Behav Res Ther* 1983;21:417-24.
- 22- Rice VH, Fox DH, Lepczyk M, Sieggreen M, Mullin M, Jarosz P, et al. A comparison of nursing interventions for smoking cessation in adults with cardiovascular health problems. *Heart Lung* 1994;23:473-86.
- 23- Hollis JF, Lichesnstein E, Vogt TM, Stevens VJ, Biglan A. A nurse assisted counselling for smokers in primary care. *Ann Intern Med* 1993; 118:521-5.
- 24- Pohl JM, Martinelli A, Antonasko C. Predictor of participation in a smoking cessation intervention group among low-income women. *Addict Behav* 1998;23:699-704