

Evaluación de un programa de intervención breve motivacional para fumadores: resultados de un estudio piloto

Jennifer Lira-Mandujano,^{1,2} Fabiola González-Betanzos,² César A. Carrascoza Venegas,¹ Héctor E. Ayala V.,^{†3} Sara E. Cruz-Morales¹

Artículo original

SUMMARY

Tobacco consumption is a world-wide public health problem that has been associated with different types of cancer, cardiovascular and respiratory diseases, alterations in the reproductive system, dental problems and some eye diseases. In Mexico the National Survey of Addictions (2002) reported that 26.4% of the urban population between 12 and 65 years and 14.3% of the rural population are smokers.

The Secretary of Health indicated that more than 53000 people died from diseases related to tobacco consumption. The consumption of tobacco stands among the ten first causes of morbidity and mortality in Mexico.

In this sense, smoking is considered as one of the main public health problems in Mexico. Several organisms and institutions have undertaken actions in an attempt to solve it, such as the development of educative programs directed to the general population and programs to help smokers to quit this habit. Some of the main strategies to reduce cigarette consumption include nicotine replacement therapy, therapy not based on nicotine (antidepressants, some opiate antagonists and anxiolytic drugs), psychological programs, and the combination of some of them. Regarding psychological treatments, behavioral and cognitive behavioral techniques for smoking cessation hold empirical evidence about their efficacy for reducing the abuse of substances.

In Mexico, psychological, nicotinic and non-nicotinic treatments to stop smoking are used. Nevertheless, the methodological and theoretical grounds of the psychological interventions are not well-established and there are no specific data about the changes in the consumption pattern after the application of the interventions and whether the effects of the treatment stay through the time.

Specifically, the information about the efficacy of the brief interventions on smokers in the Mexican population is scarce. Although different studies have demonstrated that the brief motivational interventions are more effective to reduce the abuse of different substances than intensive interventions or no interventions at all, the techniques are not widely used in the treatment of tobacco consumption in Mexican population.

With this evidence, the National Autonomous University of Mexico (UNAM) developed the Brief Motivational Intervention Program to treat smokers. The Brief Motivational Intervention is based in the

Social Cognitive Theory, the Prevention of Relapses Model, in techniques of motivational interview and self-control techniques.

Therefore, the goal of the present research is to evaluate a brief motivational intervention program for smokers. In order to achieve this aim, 10 individuals between 19 and 55 years old participated in the program; five individuals showed low nicotine dependence and five severe nicotine dependence according to the Questionnaire of Fagerström Tolerance. There was a public invitation and the participants consent to participate voluntarily in the «Center of Psychological Services» belonging to the Psychology Department, UNAM.

The motivational brief intervention program for smokers consists of six sessions: an admission session, an evaluation session and four treatment sessions of one hour each. All of them were carried out individually based on the following theoretical and methodological components: social cognitive theory, techniques of motivational interview, techniques of self control and prevention of relapses model.

The program was evaluated doing a comparison of the consumption pattern during and after the application of the brief intervention, and contrasting the level of self-efficacy before and after the application of the brief intervention. An analysis of variance (ANOVA) of repeated measures showed significant changes in the pattern of consumption ($F [2, 18] = 53.10, p < 0.001$), a Bonferroni post hoc test for binary comparisons indicated that the differences were between the baseline and treatment ($p < 0.001$) and baseline and follow-up ($p = 0.001$).

In relation to significant differences in the self-efficacy level, a Wilcoxon test showed differences in the following situations: disagreeable emotions ($Z = 2.203, p < 0.05$), physical discomfort ($Z = 2.492, p < 0.05$), conflict with others ($Z = 2.556, p < 0.05$) and pleasant moments with others ($Z = 2.670, p < 0.05$). In all the cases, the level of self-efficacy reported in the second application increased as compared to the first.

Results found in this research agree with those collected in other countries using brief intervention therapy, but specifically with the ones employed in Mexico with drinkers, users of cocaine and adolescents initiating drug consumption.

This program makes special emphasis in the strengthening of self-efficacy and in the prevention of relapses model that maintains the change of the consumption behavior of the user during and after the intervention. However, users learn mainly to conceptualize a

¹ Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

² Facultad de Psicología, UMSNH.

³ Facultad de Psicología, UNAM.

