

¿Mejora la entrevista motivacional la eficacia del tratamiento psicológico para dejar de fumar?

Bárbara Piñeiro*, Elena Fernández del Río, Ana López-Durán y Elisardo Becoña

Unidad de Tabaquismo. Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela, A Coruña (España)

Resumen: Distintos estudios muestran que cuando se utiliza la entrevista motivacional (EM) añadida a un tratamiento estándar, con el objetivo de aumentar la motivación, mejoran los resultados del tratamiento. El objetivo del presente estudio fue analizar si los fumadores que reciben una intervención con EM antes de un tratamiento psicológico cognitivo conductual para dejar de fumar mejoran la adherencia y la eficacia del tratamiento y reducen la recaída en los seguimientos, en comparación con fumadores que únicamente reciben un tratamiento psicológico cognitivo conductual para dejar de fumar. Se comparó en 58 fumadores (46.6% hombres y 53.4% mujeres) la eficacia de añadir o no EM a un tratamiento psicológico para dejar de fumar. El grupo experimental recibió 2 sesiones de EM antes del comienzo de las 6 sesiones del tratamiento psicológico, mientras que el grupo de control recibió únicamente las 6 sesiones del tratamiento. Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los 2 grupos en la adherencia al tratamiento, resultados al final del tratamiento y en los seguimientos a los 6 y 12 meses. Concluimos que la intervención con EM no produce mejores resultados en comparación con la aplicación de un tratamiento psicológico cognitivo conductual solo.

Palabras clave: Tabaquismo; intervención; entrevista motivacional; tratamiento psicológico; dejar de fumar.

Title: Does motivational interviewing improve the effectiveness of a psychological treatment to quit smoking?

Abstract: Several studies show that when using motivational interviewing (MI) added to standard treatment, in order to increase motivation, treatment outcomes improve. The aim of this study was to examine whether smokers who receive an intervention with MI before a cognitive-behavioral psychological treatment to quit smoking they improve adherence and treatment effectiveness, and they reduce the risk of relapse at follow-up compared with smokers who only receive cognitive-behavioral psychological treatment for smoking cessation. We compared the effectiveness of adding or not MI to a psychological treatment to quit smoking in a sample of 58 smokers (46.6% men and 53.4% women). The experimental group received 2 sessions of MI before the beginning of the 6 sessions of the psychological treatment, while the control group received only 6 sessions of treatment. The results showed no statistically significant differences between the two groups in adherence to treatment, and treatment outcomes at the end of treatment and at 6- and 12-month follow-ups. We conclude that intervention with MI does not produce better results compared to the application of cognitive-behavioral psychological treatment alone.

Key words: Smoking; intervention; motivational interviewing; psychological treatment; smoking cessation.

Introducción

El tabaquismo es la primera causa evitable de enfermedad y muerte prematura en el mundo y es responsable de 5.000.000 de muertes anuales, cifra que podría duplicarse en el año 2030 (World Health Organization, 2008). En nuestro país, la mortalidad atribuible al consumo de tabaco es muy elevada, situándose en torno a las 50.000 personas por año (Banegas, Díez, González, Villar y Rodríguez-Artalejo, 2005).

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. En el caso concreto del tabaquismo la mayoría de los fumadores no quieren dejar de fumar. La entrevista motivacional (EM) se ha propuesto como un procedimiento útil para incrementar la motivación intrínseca del individuo para el cambio (Bien, Miller y Borroughs, 1993; Bien, Miller y Tonigan, 1993; Miller, 1983; Miller y Rollnick, 1991, 2002).

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 de los clientes (Miller y Rollnick, 2002).

La mayoría de los fumadores que acuden a tratamiento se encuentran en el estadio de precontemplación y contemplación (Prochaska, Velicer, Prochaska y Johnson, 2004), es decir, todavía no han considerado la posibilidad de abandonar el consumo de tabaco a corto plazo. En este sentido, la literatura señala que la EM 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). La EM nos proporciona estrategias motivacionales específicas para cada estadio de cambio (Miller y Rollnick, 1991, 2002), con las que 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, Miller y Butler (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. 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.

La investigación ha demostrado que los acercamientos para aumentar la motivación están asociados con una mayor

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]:
Bárbara Piñeiro. Universidad de Santiago de Compostela, Facultad de Psicología, Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Campus Universitario Sur, 15782, Santiago de Compostela, A Coruña. (España).
E-mail: barbara.pineiro@usc.es

participación y retención en el tratamiento y con obtener resultados positivos en éste, como disminuciones en el consumo, mayores tasas de abstinencia, ajuste social y éxitos referidos en el tratamiento (Miller et al., 1995). Además, la EM se ha mostrado eficaz para aumentar el compromiso y la adherencia de los participantes al tratamiento (Carroll, Ball y Nich, 2006; Zweben y Zuckoff, 2002).

La EM ha sido utilizada como una intervención para ayudar a los fumadores a dejar de fumar (Lai, Cahill, Quin y Tang, 2010). Al realizar una revisión de la literatura publicada sobre este tema (Baca y Yahne, 2009; Burke, Arkowitz, Menchola, 2003; Dunn, Deroo y Rivara, 2001; Erickson, Gerstle y Feldstein, 2005; Hettema et al., 2005; Lai et al., 2010; Madson, Loignon y Lane, 2009; Piñeiro, Míguez y Becoña, 2010; Rubak, Sandbaek, Lauritzen y Christensen, 2005) llama la atención que es en este ámbito donde se encuentra el menor número de trabajos, con los datos menos relevantes y los resultados más contradictorios, debido en parte, a las diferencias en la calidad de los distintos estudios comparados, la fidelidad a la intervención motivacional, la dificultad de comparar las sesiones motivacionales y su duración, los profesionales que imparten la EM, etc. Siendo el tabaquismo una de las primeras patologías adictivas para las que primero se diseñó la EM, 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; Piñeiro et al., 2010).

