

La entrevista motivacional en el tratamiento del tabaquismo: una revisión

Motivational Interviewing in smoking treatment: a review

BÁRBARA PIÑEIRO; MARÍA DEL CARMEN MÍGUEZ;
ELISARDO BECOÑA

Unidad de Tabaquismo, Facultad de Psicología,
Universidad de Santiago de Compostela

Enviar correspondencia a:
Bárbara Piñeiro Neiro. Unidad de tabaquismo. Facultad de Psicología.
Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Universidad de
Santiago de Compostela. Campus Universitario Sur. 15782 Santiago de
Compostela. A Coruña. E-mail: barbara.pineiro@usc.es

*recibido: Enero 2010
aceptado: Julio 2010*

RESUMEN

La Entrevista Motivacional (EM) ha demostrado su eficacia en un amplio rango de conductas adictivas. Sin embargo, con el tabaco es donde resulta más difícil demostrar su eficacia. La EM proporciona estrategias motivacionales específicas para cada estadio de cambio. El objetivo de este trabajo es revisar los estudios que investigan el uso de la EM en el tratamiento del tabaquismo con el fin de ofrecer una actualización de su eficacia. Para ello, se han revisado las investigaciones más importantes, publicadas a nivel internacional y en España. La revisión de los 33 estudios seleccionados nos lleva a concluir que es muy difícil evaluar y comparar los resultados de los estudios entre sí, debido a la variabilidad y heterogeneidad de los mismos. De ahí que sea en este campo donde se muestren los resultados más contradictorios sobre su eficacia. Se necesita, por lo tanto, más investigación para determinar la fiabilidad y las posibles explicaciones para los hallazgos discrepantes observados en el tabaquismo. Finalmente se sugiere la necesidad de conocer dónde y cómo interviene la EM dentro del tratamiento y qué condiciones podrían afectar a su eficacia.

Palabras clave: entrevista motivacional, tratamiento, tabaco, intervenciones breves, revisión, dejar de fumar.

ABSTRACT

Motivational Interviewing (MI) has proved to be effective with a wide range of addictive behaviors. However, in the case of tobacco smoking it is more difficult to demonstrate its effectiveness. MI provides specific motivational strategies for each stage of change. The aim of this paper is to review studies investigating the use of MI in the treatment of smoking in order to provide an update on its effectiveness. To this end, we reviewed the most important research published internationally and in Spain. A review of 33 selected studies leads us to conclude that it is very difficult to assess and compare the results of the studies in view of their variability and heterogeneity. Hence, it is in this area that we see the most contradictory results on its effectiveness. We therefore need more research in order to determine its reliability and possible explanations for the discrepant findings observed in studies of smoking cessation. Finally, we strongly suggest the need to know which treatment location is best, how MI functions in treatment programs and which conditions may affect its effectiveness.

Key Words: motivational interviewing, treatment, tobacco, brief intervention, review, smoking cessation.

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas con el que nos encontramos a la hora de intervenir en las conductas adictivas en general es la falta de motivación para el cambio. La motivación para el cambio es un elemento clave para el éxito terapéutico, sobre todo en el ámbito de las conductas adictivas, donde es frecuente el abandono del tratamiento y el bajo cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Ante esta necesidad, la Entrevista Motivacional (EM) se ha propuesto como un procedimiento útil (Bien, Miller y Boroughs, 1993; Bien, Miller y Tonigan, 1993; Miller, 1983; Miller, Bogenschütz y Villarreal, 2006; Miller y Rollnick, 1991, 2002), pues está particularmente indicada para trabajar con aquellos clientes que se muestran ambivalentes y que están menos motivados para cambiar (Heather, Rollnick, Bell y Richmond, 1996; Hettema, Steele y Miller, 2005; Rohsenow, Martin, Monti, Abrams, Colby y Sirota 2004).

La EM fue creada por los psicólogos Miller y Rollnick (1991). Inicialmente fue desarrollada como una breve intervención para tratar problemas de alcohol y, posteriormente, tras investigar los elementos terapéuticos que mejoraban los resultados de la intervención, desarrollaron los conceptos fundamentales y una descripción de los procesos clínicos más detallados. A comienzos de los años 90, la EM empezó a probarse con otros problemas de salud, particularmente con enfermedades crónicas (hipercolesterolemia, diabetes, asma, enfermedad cardiovascular), en las cuales el cambio de comportamiento y la motivación del paciente es clave, y se generalizó su aplicación a consumidores de otras sustancias (tabaco, cocaína, cannabis), al cambio de hábitos (dietas, uso de preservativos), a la psicosis, al juego patológico, al tratamiento y prevención de la infección por VIH, y al fomento de nuevos estilos de vida más saludables (Rollnick, Miller y Butler, 2008).

La EM se define como un estilo de comunicación, centrado en el cliente, dirigido a un objetivo, que pretende provocar un cambio en el comportamiento, ayudando a resolver las propias motivaciones para cambiar (Miller y Rollnick, 2002). Resulta especialmente útil con las personas que son reticentes a cambiar y que se muestran ambivalentes ante el cambio ya que trabaja activando la propia motivación de los clientes para el cambio y la adherencia al tratamiento e intenta ayudar a resolver la ambivalencia a través de cuatro principios básicos: expresar empatía, crear discrepancias, dar un giro a la resistencia y fomentar y reforzar la autoeficacia (Miller y Rollnick, 1991, 2002; Rollnick et al., 2008).

La EM se opone a enfoques más directivos, proponiendo frente a ellos la identificación de problemas, la estimulación de la motivación, la colaboración con el cliente en la búsqueda de soluciones, la aceptación de la ambivalencia, la asunción de los puntos de vista del cliente y un curso lento y progresivo al ritmo del cambio del propio cliente. El espíritu que guía la EM ha sido descrito por Rollnick y Miller (1995) como colaborativo, evocativo y favorecedor de la autonomía del cliente.

En los años ochenta, Prochaska y DiClemente (1982, 1983) elaboraron un modelo útil para comprender cómo se produce el cambio. El planteamiento que formulan permite identificar diferentes niveles de predisposición (estadios de cambio) que puede mostrar una persona cuando se plantea modificar su conducta adictiva (DiClemente, Prochaska, Fairhurst, Velicer, Velásquez y Rossi, 1991; Miller, Yahne y Tonigan, 2003; Prochaska y DiClemente, 1992; Prochaska y Norcross, 2007). El nivel motivacional inferior se corresponde con el estadio en el cual no se tiene conciencia del problema y, por tanto, ninguna intención de modificar la conducta adictiva. Progresivamente puede aumentarse la disposición al cambio adquiriendo conciencia del problema y desarrollando las estrategias necesarias para superarlo, incluyendo las habilidades para sobreponerse a imprevistos y recaídas. Gracias a este modelo sabemos que, por ejemplo, los fumadores pasan por toda una serie de fases, o estadios, que van desde no tener ninguna intención en plantearse dejar de fumar, hasta buscar activamente ayuda para hacerlo. Prochaska (2008) considera la existencia de seis estadios de cambio: precontemplación, contemplación, preparación para la acción, acción, mantenimiento y terminación. Estos estadios representan los aspectos temporales y motivacionales del cambio intencional (Prochaska, 2008; Prochaska, Norcross y DiClemente, 1994).

El terapeuta debe utilizar diferentes estrategias con el cliente dependiendo del momento del proceso de cambio en que éste se encuentre. La EM nos proporciona estrategias motivacionales específicas para cada estadio de cambio (Miller y Rollnick, 1999). Con ellas podemos conseguir que la persona sea más consciente de su problema, sepa analizarlo más claramente y ponga en marcha elementos de cambio. Miller y Rollnick (1991, 2002) y Rollnick et al. (2008) proponen ocho estrategias que se muestran eficaces para favorecer el cambio de conducta y que podemos utilizar dentro de la EM: ofrecer consejo, eliminar obstáculos, ofrecer alternativas, disminuir la deseabilidad, practicar la empatía, ofrecer feedback, aclarar objetivos y ofrecer ayuda activa.

Las técnicas motivacionales se están introduciendo en la práctica clínica como método de tratamiento en múltiples conductas adictivas y otras situaciones que implican un cambio de hábitos de salud. En la clínica la EM ha demostrado su eficacia en estudios controlados en intervenciones breves (por ej., Burke, Arkowitz y Menchola, 2003; Dunn, Deroo y Rivara, 2001; McCambridge y Strang, 2004; Miller, Yahne, Moyers, Martinez y Pirritano, 2004; Rubak, Sandbaek, Lauritzen y Chirstensen, 2005). Sin embargo, la investigación existente sobre su eficacia es bastante heterogénea, fundamentalmente porque existen numerosas formas de aplicar la EM, y porque se ha aplicado a múltiples problemas (Guillén y Mañoso, 2004).

