

¿Cómo ayudar a los pacientes a dejar de fumar?^a

Adalberto Campo Arias^b

RESUMEN

El consumo de tabaco es la principal causa de morbimortalidad en el mundo. Sin embargo, la mayoría de los profesionales de la salud no están entrenados para promover la abstinencia o el abandono del consumo de cigarrillo. En el presente artículo se comentan estrategias actuales y eficaces que están al alcance de médicos y enfermeras de los diferentes niveles de atención y que son de utilidad en este proceso de asesoría sobre el consumo de tabaco: establecer el estado de consumo, evaluar y motivar el abandono del consumo en los fumadores, ayudarlos a dejar de fumar y hacerles un adecuado seguimiento.

Palabras clave:

Dependencia de la nicotina, trastorno por uso de tabaco, trastorno por consumo de nicotina, cese del uso de tabaco, dependencia de tabaco

- ^a Este trabajo se presentó en el primer Congreso de Actualización Médica UNAB, Bucaramanga, del 29 al 31 de julio de 2004 y está asociado a una investigación sobre dependencia de nicotina en población general financiada por Colciencias (contrato RC 401-2004).
- ^b Profesor Asociado, Médico Psiquiatra, Grupo de Neuropsiquiatría UNAB, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia. E-mail: acampoar@unab.edu.co

Cómo citar este artículo:

Campo AA. ¿Cómo ayudar a los pacientes a dejar de fumar?. Invest. educ. enferm. 2005; 23(2): 96-103

Recibido: 23 de septiembre de 2004

Aceptado: 13 de septiembre de 2005

INTRODUCCIÓN

En este artículo se considerarán sinónimos tabaco y cigarrillo. Hoy en día el cigarrillo es la forma más frecuente de consumo de tabaco. El consumo de cigarrillo varía de un país a otro; la prevalencia mundial se encuentra alrededor del 30%¹. En pacientes con enfermedades médicas parece reflejar la frecuencia observada en la comunidad; no obstante, se informan prevalencias alrededor del 40%² y el consumo de cigarrillo alcanza las cifras más altas en personas con trastornos mentales. En algunos trastornos, la frecuencia puede encontrarse en el 50% de las personas sintomáticas, sin diagnóstico formal, residentes en la comunidad³, y hasta en el 60% de personas con diagnóstico formal de trastorno mental de la consulta externa o de hospitalización⁴.

A pesar de que el consumo de tabaco ha disminuido gradualmente en los últimos años⁵, representa la principal causa de mortalidad prevenible en el mundo⁶. En Estados Unidos es responsable de más de tres millones anuales de muertes asociadas a enfermedad cardiovascular, pulmonar obstructiva crónica y cáncer pulmonar⁷.

El humo del tabaco contiene más de tres mil sustancias⁸; pero la nicotina es el alcaloide responsable de la dependencia inducida por el uso diario de cigarrillo⁹. El uso habitual de cigarrillo y otras formas de tabaco no es simplemente un hábito¹⁰, es una verdadera dependencia que algunos conceptualizan como una enfermedad de larga evolución o crónica^{11, 12}. La nicotina y otras sustancias presentes en el tabaco producen cambios de largo efecto en el funcionamiento cerebral¹³. La nicotina es una sustancia con poderosa acción liberadora de dopamina¹⁴, inhibidora de la monoaminoxidasa central y periférica^{15, 16} y produce un aumento significativo de los receptores nicotínicos de acetilcolina en diferentes grupos neuronales¹⁷. Se ha encontrado que el uso prolongado de cigarrillo induce cambios en el locus ceruleus, similares a los producidos por el uso de medicamentos antidepresivos¹⁸.

Se ha observado que aproximadamente uno de cada dos o tres personas, generalmente adolescentes,

How to help patients quit smoking?