Los resultados de los estudios demuestran que cuando se utiliza la EM, para aumentar la motivación de los fumadores, como una técnica pretratamiento que se añade a un tratamiento estándar, se obtienen resultados satisfactorios (Burke et al., 2003; Hettema et al., 2005), entre ellos, una mejora en los resultados del tratamiento (Bien, Miller y Boroughs, 1993; Brown y Miller, 1993). De hecho, Miller y Rose (2009) afirman que la eficacia de la EM se amplifica cuando se añade a otros tratamientos, sobre todo, cuando se añade a tratamientos con evidencia científica y se usa con clientes que están ambivalentes ante el cambio. Esta incorporación de la EM como técnica pretratamiento, genera un incremento tanto en la participación como en los resultados de la terapia (Guillén y Mañoso, 2004), siendo más eficaz que añadir sesiones preparatorias de tipo psicoeducativo (Hodgins, Currie y el-Guebaly, 2001; Marijuana Treatment Project Research Group, 2004; Project MATCH Research Group, 1997).

El objetivo del presente estudio es analizar si los fumadores que reciben la intervención con EM antes de un tratamiento psicológico cognitivo conductual para dejar de fumar mejoran la adherencia y los resultados del tratamiento y reducen las recaídas en los seguimientos, en comparación con fumadores que únicamente reciben el tratamiento psicológico cognitivo conductual para dejar de fumar. La hipótesis de la que partimos apunta a que los fumadores que reciben la intervención motivacional se adherirán mejor al tratamiento, obtendrán mejores resultados al final del mismo y en los seguimientos y recaerán menos que los participantes del grupo que no reciban esta intervención motivacional.

Método

Participantes

La muestra la formaron 58 fumadores de 18 o más años que demandaron tratamiento para dejar de fumar. La selección de los fumadores fue realizada atendiendo a los siguientes criterios de inclusión: tener 18 o más años, desear participar voluntariamente en el tratamiento, tener un consumo mínimo de 10 cigarrillos diarios antes de entrar en tratamiento y cumplimentar debidamente todos los cuestionarios en la evaluación pretratamiento. Como criterios de exclusión se utilizaron: la presencia de un trastorno mental grave diagnosticado (como trastorno bipolar, trastorno psicótico, etc.), concurrente dependencia de la cocaína o heroína, haber participado en el año previo en el mismo tratamiento o haber recibido en el último año otro tratamiento eficaz para dejar de fumar (chicles de nicotina, parches de nicotina, bupropion o vareniclina), padecer una patología que implique un alto riesgo vital para el participante (por ej., infarto agudo de miocardio reciente, neumotórax, etc.), lo que precisaría de un tratamiento inmediato y no acudir a la primera sesión de tratamiento en grupo.

La edad media de la muestra era de 42.64 años ($DT=11.02$), rango de 22 a 68 años. De ella, 27 (46.6%) eran varones y 31 (53.4%) mujeres. La media de consumo de cigarrillos diarios antes del tratamiento era de 22.43 ($DT=8.95$), rango de 10 a 50 cigarrillos y de consumo máximo en la vida era de 37.41 ($DT=13.74$), rango de 10 a 70 cigarrillos.

Instrumentos

Junto a la evaluación de las variables sociodemográficas, de consumo y del historial de fumador, se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación:

Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina (FTND; Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991, validación española de Becoña y Vázquez, 1998). Esta escala de seis ítems es el instrumento más utilizado para evaluar la dependencia de la nicotina (Becoña y Lorenzo, 2004).

Inventario de Depresión de Beck, segunda versión (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996, versión española de Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003). Formado por 21 ítems, evalúa la presencia de sintomatología depresiva.

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI. Se utilizó la versión española adaptada por TEA (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1988). Evalúa cómo se siente la persona en el momento concreto en el que está cumplimentando el cuestionario (ansiedad estado) y cómo se siente la persona en general (ansiedad rasgo).

Test para la Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT; Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente y Grant, 1993). Este cuestionario autoadministrado de 10 preguntas tiene como objetivo fundamental detectar el consumo perjudicial de alcohol en el último año.

Cuestionario de los estadios de cambio (Prochaska, DiClemente y Norcross 1992). Evalúa el estadio de cambio en el que se encuentra la persona en el momento de demandar tratamiento según el modelo transteórico de cambio de Prochaska y DiClemente (1983).

Cuestionario de seguimiento (abstinencia/recaída) correspondiente (fumador/no fumador) (Becoña y Míguez, 1995), en el que se incluyen los siguientes aspectos: estatus de fumador/no fumador al final del tratamiento, tiempo de abstinencia después del tratamiento, consumo actual (número de cigarrillos/día y marca consumida), causas de la recaída, intentos de abandono realizados después de finalizar el tratamiento y duración (en días) de dichos intentos, tiempo que lleva abstinerente, fecha en la que fumó el último cigarrillo, apoyo recibido por parte de las personas que le rodean, intención de no fumar en los próximos meses, etc.

Micro IV Smokerlyzer (Bedfont Technical Instruments, Kent, Ltd, Sittingbourne, Reino Unido), para la evaluación del monóxido de carbono en aire espirado.

Procedimiento

El presente estudio fue realizado con fumadores que demandaron tratamiento para dejar de fumar en la Unidad de Tabaquismo de la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela. El reclutamiento de los participantes se llevó a cabo a través de los medios de comunicación (prensa escrita y radio), recomendación de médicos de atención primaria y por medio de otras personas que ya habían acudido anteriormente al tratamiento.

Se formaron dos grupos, un grupo que recibió EM, el grupo experimental, y otro grupo control que no la recibió. A ambos grupos se les aplicó el tratamiento psicológico cognitivo conductual “Programa para Dejar de Fumar” de Becoña (2007).

Para formar el grupo experimental se evaluaron 36 participantes, todos ellos demandantes de tratamiento en la Unidad de Tabaquismo entre los meses de septiembre a noviembre de 2008. Fueron excluidos 7 participantes del estudio por los siguientes motivos: un participante sólo acude a la primera sesión de EM, 3 participantes con la evaluación completa deciden no empezar el tratamiento y un participante fuma menos de 10 cigarrillos al día, quedando la muestra reducida a 31 participantes fumadores. De estos, 2 participantes cumplían alguno de los criterios de exclusión establecidos: un participante estaba recibiendo tratamiento efectivo para dejar de fumar (tratamiento con parches de nicotina) y otro participante tenía un trastorno psiquiátrico (trastorno bipolar), quedando finalmente el grupo experimental compuesto por 29 participantes.