Según la revisión realizada por Madson, Loignon y Lane (2009) la EM se ha mostrado como una intervención eficaz en una amplia variedad de sustancias de abuso como alcohol, cocaína y marihuana (Burke et al., 2003; Hettema et al., 2005; Miller y Rollnick, 2002). Más allá del uso en las conductas adictivas ha demostrado su capacidad para aumentar la adherencia al tratamiento y a la realización de

pruebas de las personas con VIH (Foley et al., 2005), para el descenso de comportamientos sexuales agresivos (Belcher, Kalichman, Topping, Smith, Emshoff, Norris, et al., 1998), para la adherencia al tratamiento médico (Hayward, Chan y Kemp, 1995), para aumentar la disponibilidad al cambio en los trastornos alimentarios (Dunn, Neighbors y Larimer, 2006) y para facilitar hábitos alimentarios saludables mediante el incremento de frutas y verduras en la dieta (Resnicow, Jackson, Wang, De, McCarty, Dudley, et al., 2001).

Sin embargo, al realizar una revisión sistematizada de la literatura publicada sobre tabaco (Baca y Yahne, 2009; Burke et al., 2003; Dunn et al., 2001; Erickson, Gerstle y Feldstein, 2005; Hettema et al., 2005; Madson et al., 2009; Rubak et al., 2005) llama la atención que es en este tema donde se encuentra el menor número de trabajos, con los datos menos relevantes y los resultados más contradictorios. Siendo el tabaquismo una de las primeras patologías adictivas para las que primero se diseñó la terapia motivacional, es una de las adicciones para la que se encuentran menos estudios y en la que es más difícil demostrar su eficacia de una manera consensuada (Balcells, Torres y Yahne, 2004).

Debido a la variabilidad que existe a la hora de aplicar la EM, a la escasez de estudios, y a los resultados tan contradictorios sobre su eficacia en el tratamiento del tabaquismo, el objetivo del presente trabajo es realizar una revisión de los estudios que se han publicado sobre la utilización de la EM en el tratamiento del tabaquismo para ver su eficacia en este campo. A continuación comentaremos los estudios más importantes que han utilizado la EM en diferentes poblaciones de fumadores de cigarrillos. Nos centraremos en las poblaciones en las que más se ha investigado sobre el tema. Los estudios revisados se han obtenido de las bases de datos PubMed y PsycInfo usando las palabras clave "motivational interviewing", "smoking cessation" y "tobacco cessation". También se han obtenido de las referencias bibliográficas del último libro publicado por Rollnick et al. (2008), y de la página web <http://www.motivationalinterview.org>. Los estudios incluidos en esta revisión son 33 y han sido publicados entre 1998 y 2009.

LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN DISTINTAS POBLACIONES DE FUMADORES DE CIGARRILLOS¹

Fumadores con psicopatología (esquizofrenia y trastornos afectivos)

Desde mediados de la década de los 90, algunos investigadores han iniciado estudios y ensayos clínicos donde se han incluido intervenciones motivacionales para dejar de fumar en pacientes con esquizofrenia y/o trastornos afectivos.

George et al. (2000) compararon los resultados de dos programas para dejar de fumar en pacientes con esquizofrenia o con trastornos afectivos, los cuales estaban siendo ya tratados con parches de nicotina y con medicación anti-

psicótica atípica o típica. Examinaron los efectos del tratamiento antipsicótico (típico o atípico) en combinación con el parche de nicotina en los resultados para dejar de fumar. La muestra estaba compuesta por 45 sujetos, el 66,7% eran hombres. La intervención se llevó a cabo a lo largo de 10 semanas con dos grupos. Un grupo recibió la terapia basada en el Programa de la Asociación Americana del Pulmón que consistía en sesiones de terapia de grupo, y otro grupo recibió la terapia basada en el programa de terapia de grupo especializada para pacientes con esquizofrenia que incluía 3 semanas de "Terapia de Aumento Motivacional" (MET) y 7 semanas de psicoeducación, entrenamiento en habilidades sociales y estrategias de prevención de recaídas. Los resultados no mostraron diferencias entre los dos programas en cuanto a abstinencia. Sin embargo, la medicación antipsicótica atípica (Risperidona y Olanzapina) en combinación con el parche de nicotina aumentaba los porcentajes de abandono del tabaco (55,6% en el grupo de medicación atípico vs. 22,2% en el grupo típico). Estos resultados sugieren que los agentes atípicos en combinación con los parches de nicotina podrían ser superiores que los agentes típicos para dejar de fumar en pacientes con esquizofrenia.

Steinberg, Ziedonis, Krejci y Brandon (2004) probaron la EM para saber si era eficaz para motivar a fumadores con esquizofrenia o con trastornos afectivos a buscar tratamiento para la dependencia del tabaco. La muestra la formaban 78 sujetos que fumaban al menos 10 cigarrillos al día. Formaron tres grupos: uno de ellos recibió la intervención motivacional, otro, intervención psicoeducativa y el último fue un grupo de control. Los resultados, al mes de la intervención, mostraron que los sujetos que recibieron la intervención motivacional buscaron tratamiento para su dependencia del tabaco en mayor grado que los que recibieron las otras intervenciones (32%, 11% y 0%). Además, una sola sesión de EM fue más eficaz que las otras dos intervenciones para motivar a estos sujetos a buscar tratamiento para su dependencia del tabaco (28%, 9% y 0%).

Baker et al. (2006) evaluaron el efecto de la administración conjunta de la EM y de la terapia cognitiva de forma individual en combinación de la terapia sustitutiva de nicotina (TSN) en la reducción o en el abandono de fumar entre personas con trastornos psicóticos. La muestra estaba formada por 298 fumadores con trastorno psicótico. Dividieron a los sujetos en dos grupos. El grupo de tratamiento recibió seis sesiones semanales de EM, terapia cognitiva y TSN y además dos sesiones de revisión de todo lo visto en semanas anteriores. El grupo control únicamente recibió mínimos consejos estándar. Los resultados no mostraron diferencias en los porcentajes de abstinencia entre los dos grupos. Sin embargo, un alto porcentaje de fumadores del grupo de tratamiento dejó de fumar al acudir a los seguimientos, en comparación con el grupo control (a los 3 meses, 30,0% vs. 6,0%; a los 6 meses, 18,6% vs. 4,0%; y a los 12 meses, 18,6% vs. 6,6%). Además, los fumadores que completaron todas las sesiones del tratamiento estaban más predispuestos para lograr mantenerse abstinentes a los 3 meses (21,4% vs. 4,0%).

¹ Quienes deseen pueden solicitar las tablas de los estudios a los autores.

Mujeres embarazadas

Dejar de fumar durante el periodo del embarazo y el post parto es especialmente importante (Suplee, 2005). La EM parece ideal para intervenir con mujeres embarazadas fumadoras resistentes al cambio y ambivalentes, ya que a través de ella se incrementa la conciencia del problema y la necesidad de cambiar (Miller y Rollnick, 1991).

Valanis, Lichtenstein, Mullooly, Labuhn, Brody, Severson, et al. (2001) probaron los efectos de una intervención de baja intensidad pre y post natal para dejar de fumar y de prevención de recaídas, basada en los estadios de cambio y en las técnicas de la EM. La muestra estaba compuesta por 3.907 mujeres embarazadas fumadoras con una media de edad de 24,4 años. Las mujeres fueron asignadas a tres grupos, un grupo de cuidados estándar, otro control, y otro de intervención pre y post natal con EM y prevención de recaídas. Los resultados durante el embarazo mostraron que el grupo de mujeres que recibía la intervención mostraba significativamente más abandonos del tabaco y mantenimiento de la abstinencia que el grupo de comparación (38,8% vs. 28,9%). Además, sus porcentajes de recaída eran significativamente más bajos en comparación con el grupo control (25,3% vs. 32%). En cuanto a los resultados después del embarazo, en el seguimiento de un año, se apreciaron diferencias significativas entre las mujeres del grupo de intervención en comparación con el grupo de control. Las mujeres del grupo de intervención llevaron a cabo más acciones para fumar fuera de casa y tomaron más medidas para proteger a sus hijos del tabaco (88% vs. 73%). Además, el 18,4% de las mujeres del grupo de intervención en comparación con el control (14,9%) informaban no haber fumado en los últimos 6 meses.