Correspondencia: Dra. Sara Eugenia Cruz Morales, División de Investigación y Posgrado. UIICSE, FES-Iztacala, UNAM. Av. de los Barrios No. 1, Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. Mex. México. Correo electrónico: saracruz@servidor.unam.mx

Recibido primera versión: 11 de abril de 2007. Segunda versión: 18 de enero de 2008. Aceptado: 30 de julio de 2008.

relapse as a part of the process to quit smoking and not as a failure or an addictive behavior that they will never be able to change.

Carroll indicates that the essential principles of the cognitive behavioral programs for the treatment of addictive behaviors are that they allow for individualized programs and that the goals of the treatment reflect a collaborative process between the user and the therapist. These principles allow the user to stay in the program and motivate him/her to maintain a change in the addictive behavior.

The brief intervention for smokers in this study has not only shown excellent effects in users with low dependency, but also with users with severe dependency to nicotine (according to the Questionnaire of Fagerström Tolerance). Even though they did not stop smoking completely, they diminished the consumption pattern and increased the number of days of abstinence. The previous finding is congruent with the assumptions of the harm reduction, which is considered as an alternative associated to a decrement on the real and the potential damage with the use of the drug, more than to trying to stop it.

It is important to do a follow-up that shows a long-term maintenance of the behavior for at least 12 months after the treatment. Some biological markers (carbon monoxide in the expired air, levels of cotinine in tinkles or shapes) are also needed that will represent an objective measure that helps to increase the motivation with respect to the initial consumption during and after the intervention and also to verify the pattern of consumption reported by the users.

This treatment for smokers it is an effective alternative for its adoption in institutions of health and must be a part of the preventive policies for the treatment of smokers in a national scope because it has an impact in the pattern of cigarette consumption and the associated organic damages.

Key words: Brief intervention, motivational interviewing, smokers.

RESUMEN

El consumo de tabaco es un problema de salud pública en el mundo y se le ha asociado con diferentes tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, alteraciones en el sistema reproductivo, problemas dentales, úlcera péptica y algunas enfermedades de los ojos. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones de 2002, en México fuman 26.4% de las personas entre 12 y 65 años de la población urbana y 14.3% de la población rural.

En este sentido, la Secretaría de Salud señala que en México fallecen anualmente más de 53 mil personas por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, lo que lo ubica entre los diez primeros lugares de morbilidad y mortalidad.

Entre los tratamientos propuestos para dejar de fumar se identifican las terapias sustitutivas con nicotina, las terapias farmacológicas, los tratamientos psicológicos y combinaciones de ellos. En relación con los tratamientos psicológicos, existe evidencia empírica que muestra la efectividad de las técnicas conductuales y cognitivo-conductuales para dejar de fumar.

En México, se emplean tratamientos psicológicos y farmacológicos (nicotínicos y no nicotínicos) en personas que desean dejar de fumar. Sin embargo, en dichas intervenciones no se reportan datos específicos de los cambios en el patrón de consumo después de la aplicación de dichas intervenciones y si éste se mantiene a lo largo del tiempo. Asimismo, se sabe específicamente poco de la efectividad de las intervenciones breves dirigidas a fumadores en la población mexicana. Por lo tanto, en la presente investigación se evalúa un programa de intervención breve motivacional para fumadores que incide en el patrón de consumo de cigarrillos, en la percepción de la autoeficacia de los usuarios al finalizar la aplicación del programa y en el seguimiento a los seis meses.

Para cumplir con el propósito se aplicó el programa de intervención breve motivacional a 10 personas de entre 19 y 55 años de edad que deseaban dejar de fumar. La evaluación del programa se realizó a partir de la comparación del patrón de consumo antes, durante y después de la aplicación de la intervención breve, así como del nivel de autoeficacia antes y después de la aplicación de la intervención breve. Un análisis de varianza (ANOVA) de medidas repetidas mostró cambios significativos en el patrón de consumo entre la línea base, intervención y seguimiento ($F[2,18]=53.10$, $p<0.001$). Posteriormente se realizaron comparaciones binarias con el ajuste de Bonferroni, lo cual indicó que las diferencias se ubicaron sólo entre la línea base con respecto al tratamiento ($p<0.001$) y la línea base con respecto al seguimiento ($p<=0.001$).