El grupo control utilizado era un grupo control no asignado aleatoriamente (Kazdin, 2003). Es decir, se utilizan participantes que no formaban parte de la muestra original recogida entre septiembre y noviembre de 2008. Los participantes controles fueron seleccionados al azar de una base de datos de 202 fumadores que fueron tratados con el trata-

miento psicológico cognitivo conductual “Programa para Dejar de Fumar” de Becoña (2007) entre octubre de 2006 a febrero de 2008, con los mismos criterios de inclusión y exclusión que en el grupo experimental.

El grupo experimental recibió dos sesiones de EM antes del comienzo del tratamiento y luego las seis sesiones del tratamiento psicológico cognitivo conductual para dejar de fumar. El grupo de control recibió únicamente las seis sesiones de tratamiento. En la Figura 1 se indica el proceso seguido en ambos grupos desde el reclutamiento hasta el seguimiento de los 12 meses.

Tratamiento

Intervención motivacional

Consistió en dos sesiones de 10 a 15 minutos siguiendo los principios de la EM de Miller y Rollnick (1991, 2002) y Rollnick et al. (2008) a través del espíritu colaborativo, evocativo y favorecedor de la autonomía del paciente. Dicha intervención estaba protocolizada y se realizó después de las sesiones de evaluación de modo individual.

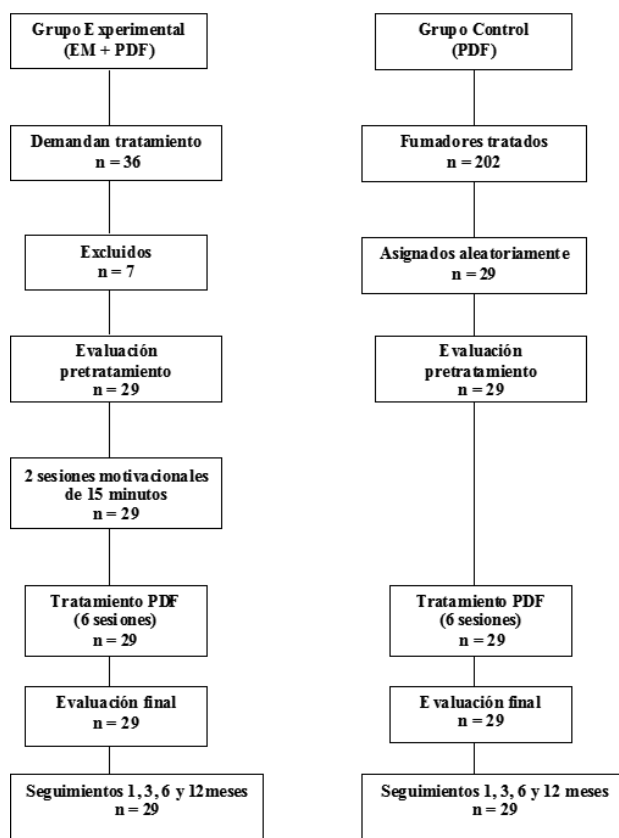


Figura 1. Diagrama de flujo del estudio, grupo experimental y control. Nota. EM = Entrevista Motivacional; PDF = Programa para Dejar de Fumar.

Los dos sesiones de EM se sirvieron de las técnicas que se utilizan en este tipo de intervenciones como la realización de preguntas abiertas, el empleo de la escucha activa; la de-

volución de reflexiones a lo que dice el fumador; la utilización de la empatía; el empleo de afirmaciones y de la validación a lo que dice el fumador; el empleo de lenguaje hipotético y de pensamiento positivo; el trabajo de la ambivalencia a través de los pros y contras de seguir fumando y de dejar de fumar; la exploración de las metas y planes de cambio; la utilización de la imaginación del futuro; la utilización de resúmenes; y la administración de retroalimentación (feedback). Además, se evitó, en todo momento, la discusión y se manejó cualquier resistencia que pudiera surgir.

La aplicación de la EM fue llevada a cabo por una psicóloga con formación y entrenamiento previo en este tipo de intervención y con varios años de experiencia en el tratamiento de fumadores.

Programa para Dejar de Fumar (Becoña, 2007)

Se trata de un programa de tratamiento psicológico cognitivo conductual que consta de seis sesiones y se lleva a cabo en formato grupal. Este tratamiento consta de los siguientes elementos: contrato terapéutico, autorregistros, representación gráfica del consumo de cigarrillos, información general sobre el tabaco, reducción gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán, control de estímulos, estrategias para no padecer el síndrome de abstinencia de la nicotina, feedback fisiológico del consumo de cigarrillos (evaluación de monóxido de carbono en aire espirado), entrenamiento en estrategias de prevención de la recaída (entrenamiento en asertividad, solución de problemas, cambio de creencias erróneas, manejo de la ansiedad y de la ira, ejercicio físico, control del peso y autorreforzamiento) y mantenimiento de la abstinencia.

La duración del tratamiento fue de seis sesiones, una por semana, y cada sesión duraba aproximadamente 1 hora. Los participantes eran tratados en pequeños grupos cuyo número oscilaba entre dos y ocho fumadores. La aplicación del "Programa para Dejar de Fumar" fue llevada a cabo por psicólogos entrenados en este tratamiento psicológico cognitivo-conductual.

Evaluación de la abstinencia

Finalizado el tratamiento, se realizaron seguimientos pre-senciales al mes, 3, 6 y 12 meses. En cada uno de ellos, se administró a los participantes el *Cuestionario de seguimiento (abstinencia/recaída)* correspondiente (fumador/no fumador) (Becoña y Míguez, 1995), además de evaluar su nivel de CO en aire espirado. Se consideró a un participante abstinentes si no había fumado en los últimos 7 días en el seguimiento de 1, 3 y 6 meses y 30 días en el seguimiento de 12 meses (Velicer y Prochaska, 2004) y siempre que el valor de CO fuese inferior a 10 ppm (West, Hajek, Stead y Stapleton, 2005). En caso de no conseguir que el participante accediese a la verificación de CO en aire espirado se le consideraba fumador, al mismo nivel (en número de cigarrillos y contenido de nicotina) que el de la evaluación pretratamiento. También en aquellos casos donde fue imposible localizar al participante, se conside-

ró a éste como fumador tanto en el nivel como en la marca en que se encontraba antes de acudir a tratamiento.

Análisis estadístico

Para el tratamiento estadístico de los datos se ha utilizado el paquete estadístico PASW Statistic (versión 18.0).