Stotts, DiClemente y Dolan-Mullen (2002) evaluaron la eficacia de una intervención telefónica breve de EM. La muestra la formaban 269 mujeres embarazadas fumadoras con una media de edad de 28 años. Dividieron a la muestra en dos grupos (control y de intervención). El grupo de intervención tuvo tres componentes: (1) 20-30 minutos de consejo telefónico usando las técnicas de la EM a lo largo de 2 semanas; (2) feedback personalizado a través de una carta después de la llamada telefónica; (3) llamada telefónica con las técnicas de la EM 5 días después de haber enviado la carta. Los resultados no mostraron diferencias entre los grupos control e intervención después del tratamiento. Sin embargo, aquellas mujeres que recibieron todos los componentes de la intervención se mostraron más animadas para dejar de fumar o reducir el número de cigarrillos en el último trimestre del embarazo en comparación con el grupo control (43% vs. 34%). A las 6 semanas del parto, las que habían recibido toda la intervención, informaban estar abstinentes en mayor medida y fumar menos cigarrillos que las mujeres del grupo control (27,1% vs. 14,6%).

Stotts, DeLaune, Schmitz y Grabowski (2004) evaluaron los mecanismos del modelo de cambio a través de una intervención con EM en mujeres embarazadas fumadoras de bajos ingresos. La muestra del estudio estaba formada por 54 mujeres embarazadas fumadoras, con una edad mínima de

16 años. La intervención se desarrolló a lo largo de 8 semanas. Formaron dos grupos. El grupo control recibía cuidados estándar, es decir, recomendaciones para dejar de fumar proporcionadas por médicos y enfermeras. El grupo de intervención recibía EM a lo largo de 8 semanas, y además incluía: 3 llamadas telefónicas basadas en la EM, y envío de una carta personalizada informando de los resultados de la evaluación. Los resultados mostraron que las mujeres embarazadas que recibían la intervención con EM informaban de un incremento significativamente superior en la confianza por mantenerse abstinentes en comparación con el grupo control. También informaban de un decremento en la tentación a fumar mayor que el grupo control. Sin embargo, la intervención con EM no se asoció con una progresión en los estadios de cambio, ya que el 50% de la muestra se encontraba en el mismo estadio de cambio que al principio de la intervención, ni tampoco sirvió para lograr la abstinencia (al final de la intervención estaban un 14,3% abstinentes en el grupo de EM frente a un 18% en el grupo control).

Suplee (2005) realizó un estudio sobre la recaída durante el periodo postparto. La muestra estaba compuesta por 62 mujeres embarazadas fumadoras con una edad comprendida entre los 14 y los 45 años. Dividió a las mujeres en dos grupos, el control y el experimental. Éste último recibía de 10 a 20 minutos de intervención compuesta de cuatro partes: 1) EM, 2) prevención de recaídas, 3) estrategias de afrontamiento y, 4) componentes educativos. Los resultados mostraron que no hubo diferencias significativas entre los dos grupos, aunque se observaba un modesto efecto en las mujeres del grupo experimental, ya que éstas se abstuvieron de fumar más durante el periodo postparto en comparación con las del grupo control (53% vs. 40%).

Tappin et al. (2005) realizaron un estudio para determinar si el porcentaje de abandono del hábito de fumar de las embarazadas aumentaba con el empleo de la EM domiciliaria efectuada por comadronas entrenadas. La muestra estaba formada por 752 mujeres embarazadas fumadoras. La media de edad de las mujeres era de 26 años. Las comadronas realizaron promoción de la salud y proporcionaron información acerca del hábito de fumar y del embarazo con las mujeres de ambos grupos. A las mujeres del grupo de intervención se les ofreció de 2 a 5 visitas domiciliarias adicionales de aproximadamente 30 minutos de duración. Los resultados no hallaron diferencias significativas en cuanto al hábito de fumar entre los dos grupos. La EM domiciliaria impartida por las comadronas no aumentaba significativamente el abandono del hábito de fumar en las embarazadas.

Thyrian, Hanover, Grempler, Roske, John y Hapke (2006) aplicaron una intervención para dejar de fumar y para prevenir las recaídas, en mujeres de la población general después de dar a luz. Las mujeres que fueron asignadas al grupo control recibían cuidados estándar y folletos. Las que fueron asignadas al grupo de intervención recibían consejo cara a cara en casa después de la evaluación y 2 sesiones de seguimiento telefónico. La intervención estaba basada en el modelo de cambio y los terapeutas eran expertos entrenados en EM. La mayoría de las mujeres del estudio se encontraban en el estadio de precontemplación. En ambos grupos se

hicieron seguimientos telefónicos a los 6, 12 y 18 meses de la intervención. Los resultados a los 6 meses de la intervención mostraron un efecto estadísticamente significativo en el estatus de fumar. Había más mujeres abstinentes en el grupo de intervención que en el control (40% vs. 31%). Además, las mujeres que recibían la intervención tenían menos probabilidad de recaída, ya que a los 6 meses habían recaído 14% vs. 20%. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en el porcentaje de mujeres que dejaron de fumar después de la intervención (2% vs. 1%).

Ruger, Weinstein, Hammond, Kearney y Emmons (2008) examinaron el coste-efectividad de una intervención con EM comparada con los cuidados estándar en una población de mujeres embarazadas con bajos ingresos. Para ello evaluaron separadamente a dos grupos, mujeres fumadoras en la actualidad y mujeres que habían abandonado el hábito recientemente. La muestra total estaba formada por 302 mujeres con una media de edad de 26 años. El grupo de EM y prevención de recaídas recibía una media de 3 visitas en casa en las que se proporcionaban 1 hora de EM y materiales para dejar de fumar. El grupo de cuidados estándar recibía 5 minutos de consejos y materiales en los que se hablaba de los beneficios de dejar de fumar durante y después del embarazo. Los resultados en cuanto a efectividad señalaron que a los 6 meses del parto ambos grupos tenían porcentajes de abandono similares (6% grupo EM vs. 8% grupo de cuidados estándar). En cuanto al coste-efectividad, los resultados indicaron que la intervención con EM era más costosa que los cuidados estándar y no proporcionaba más beneficios. En conclusión, en este estudio la EM resultó ser más costosa y menos eficaz que los cuidados estándar para dejar de fumar.

Adolescentes

La aplicación de la EM ha sido mínimamente investigada en la intervención con adolescentes para tratar la conducta de fumar.

Colby et al. (1998) probaron la viabilidad y la eficacia de una intervención breve para dejar de fumar en adolescentes en un hospital. La muestra estaba formada por 40 adolescentes fumadores de 14 a 17 años, con una media de edad de 16 años. Dividieron a la muestra en dos grupos. Uno de ellos recibía una intervención con EM y el otro recibía un breve consejo para dejar de fumar. La intervención motivacional consistía en 30 minutos de EM acompañada de un seguimiento telefónico y una intervención telefónica a los padres de los adolescentes. Los resultados a los 3 meses señalaron que el grupo que recibía la EM lograba mejores porcentajes de abstinencia que el grupo control (20% vs. 10%), pero estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Brown et al. (2003) realizaron un estudio en el que buscaban extender el uso de la EM para tratar a adolescentes fumadores con trastornos psiquiátricos. Probaron la EM en comparación con el consejo breve para ver si el uso de la EM llevaba a más intentos de abandono, a más duración de los abandonos, reducía el hábito de fumar o llevaba a más abstinencia del tabaco entre los adolescentes hospitalizados por

trastornos psiquiátricos y trastornos por uso de sustancias. La muestra que utilizaron estaba formada por 191 adolescentes fumadores entre 13 y 17 años. La edad media de los participantes era de 15 años. Un grupo recibía solo consejo y el otro EM. El grupo de EM recibió: a) 2 sesiones de 45 minutos de EM cuando estaban hospitalizados; b) parches de nicotina al abandonar el hospital; c) 6 sesiones de seguimiento telefónico breve aplicando EM; y d) 4 llamadas breves a los padres. Los resultados indicaron que la intervención con EM no llevaba a mejores resultados en comparación con el consejo breve. Sin embargo, se observaba que la intervención motivacional era más eficaz en los adolescentes que tenían pocas intenciones para cambiar, y también que era más eficaz que el consejo breve para incrementar la autoeficacia con respecto a la habilidad para dejar de fumar.