Adalberto Campo Arias

ABSTRACT

Smoking is a leading cause of world morbidity and mortality. However, the most health professionals has not been trained on promoting abstinence or quitting smoking among patients. This article updates and resumes useful strategies for physicians and nurses from different level of assistance: ask about smoking, assess and motivate willing to quit, assist to quit and arrange a follow-up.

Key words:

Nicotine dependence, tobacco use disorder, nicotine use disorders, smoking cessation, tobacco dependence.

que experimentan con el tabaco, mantienen el consumo, es decir, se hacen dependientes¹⁹. La mayoría de los fumadores (80-90%) se inicia antes de cumplidos los veinte años, y una vez se establece el patrón de consumo muestra una baja tasa de abandono²⁰.

El objetivo de este artículo es presentar, en forma resumida y con suficiente evidencia, estrategias eficaces en el proceso de ayudar a los pacientes a dejar el consumo de cigarrillo, ya que la mayoría de los médicos y otros profesionales de la salud no cuentan con una formación suficiente en esta área.

Evaluación del consumo de Cigarrillo

Los médicos y otros profesionales de la salud generalmente no evalúan en los pacientes de manera sistemática el consumo de cigarrillo o tabaco y, en consecuencia, no hacen la intervención básica mínima para ayudarles a evitar o abandonar el consumo²¹. Este punto probablemente guarde relación, por un lado, con la limitada formación que reciben en el abordaje del problema de consumo de tabaco²², y por otro, con la prevalencia elevada de fumadores en el personal de la salud²³, pues se ha documentado que cuando

estos fuman, están menos dispuestos a evaluar y promover el abandono del consumo en los pacientes fumadores²⁴.

Es muy importante el proceso de tamizaje, porque la investigación del consumo de cigarrillo en la consulta rutinaria aumenta en 5-10% la tasa de abandono, con consecuencias positivas para el sujeto en particular y para la salud pública en general²⁵. Aunque es muy poco probable que una persona comience el consumo de cigarrillo después de los 20-25, y menos aún después de los 30 años, se debe estimular el estado de no fumador en los consultantes²⁶. En aquellos pacientes que han logrado abandonar el consumo exitosamente hasta la fecha, es importante prevenir la recurrencia o la recaída²⁷. Y en los que son actualmente fumadores es obligatorio indagar o explorar su deseo de abandonar el consumo²⁸. Se conoce que dos de cada tres fumadores conocen los efectos negativos del tabaco y quieren abandonar el consumo²⁹. En la tabla 1 aparecen los cinco ases (del inglés) para abordar el consumo de cigarrillo en la atención clínica rutinaria.

Una respuesta negativa del paciente a la pregunta ¿Quiere dejar de fumar? no es razón suficiente para no aconsejar e insistir en el abandono del consumo de cigarrillo. El consejo repetido tiene efectos positivos en la toma de la decisión a largo plazo^{30,31}. Muestre los puntos favorables, la ganancia o consecuencias positivas de dejar el cigarrillo: La mejoría en el estado de salud, la disminución de los riesgos de enfermedad asociada, etc. Para llevar a cabo este proceso recuerde las cinco R (del inglés) de la motivación para dejar de fumar, que aparecen en la tabla 2.

Es importante conocer las razones de aquellos pacientes renuentes a abandonar el consumo; muchas están relacionadas con creencias comunes o mitos como que el tratamiento formal es completamente innecesario, los medicamentos usados causan dependencia, no tienen trastornos mentales para necesitar apoyo o ayuda psicológica, es costoso, es imposible dejarlo y aumentarán de peso³².

Cuando el paciente informa su deseo de abandonar el consumo, lo primero que se debe hacer es evaluar la firmeza de su deseo o intención³³. Es muy importante no

apresurarse a iniciar una intervención orientada a que el paciente deje el cigarrillo cuando es poco firme se deseo de abandono³⁴. En casos así, como cuando los pacientes de entrada responden negativamente, es preferible asesorarlos sobre la importancia de abandonar el consumo, y en una próxima consulta reevaluar su intención³⁵; a los que muestran una alta motivación e intención de abandonar el consumo de cigarrillo, se les deben mostrar las diferentes formas de hacerlo y garantizarles un adecuado seguimiento³⁶.