En concreto, se realizó una distribución de frecuencias para analizar la prevalencia de las características sociodemográficas y las características del consumo de cigarrillos de las distintas variables evaluadas. Se aplicó una prueba t de Student para analizar las diferencias entre el grupo control y el experimental respecto a las puntuaciones medias obtenidas en las escalas. Para las variables categóricas se realizaron tablas de contingencia y se aplicó el estadístico chi-cuadrado. Finalmente, se realizó un análisis de regresión logística binario con la finalidad de pronosticar la pertenencia a un grupo (fuma-no fuma) al final del tratamiento, a los 6 y 12 meses de seguimiento, a partir de una serie de variables independientes.

Resultados

Características sociodemográficas y de consumo de cigarrillos

Las características sociodemográficas y de consumo de cigarrillos de ambos grupos se indican en las Tablas 1 y 2. No se encontraron diferencias significativas en ninguna variable.

Adherencia al tratamiento

Número de sesiones a las que acuden los fumadores de ambos grupos

En relación al número de sesiones de tratamiento a las que acuden, el grupo de EM acudió a una media de 4.55 sesiones ($DT= 1.80$) y el grupo control a una media de 5.21 sesiones ($DT= 1.47$), no encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos ($t_{(56)} = -1.52, ns$). Si agrupamos las sesiones de la primera a la tercera, observamos que el 13.8% de fumadores del grupo de EM acudió a las tres primeras sesiones frente al 31% de fumadores del grupo control. Si agrupamos las sesiones de la cuarta a la sexta, se aprecia que el 86.2% de fumadores del grupo de EM acudió a estas tres últimas sesiones frente al 69% del grupo control, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($\chi^2 = 2.48, ns$).

Asistencia y abandono del tratamiento

En relación a la asistencia a las sesiones, se observa que el 82.8% de fumadores del grupo de EM acudieron a las seis sesiones de tratamiento frente al 75.9% de fumadores del grupo control, no encontrándose diferencias estadísticamente

te significativas entre ambos grupos ($\chi^2 = 1.95$, *ns*). En cuanto al número de abandonos, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (24.1% en el grupo control y del 17.2% en el grupo de EM).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra de fumadores.

	Grupo EM (EM+PDF) (<i>n</i> = 29)		Grupo control (PDF) (<i>n</i> = 29)		<i>t</i>
	Media	DT	Media	DT	
Edad	42.69	11.18	42.59	11.06	-0.04
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	χ^2
Sexo					
Hombre	16	55.2	11	37.9	1.73
Mujer	13	44.8	18	62.1	
Estado civil					
Soltero	12	41.4	11	37.9	4.23
Casado o vive en pareja	15	51.7	11	37.9	
Divorciado o separado	1	3.4	6	20.7	
Viudo	1	3.4	1	3.4	
Número de hijos					
Ninguno	13	44.8	11	37.9	2.32
1 o 2	14	48.3	12	41.4	
3 o más	2	6.9	6	20.7	
Nivel de estudios					
Básicos	12	41.4	11	37.9	0.12
Medios	6	20.7	7	24.1	
Superiores	11	37.9	11	37.9	

Nota. EM = Entrevista Motivacional; PDF = Tratamiento psicológico cognitivo-conductual "Programa para Dejar de Fumar".

Tabla 2. Características relacionadas con la conducta de fumar.

	Grupo EM (EM+PDF) (<i>n</i> = 29)		Grupo control (PDF) (<i>n</i> = 29)		<i>t</i>
	Media	DT	Media	DT	
Nº de cigarrillos al día	21.79	7.37	23.07	10.40	0.54
Marca que fuma actualmente (en mg. de nicotina)	0.79	0.14	0.75	0.19	-0.86
Nº máximo de cigarrillos que llegó a fumar en el último año	34.28	10.19	31.97	13.37	-0.74
Nº máximo de cigarrillos que llegó a fumar en su vida	37.34	11.20	37.48	16.09	0.04
Edad de prueba del primer cigarrillo	15.69	3.97	14.41	2.66	-1.44
Edad de comienzo a fumar regularmente	18.59	3.40	17.79	4.71	-0.74
Media de años fumando	23.07	9.88	25.00	11.71	0.68
FTND (dependencia de la nicotina)	5.17	2.3	5.45	2.20	0.47
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	χ^2
FTND					
0-5	15	51.7	16	55.2	0.07
6 o más	14	48.3	13	44.8	
Estadios de cambio					
Precontemplación	1	3.4	1	3.4	0.66
Contemplación	18	62.1	15	51.7	
Preparado acción	10	34.5	13	44.8	

Nota. EM = Entrevista Motivacional; FTND = Test de dependencia de la nicotina de Fagerström; PDF = Tratamiento psicológico cognitivo-conductual "Programa para Dejar de Fumar".

Resultados al final del tratamiento y en los seguimientos

Consumo de cigarrillos y abstinencia al final del tratamiento y en los seguimientos de 6 y 12 meses

En relación al número de participantes abstinentes, que reducen el número de cigarrillos y/o que se mantienen igual al final del tratamiento no se observaron diferencias signifi-

cativas entre ambos grupos ($\chi^2 = 3.73$, *ns*). Tampoco se encontraron diferencias significativas a lo largo de los seguimientos entre el grupo experimental y el grupo control en el consumo de cigarrillos (ver Tabla 3).

Como indicamos en la Figura 2, el porcentaje de abstinencia es mayor en el grupo control que en el grupo experimental al final del tratamiento y en los seguimientos, excepto en el seguimiento de 1 mes donde el porcentaje de abstinentes fue mayor en el grupo experimental (31.0% en el grupo

experimental vs. 27.6% en el grupo control). No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ningún tiempo entre ambos grupos.

Recaídas en los seguimientos

En el seguimiento de 1 mes se observa que en el grupo de EM hay cinco participantes que recayeron (35.71%) del total de los abstinentes del final del tratamiento. En el grupo control recayeron nueve participantes (52.94%) (ver Tabla 4).

En el seguimiento a los 3 meses, en el grupo de EM se produjeron cinco nuevas recaídas (35.71%) que sumadas a

las ocurridas en el seguimiento anterior son un total de 10 participantes (71.43%). En el grupo control recayó un participante, que sumado a los que recayeron en el primer mes dan un total de 10 participantes (58.82%), el mismo número de personas que en el grupo de EM (ver Tabla 4).