En relación con el nivel de autoeficacia se encontraron diferencias significativas antes y después de aplicar la prueba Wilcoxon, y así se obtuvieron diferencias significativas en las siguientes situaciones: emociones desagradables ($Z=2.203$, $p<0.05$), malestar físico ($Z=2.492$, $p<0.05$), conflictos con otros ($Z=2.556$, $p<0.05$) y momentos agradables con otros ($Z=2.670$, $p<0.05$), en las que incrementó el nivel de autoeficacia reportada en la segunda aplicación con respecto a la primera. Los resultados obtenidos en esta investigación concuerdan con los observados en la aplicación de intervenciones breves en otros países, pero específicamente con los obtenidos en México con bebedores problema, usuarios de cocaína y adolescentes que se inician en el consumo de drogas.

El programa de intervención breve motivacional enfatiza el fortalecimiento de la autoeficacia y el modelo de prevención de recaídas, que mantiene el cambio de la conducta de consumo del usuario durante y después de la intervención. El usuario aprende a conceptualizar la recaída como parte de un proceso de cambio y no como un fracaso o un comportamiento adictivo que nunca podrá cambiar. Por lo anterior, el tratamiento para fumadores es una alternativa efectiva para su adopción en instituciones de salud y debe formar parte de las políticas preventivas para el tratamiento de fumadores en el ámbito nacional, ya que tiene un impacto específico en el patrón de consumo de cigarrillos y, en esa medida, en los daños orgánicos asociados a su consumo.

Palabras clave: Intervención breve, entrevista motivacional, fumadores.

INTRODUCCIÓN

El consumo de cigarrillos se asocia con la presencia de diferentes tipos de cáncer (de pulmón, en laringe, cavidad oral, etc.), enfermedades cardiovasculares (ateroesclerosis, embolia, etc.), enfermedades respiratorias (agudas y crónicas), altera-

ciones en el sistema reproductivo, problemas dentales (leucoplasias, entre otros), úlcera péptica y algunas enfermedades de los ojos.¹ La Secretaría de Salud señala que en México fallecen anualmente más de 53 mil personas por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, lo que lo ubica entre los diez primeros lugares de morbilidad y mortalidad.²

En este sentido, el tabaquismo se ha considerado como uno de los principales problemas de salud pública en México y diversos organismos e instituciones han emprendido acciones en un intento por solucionarlo, como el desarrollo de programas educativos dirigidos a la población en general y programas para ayudar a los fumadores a dejar este hábito.³

En la investigación actual^{4,5} se reportan diversas alternativas para dejar de fumar: a) folletos de autoayuda, b) terapias farmacológicas nicotínicas, c) terapias farmacológicas no nicotínicas (antidepresivos, algunos antagonistas opiáceos y ansiolíticos), d) programas psicológicos y e) combinaciones de ellos.⁶⁻¹⁰

En relación con los tratamientos psicológicos, las técnicas conductuales y cognitivo-conductuales para dejar de fumar han demostrado ser efectivas. Dichas técnicas combinan paradigmas de condicionamiento clásico, operante y técnicas cognitivas como el control de estímulos, la exposición señalizada, el manejo de contingencias, la reducción gradual de la nicotina y el alquitrán, y habilidades de afrontamiento (prevención de recaídas, entrenamiento en habilidades, solución de problemas y apoyo social).¹¹⁻¹³

Lancaster y Stead¹⁴ realizaron un metaanálisis donde incluyeron ensayos aleatorios y cuasi aleatorios, con un seguimiento mínimo de seis meses con intervención individual a fumadores mayores de 18 años. Los autores concluyeron que el asesoramiento conductual individual es más efectivo y que el asesoramiento intensivo no surte un efecto mayor en comparación con el asesoramiento breve. Asimismo, Becoña¹⁵ y Dodgen¹⁶ hicieron una revisión de diferentes metaanálisis sobre la efectividad de las técnicas conductuales en diversas investigaciones que incluían los siguientes aspectos: por lo menos dos grupos, donde uno de ellos era control, con asignación aleatoria a cada una de las condiciones y se reportaran datos de abstinencia. En los resultados de dicha revisión, ambos autores coinciden en que las más efectivas son la técnica de auto control, el entrenamiento en las habilidades de afrontamiento y la técnica de saciedad, en que se pide al usuario fumar rápido. En conclusión, señalan que es necesario realizar investigaciones que tengan como propósito comparar directamente diferentes intensidades del tratamiento donde se incluyan técnicas conductuales y la evaluación costo-efectividad de los tratamientos, tomando en cuenta las características de las diferentes poblaciones de fumadores. Las investigaciones realizadas en México no reportan datos específicos de los cambios en el patrón de consumo después de la aplicación de las diferentes intervenciones y si éste se mantiene a lo largo del tiempo.¹⁷ Se sabe específicamente poco de la efectividad de las intervenciones breves dirigidas a fumadores en la población mexicana.