Preguntar (<i>Ask</i>): indague en todos los pacientes si actualmente o alguna vez en la vida han fumado
Aconsejar (<i>Advice</i>): Motive con firmeza a los fumadores para que abandonen el consumo
Evaluar (<i>Assess</i>): explore los deseos o las intenciones, firmeza, deseo de abandono, que tiene el paciente fumador
Asistir (<i>Assist</i>): muestre las posibilidades de intervención disponibles para ayudarlo a dejar el consumo
Pactar (<i>Arrange</i>): muéstrese dispuesto a acompañar al paciente en el estado de abstinencia, plantee un plan de seguimiento

Tabla 1

Medidas para evaluar consumo de cigarrillo. Cinco A

No todas las personas que fuman a diario reúnen criterios para dependencia de la nicotina, es decir, presentan síntomas de abstinencia con la reducción o el abandono abrupto del consumo

Relevancia (<i>Relevance</i>): muestre la importancia que tiene para su salud y la de sus familiares que deje de fumar
Riesgos (<i>Risks</i>): enumere los riesgos a corto y largo plazo del consumo de cigarrillo
Recompensa (<i>Rewards</i>): pregunte al paciente si conoce los beneficios que le traería abandonar el consumo. Señálelos
Dificultades (<i>Roadblock</i>): maneje los mitos frecuentes acerca de dejar de fumar y del tratamiento
Repetición (<i>Repetition</i>): insista en la motivación de aquellos pacientes renuentes o indecisos sobre dejar el cigarrillo

Tabla 2

Puntos para asesorar las cinco R

Identificación de la dependencia de nicotina

En aquellos pacientes en los cuales es evidente un firme deseo de abandono del consumo de cigarrillo es muy importante establecer la existencia de dependencia de la nicotina³⁷. No todas las personas que fuman a diario reúnen criterios para dependencia de la nicotina, es decir, presentan síntomas de abstinencia con la reducción o el abandono abrupto del consumo^{38, 39}. La presencia de dependencia de la nicotina es un elemento crucial que predice el abandono efectivo. Los pacientes que reúnen criterios clínicos para dependencia tienen menos probabilidad de dejar el cigarrillo sin ayuda alguna o por sus propios medios; este grupo de sujetos generalmente necesita intervenciones farmacológicas sumadas a las psicosociales^{40, 41}. Los síntomas de abstinencia más comunes aparecen en la tabla 3. Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10, se necesitan dos signos para considerar que existe abstinencia al tabaco⁴², mientras que según el Manual Diagnóstico y Estadístico, DSM-IV-TR, es preciso reunir por lo menos cuatro síntomas⁴³.



DEPRAVITY. Fierce Tullia does not spare her father-what great savagery! Riding her chariot, she crushes and lacerates him under its wheels.

LA DEPRAVACIÓN. Tullia furiosa no le importó su padre – qué salvaje! Conduciendo su carro, pisoteó y lo laceró bajo las ruedas.

Es muy probable que los fumadores regulares de pocos cigarrillos al día, sigan el consumo por dependencia psicológica. Muchas personas que fuman menos de cinco cigarrillos pueden abandonar el consumo sin mayores dificultades, en otras palabras, no informan síntomas de abstinencia

Ansiedad
Aumento del apetito o de peso
Bradycardia*
Deseos intensos de fumar**
Dificultad para concentrarse
Estado de ánimo disfórico o deprimido
Incremento de la tos**
Inquietud
Insomnio
Irritabilidad
Malestar o debilidad muscular**
Ulceraciones bucales**