A los 6 meses, en el grupo de EM recayó un solo participante (7.14%), que sumado a las recaídas anteriores hacen un total de 11 participantes (78.57%). En el grupo control recayeron dos participantes (11.76%), que junto a las anteriores recaídas suma un total de 12 participantes (70.59%) (ver Tabla 4).

Tabla 3. Consumo de cigarrillos al final del tratamiento y en los seguimientos de 1, 3, 6 y 12 meses.

	Grupo EM (EM+PDF) (n = 29)		Grupo control (PDF) (n = 29)		t
	Media	DT	Media	DT	
Nº de cigarrillos al final del tratamiento	4.69	6.15	5.97	8.66	0.65
Nº de cigarrillos seguimiento de 1 mes	9.28	9.70	11.10	11.38	0.66
Nº de cigarrillos seguimiento de 3 meses	10.72	9.92	14.59	12.37	1.31
Nº de cigarrillos seguimiento de 6 meses	12.97	9.64	14.21	10.08	0.48
Nº de cigarrillos seguimiento de 12 meses	15.76	10.91	14.79	11.27	-0.33

Nota. EM = Entrevista Motivacional; PDF = Tratamiento psicológico cognitivo-conductual "Programa para Dejar de Fumar".

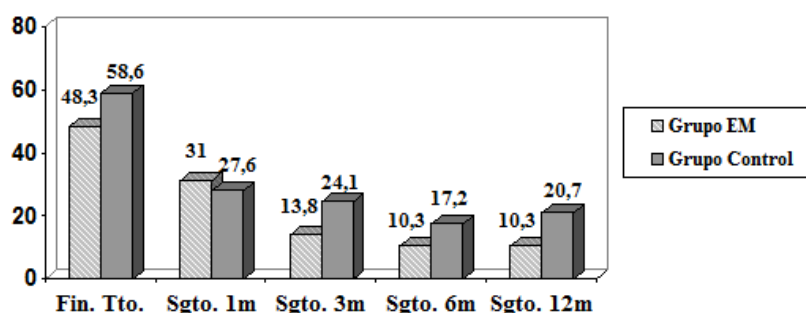


Figura 2. Porcentaje de participantes abstinentes al final del tratamiento y en los seguimientos de 1, 3, 6 y 12 meses.

Nota. EM = Entrevista Motivacional

A los 12 meses, tanto en el grupo de EM como en el grupo control, no se produjo ninguna recaída (ver Tabla 4). Es más, en el grupo control, un participante de los que había recaído vuelve a estar abstinente en el seguimiento de los 12 meses (ver Tabla 4).

No hubo diferencias significativas en ningún momento temporal en las recaídas entre ambos grupos. En la Figura 3, se puede ver la curva de la recaída de los participantes de los dos grupos de tratamiento.

Tabla 4. Participantes que recaen desde el final del tratamiento.

	Grupo EM (EM+PDF)(n = 29)				Grupo control (PDF)(n = 29)			
	n		%		n		%	
Abstinentes final del tratamiento	14		100		17		100	
	Recaen		Recaída acumulada		Recaen		Recaída acumulada	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Recaídas								
Sgto.1m	5	35.71	5	35.71	9	52.94	9	52.94
Sgto.3m	5	35.71	10	71.43	1	5.88	10	58.82
Sgto.6m	1	7.14	11	78.57	2	11.76	12	70.59
Sgto.12m	0	0.00	11	78.57	0	0.00	12	70.59

Nota. EM = Entrevista Motivacional; PDF = Tratamiento psicológico cognitivo-conductual "Programa para Dejar de Fumar"; Sgto = seguimiento.

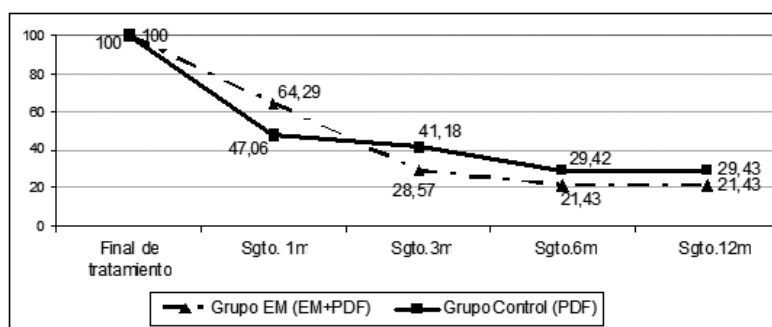


Figura 3. Curva de la recaída de los participantes en los dos grupos de tratamiento, partiendo de los que están abstinentes al final del mismo.

Nota. EM = Entrevista Motivacional; PDF = Tratamiento psicológico cognitivo-conductual "Programa para Dejar de Fumar"; Sgto = seguimiento.

Relación entre la dependencia de la nicotina y la abstinencia del consumo de cigarrillos

Al analizar la relación entre la dependencia de la nicotina y el porcentaje de abstinencia al final del tratamiento y en los seguimientos de 6 y 12 meses en cada grupo, únicamente encontramos diferencias estadísticamente significativas en el grupo control, tanto al finalizar el tratamiento como en el seguimiento de 6 y 12 meses. Así, aquellos fumadores del grupo control, con dependencia de la nicotina según el FTND, obtuvieron un menor porcentaje de abstinencia después de las seis sesiones de tratamiento que los fumadores no dependientes (23.1% dependientes *vs.* 87.5% no dependientes; $\chi^2 = 12.27$, $p < .001$). En el seguimiento de los 6 meses sucede lo mismo, aquellos fumadores con dependencia de la nicotina, según el FTND, obtuvieron un menor porcentaje de abstinencia que los fumadores no dependientes (0% dependientes *vs.* 31.3% no dependientes $\chi^2 = 4.91$, $p < .05$). A los 12 meses, aquellos fumadores con dependencia de la nicotina según el FTND obtuvieron un menor porcentaje de abstinencia que los fumadores no dependientes (0% dependientes *vs.* 37.5% no dependientes; $\chi^2 = 6.15$, $p < .05$).