Colby et al. (2005) evaluaron la eficacia del uso de una intervención motivacional breve para reducir el consumo de tabaco entre adolescentes. La muestra que utilizaron estaba compuesta por 85 adolescentes con un rango de edad de 14 a 19 años, con una edad media de 16 años. Dividieron a los sujetos en dos grupos, un grupo recibía consejo breve para dejar de fumar a través de la guía clínica de Fiore et al. (2000). El otro grupo recibía una sesión de EM siguiendo los principios de Miller y Rollnick (2002). Los resultados en el seguimiento de los 6 meses indicaron que el porcentaje de abstinencia, considerando que no habían fumado nada en los últimos 7 días, fue superior en el grupo que recibía la intervención con EM en comparación con el grupo que sólo recibía consejo (23% vs. 3%), aunque estos resultados fueron autoinformados.

Kelly y Lapworth (2006) evaluaron la eficacia de una intervención breve en tabaco. Utilizaron una muestra de 56 adolescentes con un rango de edad de 14 a 16 años. Dividieron a los adolescentes en dos grupos, uno recibía EM y otro breve consejo. Ambas intervenciones duraban 1 hora. Los resultados mostraron que la intervención motivacional resultó significativa a corto plazo (seguimiento de 1 mes) para reducir la cantidad y la frecuencia del consumo, pero no a medio plazo (3 y 6 meses).

Pbert, Osganian, Gorak, Druker, Reed, O'Neill, et al. (2006) evaluaron la eficacia y la viabilidad de una intervención para dejar de fumar impartida por enfermeras en una escuela, para incrementar el porcentaje de abstinencia entre los adolescentes que estaban interesados en abandonar el tabaco. La muestra del estudio estaba formada por 1148 estudiantes fumadores, con una media de edad de 17 años. Dividieron a los adolescentes en dos grupos, el control, el cual recibía cuidados estándar para dejar de fumar, y el grupo de intervención, que recibía 4 sesiones, las dos primeras de 30 minutos y las dos últimas de 15 minutos. Las sesiones seguían los principios de la guía clínica de Fiore et al. (2000), utilizaban el modelo de las 5 A: preguntar, aconsejar, evaluar, asistir y planificar y seguían la teoría cognitiva social de Bandura. Se administró TSN y bupropión. Los resultados mostraron que los porcentajes de abstinencia fueron significativamente mayores en los estudiantes del grupo de intervención en comparación con el control, a las 6 semanas (18% vs. 2%) y a los 3 meses (24% vs. 5%) de la intervención.

Woodruff, Conway, Edwards, Elliott y Crittenden (2007) probaron un programa de asesoramiento a través de la web para dejar de fumar en una muestra de 136 adolescentes fumadores de 14 a 19 años, con una edad media de 16 años. Dividieron a los adolescentes en dos grupos, un grupo de intervención y otro de control. El grupo de intervención recibía un programa de Internet basado en la realidad virtual combinado con EM para dejar de fumar llevado a cabo por un consejero en tiempo real. Los resultados muestran que la intervención virtual fue eficaz para ayudar a los adolescentes a reducir su consumo a corto plazo. A los 3 meses los porcentajes de abstinencia eran más altos en el grupo de intervención que en el control (2,0% vs. 1,8%), aunque no se alcanzó la significación estadística. Un 22% de sujetos del grupo de intervención se consideraban exfumadores frente a un 15% de los controles. El número de intentos para el abandono del tabaco fue significativamente mayor en el grupo de intervención que en el control tanto a los 3 meses (2,1% vs. 1,7%) como a los 12 meses (2,4% vs. 1,7%). El programa de Internet fue eficaz para ayudar a los adolescentes a reducir el consumo de cigarrillos y para permanecer abstinentes a corto plazo.

Helstrom, Hutchison y Bryan (2007) comprobaron la eficacia de la MET para dejar de fumar y ver si los problemas de alcohol e impulsividad mediaban en los resultados. La muestra que utilizaron estaba compuesta por 81 adolescentes fumadores arrestados con una edad media de 16 años. Dividieron a la muestra en dos grupos, uno recibía MET, y otro grupo recibía educación en tabaco a través de folletos proporcionados por la Asociación Americana contra el Cáncer. Los resultados mostraron que no hubo diferencias significativas entre las dos intervenciones. Sin embargo, más participantes del grupo que recibió MET acudían al seguimiento de los 6 meses. Además, esta intervención fue mejor que el grupo control en el decremento del consumo de tabaco pero sólo para una pequeña submuestra, la de adolescentes que consumían menos alcohol y eran menos impulsivos. Estos resultados son consistentes con los que se encuentran en la literatura respecto a que la MET es menos eficaz con adolescentes que presentan comorbilidad psiquiátrica (Brown et al., 2003).

Horn, Dino, Hamilton y Noerachmanto (2007) analizaron la eficacia de una intervención motivacional sobre el consumo de tabaco en una muestra de 75 adolescentes fumadores de 14 a 19 años. Utilizaron un diseño aleatorio con dos grupos para comparar el porcentaje de abandono y de disminución del consumo de tabaco a los 6 meses. Un grupo recibía una intervención motivacional en tabaco y el otro grupo recibía consejo y cuidados estándar. Los resultados que se obtuvieron fueron negativos en términos de la eficacia de la intervención para promover el abandono del consumo de tabaco. El porcentaje de abandono a los 6 meses no fue significativo, pero se observó un efecto grande para el porcentaje de reducción que fue dos veces mayor en el grupo de EM (53,3%) que en el grupo que recibía sólo consejo (18,2%), aunque estos resultados no tuvieron significancia estadística.

Brown, Strong, Abrantes, Myers, Ramsey y Kahler (2009) compararon dos intervenciones para dejar de fumar (una

intervención con EM y otra de consejo breve) entre adolescentes fumadores y consumidores de drogas hospitalizados en un psiquiátrico. Partían de la hipótesis de que los participantes que reciben activamente EM para dejar de fumar deberían de obtener mejores resultados en relación con las sustancias que consumen, que los que reciben consejo breve. La muestra que utilizaron estaba formada por 191 adolescentes fumadores entre 13 y 17 años. Dividieron a la muestra en dos grupos, un grupo recibía sólo consejo y el otro grupo recibía EM. La intervención motivacional consistía en dos sesiones de 45 minutos mientras los pacientes estaban hospitalizados, una serie de materiales de autoayuda y seis sesiones breves de llamadas telefónicas durante los seis meses siguientes al abandono del hospital. Esta intervención también implicaba a los padres de los adolescentes con cuatro llamadas telefónicas breves en el mismo periodo temporal que a los adolescentes. El grupo de consejo breve recibía de 5 a 10 minutos de consejo para dejar de fumar y una serie de materiales de autoayuda. El terapeuta aconsejaba firme y claramente a los pacientes para dejar de fumar, discutía sobre los efectos para la salud del abandono del tabaco y proporcionaba información para ayudar a dejar de fumar. Los resultados sugirieron un efecto significativo de la EM para prevenir un incremento en el consumo de las diferentes sustancias durante los primeros 6 meses siguientes a la hospitalización, pero la intervención con EM para dejar de fumar comparada con el consejo breve no estaba relacionada con mejoras en los resultados de descenso del consumo de tabaco.

Población general

Respecto a los estudios realizados en población general, a continuación pasamos a describir los más relevantes.

Butler, Rollnick, Cohen, Bachmann, Russell y Stott (1999) compararon la eficacia clínica y los costes de una consulta motivacional con el consejo breve para dejar de fumar en una muestra de 536 fumadores adultos con una media de edad de 41 años. Dividieron a los sujetos en dos grupos, un grupo recibía una intervención con EM, y otro grupo recibía breve consejo para dejar de fumar. Los resultados mostraron diferencias significativas entre los grupos. Los pacientes que recibieron la consulta motivacional informaron en mayor medida de: a) no fumar en las últimas 24 horas; b) retrasar el primer cigarrillo del día más de 5 minutos; c) hacer más intentos para dejar de fumar en la última semana; y d) estar más preparados para el cambio. Se observó también que la consulta motivacional obtuvo mejores resultados entre aquellos sujetos que inicialmente no estaban preparados para el cambio (los sujetos que se encuentran en el estadio de precontemplación), aspecto observado en estudios realizados con otras conductas adictivas (por ej., Rojas y Espinoza, 2008). Sin embargo, pocos fumadores dejaron de fumar.