* Sólo en el DSM-IV-TR.²⁷

** Sólo en la CIE-10.²⁶

Tabla 3
Síntomas de abstinencia de nicotina

Una manera rápida de conocer la existencia de dependencia de la nicotina es investigar el número de cigarrillos al día⁴⁴. La mayoría de los pacientes con dependencia de la nicotina fuma más de veinte cigarrillos en promedio por día y tiene dependencia física a la nicotina⁴⁵. No obstante, se ha observado que un estado de dependencia se puede encontrar a partir de cinco cigarrillos fumados al día⁴⁶. Es muy probable que los fumadores regulares de pocos cigarrillos al día, sigan el consumo por dependencia psicológica. Muchas personas que fuman menos de cinco cigarrillos pueden abandonar el consumo sin mayores dificultades, en otras palabras, no informan síntomas de abstinencia⁴⁷. Por otra

parte, el número de cigarrillos fumados está relacionado con la intención de dejar fumar; las personas con alto consumo están menos deseosas de abandonarlo porque lo consideran una tarea muy difícil, lo mismo que los consumidores de pocos cigarrillos al día porque piensan que lo pueden hacer cualquier día que lo intenten⁴⁸.

De la misma forma, existen varias escalas de autoinforme de comportamientos asociados con el uso de cigarrillo y que evalúan la existencia de dependencia de la nicotina. La más reconocida y usada es la escala de Fagerström^{49,50}. El punto de corte para dependencia es seis. Esta escala aparece en la tabla 4.

¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo? Menos de cinco minutos (3), Entre 6-30 minutos (2), Entre 31-60 minutos (1), Más de una hora (0)
¿Le resulta difícil abstenerse de fumar en sitios prohibidos como iglesias, bibliotecas, cines, etc.? Sí (1) No (0)
¿Qué cigarrillo le es más difícil evitar? El primero de la mañana (1) Otro (0)
¿Cuántos cigarrillos fuma usted diariamente? Escriba el número ____ Menos de 10 (0), Entre 11 y 20 (1), Entre 21 y 30 (2), Más de 30 (3)
¿Fuma usted más durante las primeras horas de la mañana que durante el resto del día? Sí (1) No (0)
¿Fuma usted si está enfermo o en cama la mayor la mayor parte del día? Sí (1) No (0)

Tabla 4

Escala de Fagerström para cuantificar dependencia de nicotina

Se cuenta con intervenciones educativas, no farmacológicas, que han mostrado efectividad como estrategias en la motivación y en el abandono del consumo en los fumadores, como la asesoría realizada por el médico con cada paciente en el consultorio

Asimismo, es importante que se investigue la presencia de algún trastorno mental no identificado hasta la fecha, como dependencia de alcohol, trastorno depresivo o trastorno de ansiedad⁵¹. Los pacientes con otros trastornos mentales asociados al consumo de cigarrillo o dependencia de nicotina tienen más dificultad para dejar el consumo⁵², generalmente necesitan un manejo combinado y tienen mayor porcentaje de reincidencia⁵³.

Alternativas de manejo


Una vez el paciente decide dejar el cigarrillo es muy importante recalcarle que la meta del tratamiento es el abandono total del consumo⁵⁴. Muchos preguntarán si una reducción es una estrategia razonable en ese proceso antes de abandonar por completo el consumo; esta táctica no se recomienda porque la reducción no predice el abandono total y retrasa el inicio de la abstinencia⁵⁵⁻⁵⁷.