En diferentes estudios se ha demostrado que las intervenciones breves de corte motivacional son más efectivas para reducir el abuso de diferentes sustancias que la no intervención e incluso mejores que las intervenciones intensivas.¹⁸

Con esta evidencia, en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) se desarrolló el programa de intervención breve motivacional para fumadores, el cual tiene como sustento la Teoría Cognitivo Social que considera que se puede reaprender la conducta de fumar^{19,21} y que utiliza como estrategias principales la entrevista motivacional diseñada para incrementar la motivación del usuario para el cambio,^{22,23} la prevención de recaídas, cuyo propósito es incrementar la percepción de autoeficacia o juicio de la propia capacidad para ejecutar un curso de acción particular requerido para tratar efectivamente con una situación demandante,²⁴ y las técnicas de autocontrol, que incluyen el establecimiento de metas, el automonitoreo, el análisis funcional de las situaciones de consumo y el aprendizaje de habilidades alternativas de afrontamiento.²⁵

Los procedimientos cognitivo-conductuales, caracterizados en general como intervenciones breves, centran su atención en los procesos cognoscitivos y emocionales vinculados con el consumo de una sustancia y en la ocurrencia del consumo como tal. Si bien el objetivo consiste en disminuir o eliminar ese consumo, los medios por los que éste ocurre son de suma importancia. Se reconoce la existencia de situaciones de riesgo ante las cuales es probable que una persona consuma, y se identifican las mismas. Éstas pueden ser tanto internas (cognitivas y/o emocionales, como expectativas; por ejemplo, aceptación social, atribuciones; o estados anímicos; por ejemplo, depresión, ansiedad, etc.) como externas (lugares, amigos, fiestas, etc.). La identificación de las situaciones de riesgo facilita el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, las cuales pueden ser también cognitivas y emocionales (disonancia cognoscitiva, reestructuración del pensamiento, relajación) y/o conductuales (evitación de la situación, habilidades sociales, etc.). Éstas últimas pueden emplearse sobre todo al inicio del tratamiento cuando es especialmente importante controlar el consumo. A su vez, las cognitivas son particularmente útiles para establecer metas, cambiar la percepción de los costos y beneficios del consumo y no consumo o modificar el estilo de vida.

La presente investigación tiene el propósito de evaluar sistemáticamente un programa de intervención breve motivacional para fumadores que incida en el patrón de consumo de cigarrillos y en la percepción de la autoeficacia de los usuarios al finalizar la aplicación del programa y en el seguimiento a los seis meses. Para cumplir dicho objetivo, se empleó un diseño de caso único, ya que permite observar de manera clara al participante como su propio control experimental; es decir, el cambio que sesión a sesión va teniendo la conducta de la persona, así como la seguridad de que la variable independiente (el tratamiento o sus componentes) es la responsable del cambio observado y también la posibilidad de modificar en el momento adecuado el curso del tratamiento de forma que el objetivo o meta planteado pueda alcanzarse de manera satisfactoria.

METODO

Sujetos

Seis hombres y cuatro mujeres de entre 19 y 55 años de edad, con dependencia baja y grave (cuadro 1) que se presentaron voluntariamente en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, UNAM, porque deseaban dejar de fumar. Se utilizó una muestra accidental y predeterminada.

Diseño

De caso único con nueve réplicas.

Criterios de inclusión

Sujetos que reportaron saber leer y escribir, que no estaban tomando algún medicamento por prescripción médica o por automedicación, que no presentaban alguna enfermedad (hipertensión, no haber presentado en el último mes dolor de pecho, no tener úlceras, diabetes, algún tipo de cáncer), sin trastornos psiquiátricos y que estuvieran de acuerdo con el «Consentimiento Informado».