Glasgow, Whitlock, Eakin y Lichtenstein (2000) evaluaron una intervención breve para dejar de fumar en mujeres atendidas en clínicas de planificación familiar. La muestra estaba compuesta por 1154 mujeres fumadoras, con una media de edad de 24 años. La muestra fue dividida en dos grupos. Uno recibía únicamente consejo y el otro recibía una intervención

breve basada en los principios de la EM. La intervención se componía de los siguientes elementos: 9 minutos de vídeo, de 12 a 15 minutos de asesoramiento comportamental, llamadas de seguimiento telefónico y consejo clínico para dejar de fumar. Los resultados mostraron que la reducción de cigarrillos era mayor en el grupo que recibía la intervención breve en comparación con el grupo que recibía solo consejo, a las 6 semanas (3 vs. 2 cigarrillos por día) y a los 6 meses (4 vs. 3 cigarrillos por día). Además, los resultados confirmaron que a corto plazo, a las 6 semanas, se producían diferencias significativas entre los grupos en cuanto al abandono del tabaco. La intervención breve mostraba mayor abstinencia (de 7 días autoinformada) que el grupo que recibía sólo consejo (10,2% vs. 6,9%).

Smith et al. (2001) llevaron a cabo un estudio para determinar si un tratamiento intensivo podría ayudar a prevenir las recaídas en fumadores, y para ver si habría diferencias entre dos tratamientos diferentes. La muestra estaba formada por 677 participantes fumadores voluntarios, con una media de edad de 42 años. Dividieron a la muestra en tres grupos de intervención breve: un grupo de mínima intervención, un grupo de EM, y un grupo de terapia cognitiva conductual. En todos ellos, los participantes recibieron 8 semanas de tratamiento de parches de nicotina. El grupo de mínima intervención recibía 3 sesiones individuales de 5-10 minutos de duración sobre consejo para dejar de fumar. El grupo de EM recibía 6 sesiones grupales de 90 minutos. Y el grupo de terapia cognitiva recibía 6 sesiones grupales de 90 minutos basadas en el tratamiento cognitivo desarrollado por Hall et al. (1994) y además se le proporcionaba un manual para dejar de fumar, instrucciones para dejar de fumar y moldeamiento. Los resultados a los 6 meses mostraron que la intervención con EM fue estadísticamente superior a la intervención cognitiva en el grupo de fumadores de alto riesgo (19% vs. 9%). Para los participantes de bajo riesgo no hubo diferencias significativas entre los grupos en ningún momento temporal. También se comprobó que ni la intervención con EM ni la intervención con terapia cognitiva mejoraba el porcentaje de abstinencia a largo plazo en relación con la mínima intervención.

Curry, Ludman, Graham, Stout, Grothaus y Lozano (2003) evaluaron una intervención para dejar de fumar en mujeres con bajos ingresos. La muestra estaba formada por 303 mujeres fumadoras con una media de edad de 34 años, cuyos hijos estaban siendo tratados en la clínica donde se realizaba el estudio. Dividieron a las mujeres en dos grupos al azar, uno recibía los cuidados habituales y el otro, el de intervención, recibía un mensaje motivacional de los médicos que cuidaban a sus hijos, una guía para dejar de fumar, 10 minutos de EM proporcionada por enfermeras y llamadas telefónicas. Los resultados mostraron que el porcentaje de abstinencia fue dos veces mayor en el grupo de intervención que en el grupo control a los tres meses (7,7% vs. 3,4%) y a los 12 meses (13,5% vs. 6,9%).

Winickoff, Hillis, Palfrey, Perrin y Rigotti (2003) evaluaron la posibilidad de llevar a cabo una intervención para dejar de fumar en los padres cuyos hijos estaban hospitalizados por una enfermedad respiratoria. La muestra del estudio estaba

formada por 71 padres fumadores. El 76% eran mujeres y el 24% eran hombres con una edad media de 33 años. La intervención que recibían era un programa para dejar de fumar llamado "*Stop Tobacco Outreach Program*", el cual consistía en una EM inicial de 20 minutos, material escrito, TSN (chicles o parches durante 1 semana), 2 llamadas de apoyo telefónico y una carta del médico. Los resultados a los 2 meses de la aplicación del programa señalaron que el 49% de los padres había estado sin fumar al menos 24 horas; el 21% comentaba no haber fumado cigarrillos en los últimos 7 días; el 27% había usado TSN; y el 27% había visitado a su médico de cabecera. Los resultados mostraron que se puede enganchar a los padres para dejar de fumar al mismo tiempo que sus hijos están hospitalizados.

Borelli, Novak, Hecht, Emmons, Papandonatos y Abrams (2005) llevaron a cabo dos intervenciones diferentes para dejar de fumar, impartidas por enfermeras, para comprobar su efectividad. La muestra del estudio estaba formada por 273 fumadores, con una media de edad de 57 años. Dividieron a la muestra en dos grupos. El grupo control, incluía una sola visita de las enfermeras de 5 a 15 minutos en la cual proporcionaban una guía de consejo para dejar de fumar. El grupo de intervención recibía 3 sesiones de MET de 20 a 30 minutos de duración, feedback de monóxido de carbono (CO) y explicación de la medida, un manual de consejos para dejar de fumar y seguimientos telefónicos. Los resultados mostraron diferencias significativas entre los dos grupos. A los 12 meses el porcentaje de abstinencia era el doble de alto en el grupo que recibió la MET en comparación al grupo control (8,7% vs. 4,2%). Además, el grupo de intervención informó de más intentos de abandono de los cigarrillos (75,8% vs. 54,8%) y de reducciones en el número de cigarrillos fumados al día (7,8% vs. 3,1%). El estudio demuestra que los cuidados sobre la salud proporcionados por las enfermeras en las casas de los sujetos son eficaces para dejar de fumar.

Chan et al. (2005) evaluaron la eficacia de una intervención motivacional individual impartida por enfermeras, en padres que tienen hijos enfermos y que van al centro de salud en el que se hace la intervención. La muestra del estudio estaba formada por 80 padres fumadores, el 73,8% hombres. Dividieron a la muestra al azar en dos grupos. El grupo experimental recibía una intervención motivacional para dejar de fumar de 30 minutos y una llamada telefónica a la semana de la intervención. El grupo control recibía asesoramiento sobre una dieta saludable. Los resultados al mes de la intervención mostraron que el porcentaje de abandono fue del 7,5% en el grupo de intervención y del 2,5% en el grupo control. Además, un total del 15% de los sujetos del grupo de intervención redujo el consumo de cigarrillos a la mitad, en comparación con el 10% de sujetos del grupo control; el 20,0% de los padres del grupo de intervención en comparación con el 7,5% de los del grupo control informaron de intentos de abandono en los últimos 30 días; y el 17,5% de los sujetos del grupo de intervención en comparación con el 10% de los del grupo control avanzaron en el estadio de cambio. Sin embargo, estos resultados no lograron la significación estadística.

Soria, Legido, Escolano, Yeste y Montoya (2006) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de establecer si la EM comparada con el consejo para dejar de fumar era más eficaz para abandonar el hábito. La muestra que utilizaron fue de 200 fumadores con una edad comprendida entre los 15 y los 75 años, con una media de edad de 38 años. Los participantes fueron asignados al azar a dos grupos, uno de consejo breve y otro de EM. En el grupo de consejo breve la intervención duraba 3 minutos y en ella el médico ofrecía consejo para dejar de fumar. El grupo de intervención con EM recibía 20 minutos de EM. Los resultados obtenidos a los 6 y a los 12 meses mostraron que la intervención con EM fue más eficaz (OR = 6,25) que el consejo breve para dejar de fumar (18,4% abstinencia grupo EM vs. 3,4% grupo control). Este estudio aporta pruebas a favor de recomendar el uso de la EM en la deshabituación tabáquica en centros de atención primaria.

Otras poblaciones

Se presentan a continuación distintos estudios que han utilizado muestras diversas de fumadores: militares, pacientes con cáncer, afroamericanos, fumadores ligeros y sujetos con diabetes.

Cigrang, Severson y Peterson (2002) probaron la viabilidad y la eficacia de un acercamiento motivacional para reducir el uso del tabaco en militares. La muestra la formaban 60 hombres militares con una edad media de 31 años. Dividieron a la muestra al azar en dos grupos, el de mínima intervención y el de cuidados estándar. El grupo de mínima intervención recibía llamadas telefónicas de 10 minutos de duración usando el estilo motivacional, materiales (manual y vídeo) y apoyo telefónico hasta el seguimiento. El grupo de cuidados estándar no recibía ningún contacto telefónico hasta el seguimiento. Los resultados a los 3 meses de la intervención mostraron diferencias estadísticamente significativas en el abandono del tabaco en el grupo que recibía EM en comparación con el que recibía sólo consejo (41% vs. 17%). A los 6 meses las diferencias no fueron significativas.