Se cuenta con intervenciones educativas, no farmacológicas, que han mostrado efectividad como estrategias en la motivación y en el abandono del consumo en los fumadores, como la asesoría realizada por el médico con cada paciente en el consultorio⁵⁸. De la misma forma, la información estructurada, clara y precisa, presentada por enfermeras, tanto en la asesoría individual como grupal, en las salas de espera, tiene efectividad⁵⁹. Asimismo, es importante mantener en las salas de espera folletos que inviten al abandono del consumo de cigarrillo. Los folletos de autoayuda han probado su utilidad, son más

efectivos que no hacen nada, pero producen menores efectos favorables que las asesorías personalizadas realizadas por el médico o la enfermera^{60, 61}. Además de motivar el abandono, las medidas psicosociales están orientadas a ayudar a los pacientes que recientemente dejaron el cigarrillo, a la solución efectiva de los problemas, a afrontar sin fumar situaciones estresoras, manejar eficazmente las invitaciones de otras personas a fumar mediante el adiestramiento en habilidades sociales, buscar apoyo social en no fumadores y exfumadores, reconocer aquellas situaciones de alto riesgo de consumo que incitan a fumar y ayudar a otros fumadores a dejar el cigarrillo⁶².

Finalmente, los médicos contamos con medidas farmacológicas para el manejo de la dependencia de la nicotina. Se han ensayado diferentes medicaciones para ello, pero en la actualidad, la evidencia disponible es concluyente. Todas las formas de reemplazo de nicotina son efectivas, ayudan a los pacientes a dejar de fumar, lo mismo que la nortriptilina, un antidepresivo tricíclico no disponible en Colombia, y el bupropión, un antidepresivo con propiedades dopaminérgicas, que ha mostrado su utilidad en varios estudios cuando se administra durante un período de doce semanas^{63, 64}. Los mejores resultados siempre se consiguen cuando se combinan medidas farmacológicas y no farmacológicas con seguimiento personalizado, por lo menos durante un año⁶⁵⁻⁶⁷.

CONCLUSIONES

La prevalencia del consumo de tabaco alcanza cifras preocupantes. Los médicos y otros profesionales del área de la salud pueden contribuir a la reducción del consumo evaluando la condición de fumador o no fumador de todos los pacientes que reciben sus servicios. En la actualidad, se dispone de medidas farmacológicas y no farmacológicas de probada efectividad. Se necesita educar a todos los profesionales (actuales y futuros) de la salud en la prevención del consumo y la promoción del abandono del consumo de tabaco. 

En la actualidad, se dispone de medidas farmacológicas y no farmacológicas de probada efectividad. Se necesita educar a todos los profesionales (actuales y futuros) de la salud en la prevención del consumo y la promoción del abandono del consumo de tabaco

REFERENCIAS

1. Jha P, Ranson MK, Nguyen SN, Yach D. Estimates of global and regional smoking prevalence in 1995, by age and sex. *Am J Public Health* 2002; 92(6):1002-1006.
2. Ford E, Newman J. Smoking and diabetes mellitus: findings from 1988 behavioral risk factor surveillance system. *Diabetes Care* 1991;14:871-4.
3. Campo A. Prevalencia de tabaquismo en pacientes psiquiátricos: una revisión sistemática. *Medunab* 2002;5(13):28-33.
4. Campo A. Tabaquismo y trastornos mentales en la población general: una revisión sistemática. *Salud UIS* 2003;35:90-96.
5. Woldery T, Trosclair A, Husten C, Caraballo RC, Kahende J. Cigarette smoking among adults. United States, 2001. [Sitio en Internet] Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention. Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtm/mm5240a1.htm>.
6. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA* 2004;291(10):1238-1245.
7. Ezzatti M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet* 2003;362(9387):847-852.