Instrumentos

- Entrevista: Se obtienen datos sociodemográficos, historia familiar y social, historia laboral y lugar de residencia, historia de consumo de alcohol y drogas.²⁶
- Cuestionario de Fagerström de dependencia a la nicotina: Su objetivo es identificar, por medio de indicadores relacionados con la frecuencia de consumo (número de cigarros por día), la periodicidad y la cantidad de droga utilizada en las primeras horas después de despertarse y el control del consumo, si una persona presenta una dependencia a la nicotina.²⁷
- Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS): El objetivo es obtener la percepción del grado de con-

fianza de la persona en cada una de las ocho situaciones de riesgo relacionadas con el consumo o con el consumo en exceso. El usuario debe señalar en un rango de 0% (Inseguro) a 100% (Seguro) qué tan seguro se siente para poder resistir la necesidad de fumar en las situaciones que se señalan.²⁶

- Línea Base Retrospectiva (LIBARE): Su objetivo es conocer el patrón de consumo en función del número total de días de consumo y de la cantidad de cigarros.²⁸
- Hoja de registro de consumo de cigarros: El objetivo es que el usuario registre su consumo diario señalando situaciones y hora de consumo durante y después de la aplicación del programa.

Procedimiento

Los usuarios que aceptaron participar en el programa fueron contactados para concertar una cita para la sesión de admisión en que se realizó una entrevista para determinar si cubrían los criterios de inclusión.

El programa de intervención breve motivacional para fumadores está constituido por una sesión de admisión, una de evaluación y cuatro sesiones de tratamiento de una hora. La estructura y las técnicas que se incluyen a lo largo de las sesiones se describen en el cuadro 2 a partir de tres fases: 1. *fase de evaluación* (dos sesiones), 2. *fase de tratamiento* (cuatro sesiones) y 3. *fase de seguimiento* (seis meses).

RESULTADOS

Los efectos de la aplicación del tratamiento se determinaron a partir del patrón de consumo y el nivel de autoeficacia, los cuales se compararon entre las diferentes fases (línea base, intervención y seguimiento a los seis meses).

La mitad de los participantes presentó una dependencia grave a la nicotina de acuerdo con el cuestionario de Fagerström. En la figura 1 puede observarse que la diferencia encontrada nos permitió agrupar a los sujetos y com-

Cuadro. 1. Características de los sujetos participantes

Participante	Edad	Sexo	Nivel escolar	Cuestionario de Fagerström	Intentos anteriores para dejar de fumar
1	26	M	Licenciatura	7*	2
2	43	M	Primaria	7*	1
3	41	M	Secundaria	7*	2
4	21	M	Licenciatura	7*	2
5	19	F	Licenciatura	7*	2
6	21	M	Licenciatura	3	2
7	55	F	Maestría	3	3
8	22	F	Licenciatura	5	4
9	22	F	Licenciatura	3	4
10	22	M	Licenciatura	5	0

*Indica dependencia grave a la nicotina de acuerdo con el cuestionario de Fagerström de dependencia a la nicotina.

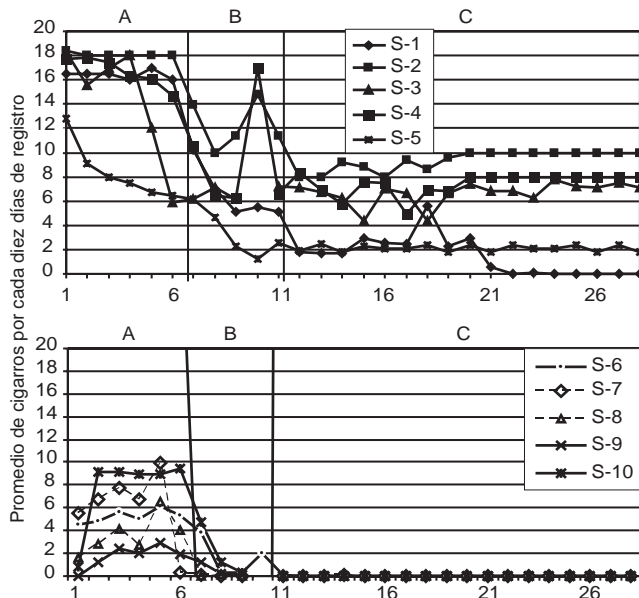


Figura 1. El promedio de cigarrillos por cada diez días de registro en todas las fases: A = Evaluación, B = Tratamiento y C = Seguimiento. La gráfica 1 representa a los sujetos con alta dependencia a la nicotina y la gráfica 2 a los sujetos con una dependencia baja a la nicotina (N= 10).

parar los patrones de consumo diferenciados en cada una de las fases. La figura 1 representa a los sujetos con dependencia grave, quienes presentan una línea base muy esta-

ble y disminuciones abruptas en los primeros 30 días del tratamiento, un aumento al final del mismo y luego un patrón de consumo estable, excepto para el sujeto 2. Por el contrario, los sujetos que no presentan una dependencia alta muestran un patrón de consumo variable en la línea base, un decremento inmediato durante la fase de tratamiento donde se alcanza la abstinencia de fumar que se mantiene después de la tercera sesión en la fase de tratamiento y seguimiento (figura 2).