Wakefield, Olver, Whitford y Rosenfeld (2004) comprobaron si una intervención con EM incrementaba el éxito de intentos para dejar de fumar en pacientes con cáncer en comparación con los cuidados habituales. La muestra estaba compuesta por 137 hombres fumadores diagnosticados de cáncer, con una media de edad de 52 años. Dividieron a los sujetos en dos grupos. El grupo control recibía consejo e información para dejar de fumar. El grupo de intervención recibía una intervención basada en la EM acompañada de TSN para aquellos fumadores que fumaban 15 o más cigarrillos al día. También se les ofrecía consejo sobre los beneficios de dejar de fumar en pacientes con cáncer y se les hacía seguimiento telefónico y en persona. Los resultados mostraron diferencias significativas entre los grupos en intentos de abandono a los 6 meses a favor del grupo de intervención (86% vs. 62%). Sin embargo, la intervención con EM resultó inútil para promover el abandono o reducir el consumo de tabaco.

Ahluwalia, Okuyemi, Nollen, Choi, Kaur, Pulvers, et al. (2006) evaluaron la eficacia del chicle de nicotina (2 mg. vs. placebo) y del asesoramiento (EM vs. educación para la salud) en fumadores ligeros (aquellos que fuman 10 o menos cigarrillos al día). La muestra estaba formada por 755 fumadores con una media de edad de 45 años. Plantearon un diseño factorial 2x2 con 4 grupos: un grupo recibía chicle de nicotina más la EM; otro grupo recibía chicle de nicotina más educación para la salud; otro recibía chicle placebo más EM; y el cuarto grupo recibía el chicle placebo más educación para la salud. A los 6 meses de la intervención, los resultados no mostraron diferencias significativas entre la utilización del chicle de nicotina y el chicle placebo a la hora de dejar de fumar. Por lo tanto, el chicle de nicotina no fue eficaz para dejar de fumar. Donde sí se observaron diferencias significativas fue entre los participantes que recibieron educación para la salud en comparación con los que recibieron EM. Los participantes que recibieron educación para la salud acudieron a más sesiones que los que recibieron EM (80,9% vs. 68,8%). Los resultados del estudio son desfavorables para la EM con esta muestra de la población.

Nollen, Mayo, Cox, Okuyemi, Choi, Kaur, et al. (2006) examinaron los predictores para dejar de fumar con la muestra anteriormente descrita (afroamericanos fumadores ligeros). Los grupos recibían 8 semanas de chicle o placebo y 6 sesiones de educación para la salud o EM. Todos los participantes fueron seguidos a lo largo de 6 meses. A los 6 meses de la intervención la muestra estaba formada por 637 participantes. Los resultados mostraron que recibir educación para la salud, tener más edad, y un alto peso corporal incrementaron significativamente la probabilidad de abandonar el tabaco, mientras que ser mujer, tener bajos ingresos y no completar todas las sesiones motivacionales redujeron la probabilidad de abandonar el tabaco.

Hokanson, Anderson, Henrikus, Lando y Kendall (2006) evaluaron el impacto de una intervención para dejar de fumar usando la EM en pacientes que siguen un programa educacional para la diabetes. La muestra estaba formada por 114 sujetos adultos fumadores y con diabetes tipo 2. Los participantes tenían entre 18 y 80 años. Dividieron a los sujetos en dos grupos. El grupo de intervención recibía una intervención basada en EM de 20 a 30 minutos de duración acompañada de llamadas telefónicas y de medicación para dejar de fumar. El grupo estándar recibía información y recomendación para dejar de fumar. Los resultados a los 3 meses de la intervención mostraron un mayor grado de abstinencia del grupo que recibió la EM en comparación con el grupo que no la recibió (24% vs. 9%). Sin embargo, no había diferencias a los 6 meses.

Persson y Hjalmarson (2006) evaluaron un programa de intervención para dejar de fumar en pacientes con diabetes mellitus pertenecientes a 70 centros de atención primaria. La muestra que utilizaron estaba compuesta por 368 pacientes con edades entre los 30 y los 75 años, con una media de edad de 60 años. Dividieron a la muestra en dos grupos. El grupo de intervención recibió ocho sesiones grupales de 45 a 60 minutos de entrenamiento para dejar de fumar a través de la EM impartida por enfermeras con conocimientos en diabe-

tes. También se les recomendó la utilización de fármacos. Por su parte, el grupo control recibió consejo e información para dejar de fumar. Los resultados mostraron diferencias significativas doce meses después de la intervención, dejando de fumar el 20% de los sujetos de los centros de intervención, en comparación con el 7% de los sujetos de los centros control. Además, el 40% de los sujetos del grupo de intervención informaron de que habían dejado de fumar.

DISCUSIÓN

El objetivo de este artículo ha sido revisar los estudios que investigan el uso de la EM en el tratamiento del tabaquismo para ofrecer una actualización de su eficacia.

Al realizar la revisión hemos comprobado que los 33 estudios incluidos son muy dispares en cuanto a la población objeto de estudio, variables controladas, tratamientos en los grupos de control y sobre todo en la descripción del abordaje motivacional utilizado. El formato de tratamiento aplicado varía considerablemente de unos estudios a otros, desde contactos vía telefónica, carta o internet a formatos en grupo o terapia individual. Además, el número, la duración y el contenido concreto de las sesiones motivacionales es flexible y depende de cada estudio. Esto es una de las principales dificultades para evaluar y comparar los resultados de los estudios.

Lo más llamativo de esta revisión, de los distintos estudios que aplican la EM en el tratamiento del tabaquismo, es la utilización de adaptaciones de la EM y no la utilización de la intervención "pura". Esto va en la línea de la revisión realizada por Burke et al. (2003) donde los autores se sorprendieron al encontrar que ninguno de los estudios revisados utilizaba el abordaje de la EM puro. Es decir, aparecía la EM modificada en algún aspecto y en combinación con otros tratamientos como la terapia cognitiva conductual. Así pues, estos autores llamaron a estas intervenciones adaptaciones de la EM. Toda esta variabilidad en la forma de aplicar la EM ha dado lugar a numerosas adaptaciones de la misma, desde entrevistas muy breves (5-15 minutos), hasta la denominada "Terapia de Aumento Motivacional" (MET) de Miller, Zweben, DiClemente y Rychtarik (1992), terapia estandarizada de 4 sesiones desarrollada por el proyecto MATCH (*Multisite Clinical Trial of Matching Hypotheses in Alcoholism Treatment*; Project MATCH Research Group, 1993), o la "Entrevista Motivacional Breve" de Rollnick, Bell y Heather (1992), utilizada en el formato de una única sesión de cuarenta minutos. La adaptación de la EM más utilizada en esta revisión es la MET (por ej., Borelli et al., 2005; George et al., 2000; Helstrom et al., 2007).

En la revisión realizada observamos estudios en los cuales la EM se mostró como una estrategia eficaz en el abordaje del tabaquismo (Brown et al., 2003; Butler et al., 1999; Smith et al., 2001; Stotts et al., 2002; Valanis et al., 2001), incluso como intervención breve en el ámbito de la asistencia primaria (Rubak et al., 2005; Soria et al., 2006). Pero no

todos los estudios han obtenido resultados positivos, algunos han mostrado resultados nulos (por ej., Baker et al., 2006; Colby et al., 1998; Horn et al., 2007). Podemos observar, por lo tanto, como la evidencia sobre la eficacia de la EM en el tratamiento del tabaquismo es contradictoria. Este mismo resultado va en la línea de lo encontrado en las distintas revisiones que se han realizado para comprobar la eficacia de la EM (Burke et al., 2003; Dunn et al., 2001; Erickson et al., 2005; Hettema et al., 2005; Madson et al., 2009; Rubak, et al., 2005). En todas ellas los resultados contradictorios se producían en el campo del tabaquismo.

Arkowitz, Westra, Miller y Rollnick (2008) destacan que para hablar de la eficacia de la EM hay que tener en cuenta quién la imparte, saber a qué tipo de cliente se trata, qué tipo de problema se aborda, cómo se ha llevado a cabo la intervención motivacional, dónde se ha aplicado, etc. A esto se debe que en algunos contextos la intervención con EM resulte eficaz y en otros no. Así pues, al realizar esta revisión, observamos como la EM es llevada a cabo por diversos profesionales como médicos, psicólogos, enfermeras, comadronas, dietistas, trabajadores sociales, consejeros y orientadores, estudiantes de tercer ciclo, etc. Se aplica a distintas poblaciones como mujeres embarazadas, adolescentes, padres de hijos enfermos, fumadores con trastornos psiquiátricos, etc. También se puede ver como su aplicación se ha realizado en distintos contextos: hospitales, domicilios, clínicas de maternidad, centros educativos, consultas médicas privadas, organizaciones, etc.