8. Pardell H, Saltó E, Salleras L. Manual diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Madrid: Panamericana; 1996. pp. 11-43.
9. Buisson B, Bertrand D. Nicotine addiction: the possible role of functional upregulation. *Trends Pharmacol Sci* 2002;23(3):130-136.
10. Hughes JR. Distinguishing nicotine dependence from smoking. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58(9):817-818.
11. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness. *JAMA* 2000;284(13):1689-1695.
12. Batra V, Patkar AA, Weibel S, Leone FT. Tobacco smoking as a chronic disease: notes on prevention and treatment. *Prim Care Clin Office Pract* 2002; 29:629-648.
13. Camí J, Farré M. Drug addiction. *N Engl J Med* 2003;349:975-986.
14. O'Brien CP. Drug addiction and drug abuse. En: Hardman JG, Limbird LE. Goodman & Gilman's: the pharmacological basis of therapeutics. 10 ed. Washington: McGraw-Hill; 2001. pp.621-642.
15. Fowler JS, Volkow ND, Wang G-J, Pappas N, Logan J, MacGregor R, *et al.* Inhibition of monoamine oxidase B in the brains of smokers. *Nature* 1996; 379:733-736.
16. Fowler JS, Volkow ND, Wang G-J, Pappas N, Logan J, Shea C, *et al.* Brain monoamine oxidase inhibition in cigarette smokers. *Proc Natl Acad Sci* 1996;93:14065-14069.
17. Buisson B, Bertrand D. Nicotine addiction: the possible role of functional upregulation. *Trends Pharmacol Sci* 2002;23:130-136.
18. Klimek V, Zhu M-Y, Dilley G, Konick L, Overholser JC, Meltzer HY, *et al.* Effects of long-term cigarette smoking on the human locus ceruleus. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:821-827.
19. Cinciripini PM, Hecht SS, Henningfield JE, Manley MW, Kramer BS. Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention. *J Nat Cancer Int* 1997;89(24):1852-1867.
20. Buisson B, Bertrand D. Nicotine addiction: the possible role of functional upregulation. *Trends Pharmacol Sci* 2002;23(3):130-136.
21. Grable JC, Ternullo S. Smoking cessation from office to bedside. *Postgrad Med* 2003;114(2):45-54.
22. Splanger JG, George G, Foley KL, Crandall SJ. Tobacco intervention training. Current effort and gaps in US medical schools. *JAMA* 2002;288:1102-1109.
23. Gil E, Robledo T, Rubio JM, Coello B, López E, Sáiz I. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del Insalud 1998. *Prev Tab* 2000;2:22-31.
24. Ohida T, Sakurai H, Mochizuki Y, Kamal AMM, Takemura S, Minowa M, *et al.* Smoking prevalence and attitudes toward smoking Japanese physicians. *JAMA* 2001;285:2643-2648.
25. Shiffman S, Mason KM, Henningfield JE. Tobacco dependence treatment: review and prospectus. *Ann Rev Public Health* 1998;19:335-358.
26. West R, McNeil A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update *Chest* 2000;55:987-999.
27. Grable JC, Ternullo S. Smoking cessation from office to bedside. *Postgrad Med* 2003;114(2):45-54.
28. West R, McNeil A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Chest* 2000;55:987-999.
29. Patkar AA, Vergare MJ, Batra V, Weinstein SP, Leone FT. Tobacco smoking: current concepts in etiology and treatment. *Psychiatry* 2003;66:183-199.
30. West R, McNeil A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Chest* 2000;55:987-999.
31. Patkar AA, Vergare MJ, Batra V, Weinstein SP, Leone FT. Tobacco smoking: current concepts in etiology and treatment. *Psychiatry* 2003;66:183-199.
32. Shiffman S, Mason KM, Henningfield JE. Tobacco dependence treatment: review and prospectus. *Ann Rev Public Health* 1998;19:335-358.
33. Grable JC, Ternullo S. Smoking cessation from office to bedside. *Postgrad Med* 2003;114(2):45-54.
34. West R, McNeil A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Chest* 2000;55:987-999.
35. Grable JC, Ternullo S. Smoking cessation from office to bedside. *Postgrad Med* 2003;114(2):45-54.
36. Patkar AA, Vergare MJ, Batra V, Weinstein SP, Leone FT. Tobacco smoking: current concepts in etiology and treatment. *Psychiatry* 2003;66:183-199.
37. Grable JC, Ternullo S. Smoking cessation from office to bedside. *Postgrad Med* 2003;114(2):45-54.
38. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. 10 ed. Madrid: Meditor; 1993. pp.71-89.
39. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 2001:244-247.
40. Shiffman S, Mason KM, Henningfield JE. Tobacco dependence treatment: review and prospectus. *Ann Rev Public Health* 1998;19:335-358.