Para conocer si existían diferencias en el patrón de consumo, en las diferentes fases se analizaron los resultados a partir de un análisis de varianza (ANOVA) de medidas repetidas; los resultados mostraron diferencias significativas entre la línea base, la intervención y el seguimiento ($F[2,18]=53.10, P<0.001$). Para saber específicamente cuáles eran las diferencias, se realizaron comparaciones binarias con el ajuste de Bonferroni, que mostraron diferencias entre la línea base y el tratamiento ($P<0.001$) y la línea base con respecto al seguimiento ($P<0.001$). No se encontraron diferencias entre el tratamiento con respecto del seguimiento.

Otro de los elementos que se consideraron importantes para evaluar el impacto de la intervención fue la percepción del nivel de autoeficacia; los puntajes obtenidos mostraron un incremento general de la confianza (figura 2). Se realizó un análisis de los resultados con la prueba Wilcoxon en el nivel de autoeficacia; aumentó significativamente en la se-

Cuadro 2. Estructura de la intervención breve motivacional para fumadores: instrumentos que se aplican de acuerdo con la sesión del programa

Sesión	Objetivo	Descripción de la aplicación de las técnicas	Instrumentos y materiales
Admisión	Evaluar los criterios de inclusión. Explicar las características de la intervención breve	Estrategias de la entrevista motivacional	Ficha de admisión, cuestionario de preselección, consentimiento informado y cuestionario de Fagerström de dependencia a la nicotina
Evaluación	Evaluar patrón de consumo y autoeficacia. Conocer historia de consumo de drogas. Datos sociodemográficos	Estrategias de la entrevista motivacional	Entrevista inicial, línea base retrospectiva y cuestionario breve de confianza situacional
Sesión 1	Entregar resultados balance decisional	Entrenamiento en técnicas de autocontrol y de la entrevista motivacional	Formato de balance decisional, formato de reporte de resultados, folleto 1 «Tomar la decisión de dejar de fumar» y hoja de registro del consumo
Sesión 2	Identificación precipitadores y consecuencias de las principales situaciones de consumo	Análisis funcional de la conducta	Hoja de registro del consumo, folleto 2 «Identificación mis situaciones relacionadas con fumar»
Sesión 3	Realizar un plan de acción para las principales situaciones de consumo	Modelo de prevención de recaídas, y ensayos conductuales	Hoja de registro del consumo, folleto 3 «Mi plan de acción para dejar de fumar»
Sesión 4	Revisión de la efectividad de los planes de acción y cambios en el patrón de consumo	Retroalimentación, ensayos conductuales e instrucción verbal	Hoja de registro del consumo, formato de revisión de la intervención y cuestionario breve de confianza situacional
Seguimiento o meses	Conocer el patrón de consumo después de seis meses de que se aplicó la intervención	Entrevista	Entrevista de seguimiento y hoja de registro del consumo

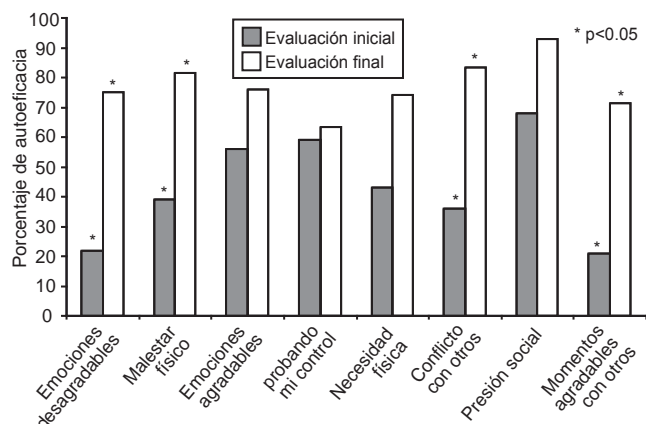


Figura 2. Nivel de auto eficacia reportada por todos los participantes (N= 10) antes y después de la aplicación de la intervención breve.

gunda aplicación respecto de la primera, en las siguientes situaciones: emociones desagradables ($Z= 2.203$, $p<0.05$), el malestar físico ($Z= 2.492$, $p<0.05$), conflicto con otros ($Z= 2.556$, $p<0.05$) y los momentos agradables con otros ($Z= 2.670$, $p<0.05$).