Debido a toda esta variabilidad se hace difícil extraer conclusiones firmes y definitivas sobre la eficacia de la EM en el campo del tabaquismo, ya que es muy complicado comparar los resultados de los distintos estudios. Esta dificultad se hace más evidente al intentar comparar la eficacia, ya que los distintos estudios informan de los resultados obtenidos en distintos momentos temporales, unos lo hacen a los 3 meses, otros a los 6, otros a los 12 meses, dificultando así su comparación.

Dentro de la población de adolescentes la EM ha acumulado limitada pero prometedora evidencia (Brown et al., 2003, 2009; Colby et al., 1998, 2005; Horn et al., 2007). Brown et al. (2003) y Colby et al. (1998) han encontrado efectos pequeños, pero no diferencias estadísticamente significativas entre la EM y el consejo breve en conseguir dejar de fumar. Además, Brown et al. (2003) encontraron que los jóvenes que reciben EM informan de una gran autoeficacia en su habilidad para el abandono del tabaco, y entre los jóvenes que informan de una gran ambivalencia, la EM demostró ser más eficaz que el consejo breve. Dentro de la población de mujeres embarazadas los resultados también son contradictorios. Así, por ejemplo, dos estudios no encuentran eficaz la EM en este tipo de población (Ruger et al., 2008; Tappin et al., 2005), en otros tres estudios se ofrecen resultados prometedores (Stotts, 2002, 2004; Suplee, 2005), y en otros dos se encuentra que la EM es eficaz si se combina con estrategias de prevención de la recaída (Thyrian et al., 2006; Valanis et al., 2001). Respecto a la población de fumadores con psicopatología también observamos resultados contradictorios. Por ejemplo, el estudio de Steinberg et al. (2004) muestra

la eficacia de la EM, otro obtiene resultados prometedores (Baker et al., 2006), y otro nulos (George et al., 2000). En cuanto a la población general, estudios llevados a cabo en padres cuyos hijos están hospitalizados muestran la eficacia de la EM para lograr dejar de fumar (Curry et al., 2003; Winickoff et al., 2003), en otro caso se muestran resultados prometedores (Chan et al., 2005).

Tanto en esta revisión como en anteriores revisiones que han utilizado la EM en el tratamiento del tabaquismo se observan resultados contradictorios sobre su eficacia (Baca y Yahne, 2009; Burke et al., 2003; Dunn et al., 2001; Erickson et al., 2005; Hettema et al., 2005; Madson et al., 2009; Rubak et al., 2005). A pesar de ello, se siguen realizando estudios al respecto. Esta revisión contribuye a aclarar por qué en el campo del tabaquismo los resultados sobre la eficacia de la EM son tan contradictorios. Hemos podido mostrar la gran heterogeneidad de estudios que se hacen en este campo.

A modo de conclusión podemos decir que la utilidad de la EM se ha estudiado en un amplio rango de conductas problema demostrando su eficacia (Miller y Rollnick, 2002). Sin embargo, al analizar los estudios en tabaco, es en esta adicción donde se encuentran los resultados más contradictorios sobre su eficacia. La variedad de los resultados a través de los distintos estudios sugiere la necesidad de conocer dónde y cómo trabaja la entrevista motivacional dentro del tratamiento y conocer qué condiciones podrían afectar a su eficacia (Miller y Rose, 2009). Sería, por lo tanto, de gran utilidad considerar de nuevo la conceptualización del término de manera más consensuada para evitar confusiones en la interpretación del tipo de intervención llevada a cabo por los estudios. Desde este punto de partida, se hace necesario realizar más estudios con una metodología rigurosa para extraer conclusiones más consistentes.

REFERENCIAS

- Ahluwalia, J. S., Okuyemi, K., Nollen, N., Choi, W. S., Kaur, H., Pulvers, K. y Mayo, M. S. (2006). The effects of nicotine gum and counseling among African American light smokers: A 2x2 factorial design. *Addiction, 101*, 833-891.
- Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R. y Rollnick, S. (Eds.). (2008). *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*. Nueva York: Guilford Press.
- Baca, C. T. y Yahne, C. E. (2009). Smoking cessation during substance abuse treatment: What you need to know. *Journal of Substance Abuse Treatment, 36*, 205-219.
- Baker, A., Richmond, R., Haile, M., Lewin, T. J., Carr, V. J., Taylor, R. L., ... Wilhelm, K. (2006). A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention among people with a psychotic disorder. *American Journal of Psychiatry, 163*, 1934-1942.
- Balcells, M., Torres, M. y Yahne, C. E. (2004). La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo. *Adicciones, 16 (Supl. 2)*, 227-236.
- Belcher, L., Kalichman, S., Topping, M., Smith, S., Emshoff, J., Norris, F. y Nurss, J. (1998). A randomized trial of a brief HIV risk reduction counseling intervention for women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 856-861.
- Bien, T. H., Miller, W. R. y Boroughs, J. M. (1993). Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 21*, 347-356.
- Bien, T. H., Miller, W. R. y Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 455-461.
- Borelli, B., Novak, S., Hecht, J., Emmons, K., Papandonatos, G. y Abrams, D. (2005). Home health care nurses as a new channel for smoking cessation treatment: Outcomes from Project CARES (Community-Nurse Assisted Research and Education on Smoking). *Preventive Medicine, 41*, 815-821.
- Brown, R. A., Ramsey, S. E., Strong, D. R., Myers, M.G., Kahler, C. W., Lejuez, ...Abrams, D. B. (2003). Effects of motivational interviewing on smoking cessation in adolescents with psychiatric disorders. *Tobacco Control, 12 (Supl. 4)*, 3-10.
- Brown, R. A., Strong, D. R., Abrantes, A. M., Myers, M. G., Ramsey, S. E. y Kahler, C. W. (2009). Effects on substance use outcomes in adolescents receiving motivational interviewing for smoking cessation during psychiatric hospitalization. *Addictive Behaviors, 34*, 887-891.
- Burke, B. L., Arkowitz, H. y Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 843-861.
- Butler, C. C., Rollnick, S., Cohen, D., Bachmann, M., Russell, I. y Stott, N. (1999). Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: A randomized trial. *British Journal of General Practice, 49*, 611-616.
- Chan, S. S., Lam, T. H., Salili, F., Leung, G. M., Wong, D. C., Botelho, R. J., ...Lau, Y. L. (2005). A randomized controlled trial of an individualized motivational intervention on smoking cessation for parents of sick children: A pilot study. *Applied Nursing Research, 18*, 178-181.
- Cigrang, J. A., Severson, H. H. y Peterson, A. L. (2002). Pilot evaluation of a population based health intervention for reducing use of smokeless tobacco. *Nicotine and Tobacco Research, 4*, 127-131.
- Colby, S. M., Monti, P. M., Barnett, N. P., Rohsenow, D. J., Weissman, K., Spirito, A., ...Lewander, W. J. (1998). Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: A preliminary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 574-578.
- Colby, S. M., Monti, P. M., Tevyaw, T. O., Barnett, N. P., Spirito, A., Rohsenow, D. J., ...Lewander, W. (2005). Brief motivational intervention for adolescent smokers in medical settings. *Addictive Behaviors, 30*, 865-874.
- Curry, S. J., Ludman, E. J., Graham, E., Stout, J., Grothaus, L. y Lozano, P. (2003). Pediatric-based smoking cessation intervention for low-income women: A randomized trial. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 157*, 295-302.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velásquez, M. M. y Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of changes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 295-304.
- Dunn, C., Deroo, L. y Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review. *Addiction, 96*, 1725-1742.