41. Patkar AA, Vergare MJ, Batra V, Weinstein SP, Leone FT. Tobacco smoking: current concepts in etiology and treatment. *Psychiatry* 2003;66:183-199
42. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de las enfermedades CIE. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. 10 ed. Madrid: Meditor; 1993. pp. 71-89.
43. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 ed. Washington: American Psychiatric Association; 2001. pp. 244-247.
44. De Leon J, Diaz FJ, Becoña E, Gurpegui M, Jurado D, González-Pinto A. Exploring brief measures of nicotine dependence for epidemiological survey. *Addict Behav* 2003;28:1481-1486.
45. Benowitz NL, Hennigfield JE. Establishing a nicotine threshold for addiction. The implications for tobacco regulation. *N Engl J Med* 1994;331:123-125.
46. Benowitz NL, Hennigfield JE. Establishing a nicotine threshold for addiction. The implications for tobacco regulation. *N Engl J Med* 1994;331:123-125.
47. Benowitz NL, Hennigfield JE. Establishing a nicotine threshold for addiction. The implications for tobacco regulation. *N Engl J Med* 1994;331:123-125.
48. West R, McNeil A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Chest* 2000;55:987-999.
49. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav* 1978;3:235-241.
50. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Br J Addiction* 1991;86:1119-1127.
51. Bergen AW, Caporaso N. Cigarette smoking. *J Natl Cancer Inst* 1999;91:1365-1375.
52. Keuthen NJ, Niaura RS, Borrelli B, Goldstein M, DePue J, Murphy C, et al. Comorbidity, smoking behavior and treatment outcome. *Psychother Psychosom* 2000;69:244-50.
53. Covey LS, Glassman AH, Stetner F. Major depression following smoking cessation. *Am J Psychiatry* 1997;154:263-265.
54. Grable JC, Ternullo S. Smoking cessation from office to bedside. *Postgrad Med* 2003;114(2):45-54.
55. Grable JC, Ternullo S. Smoking cessation from office to bedside. *Postgrad Med* 2003;114(2):45-54.
56. Hughes JR, Cummings KM, Hyland A. Ability of smokers to reduce their smoking and its association with future smoking cessation. *Addiction* 1999;94: 109-114.
57. Copeland AL, Brandon TH. Intervening with the tobacco-dependent patient. *J Clin Outcome Manage* 2001;8:43-51.
58. Lancaster T, Stead L, Sigaly C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane library. *BMJ* 2000;321: 355-358.
59. Lancaster T, Stead L, Sigaly C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane library. *BMJ* 2000;321: 355-358.
60. Lancaster T, Stead L, Sigaly C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane library. *BMJ* 2000;321: 355-358.
61. Hall SM, Humfleet GL, Reus VI, Muñoz RF, Hartz DT, Maude-Griffin R. Psychological intervention and antidepressant treatment in smoking cessation. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59(10):930-936.
62. Grable JC, Ternullo S. Smoking cessation from office to bedside. *Postgrad Med* 2003;114(2):45-54.
63. Lancaster T, Stead L, Sigaly C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane library. *BMJ* 2000; 321: 355-358.
64. Raw M, McNeil A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. *BMJ* 1999;318:182-185.
65. Lancaster T, Stead L, Sigaly C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane library. *BMJ* 2000;321: 355-358.
66. Hall SM, Humfleet GL, Reus VI, Muñoz RF, Hartz DT, Maude-Griffin R. Psychological intervention and antidepressant treatment in smoking cessation. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59(10):930-936.
67. Raw M, McNeil A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. *BMJ* 1999;318:182-185.