En el grupo de EM, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la dependencia de la nicotina y la abstinencia al final del tratamiento ($\chi^2 = 1.71$, *ns*), ni en el seguimiento a los 6 meses ($\chi^2 = 0.45$, *ns*), ni a los 12 meses ($\chi^2 = 0.45$, *ns*).

Con la finalidad de pronosticar las variables que mejor predicen la abstinencia al final del tratamiento y a los 6 y 12 meses de seguimiento, se realizó un análisis de regresión logística binaria. Se incorporaron en el análisis las siguientes variables predictoras: sexo, edad, consumo de cigarrillos pretratamiento, sospecha de depresión en el BDI-II pretratamiento, episodio depresivo mayor en el pasado y en la actualidad, estar a tratamiento por depresión en el pasado y en la actualidad, dependencia de la nicotina según el Test de Dependencia de la Nicotina de Fagerström (FTND), estadios de cambio, consumo actual de psicofármacos, puntuación en ansiedad rasgo y ansiedad estado, abuso de alcohol según el AUDIT y la intervención (grupo control/grupo EM). Los

resultados del análisis mostraron que las únicas variables predictoras significativas de la abstinencia al final del tratamiento fueron el estadio de cambio antes del inicio del tratamiento ($OR = 7.54$) y la puntuación en el FTND pretratamiento ($OR = 10.95$). Así, no ser dependiente de la nicotina ($FTND < 6$) y estar en el estadio de preparación para la acción aumenta la probabilidad de estar abstinentes al final del tratamiento. A los 6 y a los 12 meses de seguimiento ninguna variable resultó predictora de la abstinencia.

Discusión

El objetivo del presente estudio era analizar si los fumadores que recibían una intervención con EM antes del tratamiento psicológico cognitivo conductual para dejar de fumar mejoraban la adherencia y los resultados del tratamiento y reducían la recaída en los seguimientos en comparación con fumadores que únicamente recibían el tratamiento psicológico cognitivo conductual para dejar de fumar. La hipótesis de partida era que aquellos fumadores que recibían la intervención motivacional se adherirían mejor al tratamiento, obtendrían mejores resultados al final del mismo y en los seguimientos y recaerían menos que los participantes del grupo que no recibían esta intervención.

En relación a la adherencia al tratamiento, no se ha observado una mejora en el grupo que recibe la EM en comparación con el grupo control. Los resultados no muestran diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en cuanto al número de sesiones a las que acuden. Al agrupar las seis sesiones de tratamiento de la primera a la tercera y de la cuarta a la sexta, se observa que los participantes que han recibido la intervención motivacional han acudido a más sesiones (de la cuarta a la sexta) en comparación con el grupo control (86.2% *vs.* 69.0%), aunque estas diferencias no se han mostrado estadísticamente significativas. La adherencia al tratamiento también la hemos evaluado por el número de asistencia/abandonos de sesiones que se producen. En el grupo de EM se observa un porcentaje de asistencia a las sesiones del 82.8% frente al 75.9% del grupo control, sin dife-

rencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. A pesar de que una de las principales utilidades de la EM es la potenciación de otros tratamientos a través del incremento de variables de proceso (adherencia, retención, participación y satisfacción) esto no ocurre en nuestro caso. La literatura recomienda incluir estrategias motivacionales como complemento de los tratamientos estructurados, ya que éstas favorecen el proceso más que los resultados (Becoña et al., 2008). Así, por ejemplo, en el estudio de Swanson, Pantalón y Cohen, (1999) encontraron que si a un programa de terapia cognitivo conductual, aplicado a participantes con patología dual, se le añadía EM, la adherencia mejoraba significativamente. Este mismo efecto se describe en otros estudios, como el de Secades, Fernández y Arnáez (2004), en el que 40 adictos a la heroína en espera de tratamiento fueron asignados aleatoriamente a un grupo de EM o a una condición control. A los 6 meses de iniciar el tratamiento, los que recibieron la EM incrementaron significativamente las tasas de retención en comparación al grupo control (50% frente al 20%). Estos autores sugieren que la EM puede resultar un instrumento útil para mejorar las tasas de retención en los programas libres de drogas durante las fases iniciales del tratamiento, momento en el que se producen la mayoría de los abandonos.

En cuanto a los resultados al final del tratamiento y en los seguimientos realizados al mes, 3, 6 y 12 meses, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de abstinencia entre el grupo de EM y el grupo control. Sin embargo, un aspecto que merece la pena comentar es que los fumadores que han recibido la intervención motivacional, a pesar de no conseguir la abstinencia total del tabaco, redujeron el número de cigarrillos al final del tratamiento más que los fumadores del grupo control (48.3% vs. 27.6%), aunque estas diferencias no hayan sido significativas. Esto nos lleva a pensar que la EM puede ayudar a reducir el consumo de cigarrillos al final del tratamiento. Si bien es cierto que a pesar de haber reducido el número de cigarrillos, estos participantes permanecen todavía en riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con el tabaco, pero este riesgo podría ser menor (Gilpin y Pierce, 2002). Al menos, a corto plazo, la reducción del consumo del tabaco podría ser aconsejable para aquellos participantes que no han conseguido dejar de fumar en sus intentos para lograrlo. El objetivo sería reducir los daños causados por el tabaco lo antes posible (Míguez y Becoña, 2008a). Por lo tanto, parece que los resultados muestran una tendencia respecto a que la EM se asocia con mejores resultados en medidas de reducción de daños, tal y como apuntan diferentes estudios en la literatura (Feldstein y Forchimes, 2007; McCambridge y Strang, 2005; Tevyaw y Monti, 2004). Así por ejemplo, McCambridge y Strang (2005) encontraron que la EM era útil en la reducción del consumo de cigarrillos, alcohol y cannabis a los 3 meses de seguimiento, aunque esa mejoría desaparecía a los 12 meses.

Respecto a las recaídas, los resultados muestran que el porcentaje de recaídas es prácticamente igual en los dos gru-

pos, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas y ocurriendo el mayor porcentaje de recaídas en ambos grupos en el primer mes (35.71%, grupo EM vs. 52.94%, grupo control). Teniendo en cuenta que es en los primeros meses cuando ocurren la mayoría de las recaídas, según las curvas de recaída más clásicas (Hunt y Matarazzo, 1973; Hunt, Barnett y Branch, 1974) pero también según las más recientes (p.e., Garvey, Bliss, Hitchcock, Heindold y Rosner, 1992; Hughes, 1992; Míguez y Becoña, 2008b) es de destacar que en el grupo de EM se produzcan menos recaídas en el primer mes (5 participantes en el grupo de EM vs. 9 participantes en el grupo control).