- Dunn, C., Neighbors, C. y Larimer, M. (2006). Motivational enhancement therapy and self-help treatment for binge eaters. *Psychology of Addictive Behaviors, 20*, 44-52.
- Erickson, S. J., Gerstle, M. y Feldstein, S. W. (2005). Brief interventions and motivational interviewing with children, adolescents, and their parents in pediatric health setting: A review. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 159*, 1173-1180.
- Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J., Dorfman, S. F., Goldstein, M. G., Gritz, E. R., ...Wewers, M. E. (2000). *Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline*. Rockville, MD.: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Services.
- Foley, K., Duran, B., Morris, P., Lucero, J., Jiang, Y., Baxter, B., ...Sonleiter, N. (2005). Using motivational interviewing to promote HIV testing at an American Indian substance abuse treatment facility. *Journal of Psychoactive Drugs, 37*, 321-329.
- George, T. P., Ziedonis, D. M., Feingold, A., Pepper, W. T., Satterburg, C. A., Winkel, J., ...Kosten, T. R. (2000). Nicotine transdermal patch and atypical antipsychotic medications for smoking cessation in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 157*, 1835-1842.
- Glasgow, R. E., Whitlock, E. E., Eakin, E. G. y Lichtenstein, E. (2000). A brief smoking cessation intervention for women in low-income planned parenthood clinics. *American Journal of Public Health, 90*, 786-789.
- Guillén, A. I. y Mañoso, V. (2004). La entrevista motivacional: revisión de su eficacia en el ámbito de las conductas adictivas. *Interpsiquis*. Disponible en URL [consultado 02/05/2008]:<http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/15095/>.
- Hayward, P., Chan, N. y Kemp, R. (1995). Medication self-management: A preliminary report on an intervention to improve medication compliance. *Journal of Mental Health, 4*, 511-517.
- Heather, N., Rollnick, S., Bell, A. y Richmond, R. (1996). Effects of brief counselling among male heavy drinkers identified on general hospital wards. *Drug and Alcohol Review, 15*, 29-38.
- Helstrom, A., Hutchinson, K. y Bryan, A. (2007). Motivational enhancement therapy for high-risk adolescent smokers. *Addictive Behaviors, 32*, 2404-2410.
- Hettema, J., Steele, J. y Miller, W. R. (2005). Motivational Interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 91-111.
- Hokanson, J. M., Anderson, R. L., Hennrikus, D. J., Lando, H. A. y Kendall, D. M. (2006). Integrated tobacco cessation counselling in a diabetes self-management training program: A randomized trial of diabetes end reduction of tobacco. *Diabetes Educator, 32*, 562-570.
- Horn, K., Dino, G., Hamilton, C. y Noerachmanto, N. (2007). Efficacy of an emergency department-based motivational teenage smoking intervention. *Prevention of Chronic Disease, 4*, A08.
- Kelly, A. B. y Lapworth, K. (2006). The HYP program: Targeted motivational interviewing for adolescent violations of school tobacco policy. *Preventive Medicine, 43*, 466-471.
- Madson, M. B., Loignon, A. C. y Lane, C. (2009). Training in motivational interviewing: A systematic review. *Journal of Substance Treatment, 36*, 101-109.
- McCambridge, J. y Strang, J. (2004). The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: Results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction, 99*, 39-52.
- Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy, 11*, 147-172.
- Miller, W. R., Bogenschutz, M. y Villareal, M. I. (2006). Investigación y práctica en colaboración: la red de ensayos clínicos del NIDA. *Adicciones, 18*, 11-22.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. Nueva York: Guildford Press.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). *La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). Nueva York: Guildford Press.
- Miller, W. R. y Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist, 64*, 527-537.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J. y Pirritano M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 1050-1062.
- Miller, W. R., Yahne, C. E. y Tonigan, J. S. (2003). Motivational interviewing in drug abuse services: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 754-763.
- Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C. y Rychtarik, R. G. (1992). *Motivational Enhancement Therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. (Project MATCH Monograph Series, Vol.2) Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Nollen, N. L., Mayo, M. S., Cox, L. S., Okuyemi, K. S., Choi, W. S., Kaur, H. y Ahluwalia, J. S. (2006). Predictors of quitting among African American light smokers enrolled in a randomized, placebo-controlled trial. *Journal of General Internal Medicine, 21*, 590-595.
- Pbert, L., Osganian, S. K., Gorak, D., Druker, S., Reed, G., O'Neill, K. M. y Sheetz, A. (2006). A school nurse-delivered adolescent smoking cessation intervention: A randomized controlled trial. *Preventive Medicine, 43*, 312-320.
- Persson, L. G. y Hjalmarson, A. (2006). Smoking cessation in patients with diabetes mellitus: Results from a controlled study of an intervention programme in primary healthcare in Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 24*, 75-80.
- Prochaska, J. O. (2008). Decision making in the Transtheoretical Model of behavior of change. *Medical Decision Making, 28*, 845-849.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory Research and Practice, 19*, 276-288.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 390-395.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. En M. Hersen, R. M. Eisler, y P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification, Vol. 28* (pp. 184-214). Sycamore, IL: Sycamore.
- Prochaska, J. O. y Norcross, J. C. (2007). *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical analysis*. Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. y DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good*. Nueva York: William Morrow and Cia.
- Project MATCH Research Group. (1993). Project MATCH: Rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 17*, 1130-1145.

- Resnicow, K., Jackson, A., Wang, T., De, A. K., McCarty, F., Dudley, W. N. y Baranowski, T. (2001). A motivational interviewing intervention to increase fruit and vegetables intake through black churches: Results of the eat for life trial. *American Journal of Public Health, 91*, 1686-1693.
- Rohsenow, D. J., Martin, R. A., Monti, P. M., Abrams, D. B., Colby, S. M. y Sirota, A. D. (2004). Brief advice versus motivational interviewing for smoking with alcoholics in treatment [resumen]. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 28*, 76A.
- Rojas, M. J. y Espinoza, L. S. (2008). Consejo psicológico y psicoterapia motivacional en drogodependencias: evaluación de las intervenciones del programa "Lugar de Escucha"- CEDRO. *Adicciones, 20*, 185-196.
- Rollnick, S., Bell, A. y Heather, N. (1992). Negotiating behaviour change in medical settings: The development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health, 1*, 25-37.
- Rollnick, S. y Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*, 325-334.
- Rollnick, S., Miller, W. R. y Butler, C. C. (2008). *Motivational interviewing in health care. Helping patients change behavior*. Nueva York: The Guilford Press.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T. y Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice, 55*, 305-312.
- Ruger, J. P., Weinstein, M. C., Hammond, K., Kearney, M. H. y Emmons, K. M. (2008). Cost-effectiveness of motivational interviewing for smoking cessation and relapse prevention among low-income pregnant women: A randomized controlled trial. *Value in Health, 11*, 191-198.
- Smith, S. S., Jorenby, D. E., Fiore, M. C., Anderson, J. E., Mielke, M. M., Beach, K. E., ...Baker, T. B. (2001). Strike while the iron is hot: Can stepped-care treatments resurrect relapsing smokers? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 429-439.
- Soria, R., Legido, A., Escolano, C., Yeste, A. L. y Montoya, J. (2006). A randomized controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *British Journal of General Practise, 56*, 786-774.
- Steinberg, M. L., Ziedonis, D. M., Krejci, J. A. y Brandon, T. H. (2004). Motivational interviewing with personalized feedback: A brief intervention for motivating smokers with schizophrenia to seek treatment for tobacco dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 723-728.
- Stotts, A. L., DeLaune, K. A., Schmitz, J. M. y Grabowski, J. (2004). Impact of a motivational intervention on mechanisms of change in low-income pregnant smokers. *Addictive Behaviors, 29*, 1649-1657.
- Stotts, A. L., DiClemente, C. C. y Dolan-Mullen, P. (2002). One to one: A motivational intervention for resistant pregnant smokers. *Addictive Behaviors, 27*, 275-292.
- Suplee, P.D. (2005). The importance of providing smoking relapse counselling during the postpartum hospitalization. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 34*, 703-712.
- Tappin, D. M., Lumsden, M. A., Gilmour, W. H., Crawford, F., McIntyre, D., Stone, D. H., ...Mohammed, E. (2005). Randomised controlled trial of home based motivational interviewing by midwives to help pregnant smokers quit or cut down. *British Medical Journal, 331*, 373-377.
- Thyrian, J. R., Hanover, W., Grempler, J., Roske, K., John, U. y Hapke, U. (2006). An intervention to support postpartum women to quit smoking or remain smoke-free. *Journal of Midwifery and Women's Health, 51*, 45-50.
- Valanis, B., Lichtenstein, E., Mullooly, J. P., Labuhn, K., Brody, K., Severson, H. H. y Stevens, N. (2001). Maternal smoking cessation and relapse prevention during health care visits. *American Journal of Preventive Medicine, 20*, 1-8.
- Wakefield, M., Oliver, I., Whitford, H. y Rosenfeld, E. (2004). Motivational interviewing as a smoking cessation intervention for patients with cancer: Randomized controlled trial. *Nursing Research, 53*, 396-405.
- Winickoff, J. P., Hillis, V. J., Palfrey, J. S., Perrin, J. M. y Rigotti, N. A. (2003). A smoking cessation intervention for parents of children who are hospitalized for respiratory illness: The stop tobacco outreach program. *Pediatrics, 111*, 140-145.
- Woodruff, S. I., Conway, T. L., Edward, C. C., Elliot, S. P. y Crittenden, J. (2007). Evaluation of an Internet virtual world chat room for adolescent smoking cessation. *Addictive Behaviors, 32*, 1769-1786.