En relación a la dependencia de la nicotina, únicamente se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el grupo control, tanto al finalizar el tratamiento como en los seguimientos de 6 y 12 meses. Así, en el grupo control encontramos que al final del tratamiento y a los 6 y 12 meses de seguimiento, los fumadores dependientes de la nicotina alcanzan menos la abstinencia que los fumadores no dependientes. Este hallazgo va en la línea de distintos estudios en los que la dependencia de la nicotina es una de las variables que mejor predicen los resultados tanto al final del tratamiento como en los seguimientos (Míguez y Becoña, 2008b; Sledjeski et al., 2007). En un estudio previo realizado en nuestro medio con este mismo tratamiento psicológico cognitivo conductual, en el que el 48.6% de los fumadores de la muestra eran dependientes de la nicotina según el FTND, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la abstinencia al final del tratamiento (45.5% vs. 69.5% abstinentes, con y sin dependencia de la nicotina respectivamente) (Becoña y Míguez, 2008). A pesar de que la evidencia clínica y experimental sugiere que los tratamientos psicológicos para dejar de fumar son eficaces en personas dependientes de la nicotina, los porcentajes de abstinencia son significativamente más bajos que los de los fumadores no dependientes (Fiore et al., 2008). Aunque era de esperar que los participantes con dependencia de la nicotina presentasen un menor porcentaje de abstinencia en el consumo de tabaco al finalizar el tratamiento y en los seguimientos, en el grupo que recibe la EM no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni al final del tratamiento ni a los 6 y 12 meses de seguimiento.

Respecto a los resultados del análisis de regresión logística, estos mostraron que la baja dependencia de la nicotina y el estar en el estadio de cambio de "preparación para la acción", aumentan la probabilidad de estar abstinentes al final del tratamiento. Estos resultados van en la línea de estudios anteriores como el de Ferguson et al. (2003), donde encontraron que la baja dependencia de la nicotina se asociaba con una mayor probabilidad de dejar de fumar, o con el estudio de Prochaska et al. (1992), que se basa en el estadio de cambio para predecir el comportamiento del fumador. Sin embargo, respecto a los estadios de cambio, Riemsma et al. (2003), en su revisión sobre la efectividad de los estadios de cambio para promover el abandono de los cigarrillos, encontraron una evidencia limitada acerca de la eficacia de las in-

tervenciones basadas los estadios de cambio para dejar de fumar.

Este estudio no está exento de algunas limitaciones. En primer lugar, es probable que por el tamaño de la muestra, no se encuentren diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de las variables analizadas. Además, el tamaño de la muestra también dificulta la generalización de los resultados a la población general. Una segunda limitación de este trabajo hace referencia al tipo de población fumadora objeto de estudio. Los fumadores que acuden a la Unidad de Tabaquismo suelen ser aquellos fumadores con una mayor dependencia de la nicotina o más resistentes al proceso de dejar de fumar. Una tercera limitación de este estudio es que, al tratarse de un diseño cuasiexperimental (ya que el grupo control no se ha asignado aleatoriamente), no se puede asegurar que los resultados obtenidos sean debidos a la propia intervención, a otras intervenciones o a factores no controlados. De este modo, los resultados obtenidos deben calificarse como preliminares. Futuras investigaciones deberían tratar de utilizar un mayor número de participantes y una asignación aleatoria de los fumadores a ambos grupos.

Referencias

- 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. doi:10.1016/j.jsat.2008.06.003
- Balcells, M., Torres, M. y Yahne, C. E. (2004). La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo. *Adicciones*, 16 (2), 227-236.
- Banegas, J. R., Díez, L., González, J., Villar, F. y Rodríguez-Artalejo, F. (2005). La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Medicina Clínica*, 124, 769-771.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Becoña, E. (2007). *Programa para Dejar de Fumar*. Vigo: Nova Galicia Ediciones.
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E., Fernández, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P.,... Tomás, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Becoña, E. y Lorenzo, M. C. (2004). Evaluación de la conducta de fumar. *Adicciones*, 16 (2), 201-226.
- Becoña, E. y Míguez, M. C. (1995). El cuestionario de evaluación de la recaída/abstinencia de los cigarrillos: primeros resultados. *Revista Española de Drogodependencias*, 20, 25-40.
- Becoña, E. y Míguez, M. C. (2008). Group behaviour therapy for smoking cessation. *Journal of Groups in Addiction and Recovery*, 3, 63-78. doi:10.1080/15560350802157528
- Becoña, E. y Vázquez, F. (1998). The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports*, 83, 1455-1458. doi:10.2466/pr0.1998.83.3f.1455
- Bien, T. H., Miller, W. R. y Borouhgs, J. M. (1993). Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21, 347-356. doi:10.1017/S135246580001167X
- 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. doi:10.1037/0022-006X.61.3.455
- Brown, J. M. y Miller, W. R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7, 211-218. doi:10.1037/0893-164X.7.4.211
- 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. doi:10.1037/0022-006X.71.5.843
- Carroll, K., Ball, S. A., Nich, C., Martino, S., Frankfurter, T. L., Farentinos, C., ... Woody, G. E. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. *Drug and Alcohol Dependence*, 81, 301-312. doi:10.1016/j.drugalcdep.2005.08.002
- Dunn, C., Deroo, L. y Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioural domains: A systematic review. *Addiction*, 96, 1725-1742. doi:10.1046/j.1360-0443.2001.961217253.x
- 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. doi:10.1001/archpedi.159.12.1173
- Feldstein, S. W. y Forchimes, A. A. (2007). Motivational interviewing with underage college drinkers: a preliminary look at the role of empathy and alliance. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 737-746. doi:10.1080/00952990701522690
- Ferguson, J. A., Patten, C. A., Schroeder, D. R., Offord, K. P., Eberman, K. M. y Hurt, R. D. (2003). Predictors of 6-month tobacco abstinence among 1224 cigarette smokers treated for nicotine dependence. *Addictive Behaviors*, 28, 1203-1218. doi:10.1016/S0306-4603(02)00260-5
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J., ... Wewers, M. E. (2008). *Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Garvey, A. J., Bliss, R. E., Hitchcock, J. L., Heinold, J. W. y Rosner, B. (1992). Predictors of smoking relapse among self-quitters: A report from the Normative Aging Study. *Addictive Behaviors*, 17, 367-377. doi:10.1016/0306-4603(92)90042-T
- Gilpin, E. A. y Pierce, J. P. (2002). The California Tobacco Control Program and potential harm reduction through reduced cigarette consumption in continuing smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 4, S157-S166. doi:10.1080/1462220021000032708
- Guillén, A. I. y Mañoso, V. (2004). La entrevista motivacional: revisión de su eficacia en el ámbito de las conductas adictivas. *Interpsiquis*. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/15095/>.
- 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. doi:10.1080/09595239600185641
- Heatherington, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. y Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addictions*, 86, 1119-1127. doi:10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x
- Hettema, J., Steele, J. y Miller, W. R. (2005). Motivational Interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833
- Hodgins, D. C., Currie, S. y El-Guebaly, N. (2001). Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 50-57. doi:10.1037/0022-006X.69.1.50
- Hughes, J. R. (1992). Tobacco withdrawal in self-quitters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 689-697. doi:10.1037/0022-006X.60.5.689
- Hunt, W. A., Barnett, L. W. y Branch, L. G. (1974). Relapse rates in addiction programs. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 455-456. doi:10.1002/10974679(197411)27:4<455::AID-JCLP2270270412>3.0.CO;2-R
- Hunt, W. A. y Matarazzo, J. D. (1973). Three years later: Recent developments in the experimental modification of smoking behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 107-114. doi:10.1037/h0034553
- Kazdin, A. E. (2003). *Research design in clinical psychology*. Boston: Allyn and Bacon.
- Lai, D. T., Cahill, K., Qin, Y., y Tang, J. L. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, Art. No.: CD006936.
- Madson, M. B., Loignon, A. C. y Lane, C. (2009). Training in motivational interviewing: A systematic review. *Journal of Substance Treatment*, 36, 101-109. doi:10.1016/j.jisat.2008.05.005
- Marijuana Treatment Project Research Group. (2004). Brief treatments for cannabis dependence: Findings from a randomized multisite trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 455-466. doi:10.1037/0022-006X.72.3.455
- McCambridge, J. y Strang, J. (2005). Deterioration over time in effect of motivational interviewing in reducing drug consumption and related risk among young people. *Addiction*, 100, 470-478. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01013.x
- Míguez, M. C. y Becoña, E. (2008a). Evaluating the effectiveness of a single telephone contact as an adjunct to a self-help intervention for smoking cessation in a randomized controlled trial. *Nicotine & Tobacco Research*, 10, 129-135. doi:10.1080/14622200701767746
- Míguez, M. C. y Becoña, E. (2008b). Abstinence from smoking ten years after participation in a randomized controlled trial of a self-help program. *Addictive Behaviors*, 33, 1369-1374. doi:10.1016/j.addbeh.2008.06.015
- Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioral Psychotherapy*, 11, 147-172. doi:10.1017/S0141347300006583
- Miller, W. R., Brown, J. M., Simpson, T. L., Handmaker, N. S., Bien, T. H., Luckie, L. F., ... Tonigan, J. S. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. En R. K. Hester y W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*, (pp. 12-44). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. Nueva York: Guilford Press.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd Ed.). Nueva York: Guilford Press.
- Miller, W. R. y Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist*, 64, 527-537. doi:10.1037/a0016830
- Piñero, B., Míguez, M. C. y Becoña, E. (2010). La entrevista motivacional en el tratamiento del tabaquismo: una revisión. *Adicciones*, 22, 353-364.
- 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. doi:10.1037/0022-006X.51.3.390
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. y Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114. doi:10.1037/0003-066X.47.9.1102
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Prochaska, J. M. y Johnson, J. L. (2004). Size, consistency, and stability of stages effects for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 29, 207-213. doi:10.1016/S0306-4603(03)00086-8
- 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. doi:10.1111/j.1530-0277.1993.tb05219.x
- Riemsma, R. P., Pattenden, J., Bridle, C., Sowden, A. J., Mather, L., Watt, I. S. y Walker, A. (2003). Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. *BMJ*, 326, 1175-1177. doi:10.1136/bmj.326.7400.1175
- Rollnick, S. y Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334. doi:10.1017/S135246580001643X
- 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.
- Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clinica y Salud*, 14, 249-280.
- Saunders, J., Aasland, O., Babor, T., de la Fuente, J. y Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88, 791-804. doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x
- Secades, R., Fernández, J. R. y Arnáez, C. (2004). Motivational interviewing and treatment retention among drug user patients: A pilot study. *Substance Use and Misuse*, 39, 1369-1378. doi:10.1081/JA-120039393
- Sledjeski, E. M., Dierker, L. C., Costello, D., Shiffman, S., Donny, E. y Flay, B. R. (2007). Predictive utility of four nicotine dependence measures in a college sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 87, 10-19. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.07.005
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. D. (1988). *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid: TEA ediciones.
- Swanson, A. J., Pantalon, M. V. y Cohen, K. R. (1999). Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 630-635. doi:10.1097/00005053-199910000-00007
- Tevyaw, T. O. y Monti, P. M. (2004). Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: Foundations, applications and evaluations. *Addiction*, 99 (2), 63-75. doi:10.1111/j.1360-0443.2004.00855.x
- Velicer, W. F. y Prochaska, J. O. (2004). A comparison of four self-report smoking cessation measures. *Addictive Behaviors*, 29, 51-60. doi:10.1016/S0306-4603(03)00084-4
- West, R., Hajek, P., Stead, L. y Stapleton, J. (2005). Outcome criteria in smoking cessation trials: Proposal for a common standard. *Addiction*, 100, 299-305. doi:10.1111/j.1360-0443.2004.00995.x
- World Health Organization. (2008). *WHO report on the global tobacco epidemic: The MPOWER Package, 2008*. Recuperado de http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.
- Zweben, A. y Zuckoff, A. (2002). Motivational interviewing and treatment adherence. En W. R. Miller y S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd Ed.). Nueva York: The Guilford Press.

(Artículo recibido: 24-6-2011; revisado: 23-04-2013; aceptado: 23-04-2013)