DISCUSIÓN

A partir de la aplicación del programa de intervención breve motivacional para fumadores, se observaron efectos específicos en el patrón de consumo y en el incremento en el nivel de autoeficacia para controlar el consumo en situaciones de riesgo. Los resultados obtenidos en esta investigación concuerdan con los datos obtenidos en la aplicación de intervenciones breves en otros países,^{18,29} pero específicamente con los obtenidos en México con bebedores problema,³⁰ usuarios de cocaína³¹ y adolescentes que se inician en el consumo de drogas.³²

El programa de intervención breve motivacional enfatiza el fortalecimiento de la autoeficacia¹⁹ y el modelo de prevención de recaídas que mantiene el cambio de la conducta de consumo del usuario durante y después de la intervención. Ante todo, el usuario aprende a conceptualizar la recaída como parte de un proceso de cambio y no como un fracaso o un comportamiento adictivo que nunca podrá cambiar.^{21,24,33}

Carroll³⁴ señala que un principio esencial de los programas cognitivo-conductuales para comportamientos adictivos es la individualización de las metas del tratamiento, las cuales deben reflejar el proceso colaborativo entre el usuario y el terapeuta, lo que permite que el usuario se mantenga en el programa y lo motive a realizar y mantener un cambio en el comportamiento adictivo.

La intervención breve para fumadores en este estudio no sólo tuvo efectos relevantes en usuarios con dependencia baja, sino también en usuarios con dependencia grave a la

nicotina (de acuerdo con el Cuestionario de Fagerström de dependencia a la nicotina), ya que, aun cuando no dejaron de fumar completamente, sí disminuyó su patrón de consumo y se incrementó el número de días de abstinencia. Lo anterior es congruente con los supuestos de la reducción del daño,³⁵ la cual se ha considerado como una alternativa para disminuir el daño real y potencial asociado con el uso de la droga, más que intentar detenerlo. Este trabajo muestra los alcances del programa. Es sólo una parte de una propuesta de trabajo más ambiciosa en que se exploran de manera empírica diversos factores y técnicas para dejar de fumar.

Por otro lado, es importante realizar seguimientos que muestren a largo plazo el mantenimiento de la conducta a los 12 o más meses después del tratamiento y emplear marcadores biológicos (monóxido de carbono en el aire expirado, niveles de cotinina en orina o plasma) no sólo para incrementar la motivación respecto a su consumo inicial y durante y después de la intervención para iniciar y mantener el cambio de la conducta adictiva, sino para verificar el patrón de consumo reportado por los usuarios.³⁶

Por todo lo anterior, el tratamiento para fumadores es una alternativa efectiva para su adopción en instituciones de salud y debe formar parte de las políticas preventivas para el tratamiento de fumadores en el país, ya que tiene un impacto específico en el patrón de consumo de cigarrillos y en esa medida en los daños orgánicos asociados a su consumo.

REFERENCIAS

1. USDHHS. The Health Consequences of Smoking. Report of the surgeon general. Atlanta, GA: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Consultado en <http://www.surgeongeneral.gov/library> el 20 de julio del 2004.
2. Tapia-Conyer R, Kuri MP, Cravioto QP, Galván F et al. Tabaco. En: Encuesta Nacional de Adicciones. Consejo Nacional Contra las Adicciones. México: CONADIC, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), Dirección General de Epidemiología (DGE), Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI); 2002.
3. Valdés R, Hernández M, Sepúlveda J. El consumo de tabaco en la región americana: Elementos para un programa de acción. *Salud Pública Mex* 2002;44:s125-s135.
4. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG et al. Treating tobacco use and dependence. Rockville, MD. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2000.
5. Shiffman S, Manson KM, Henningfield JE. Tobacco dependence treatments: Review and prospectus. *Annu Rev Public Health* 1998;19:335-358.
6. David S, Lancaster T, Stead LF. Antagonistas opiáceos para dejar de fumar. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 3. Consultado en <http://www.msc.es> el 10 de octubre de 2005.
7. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepresivos para el abandono del hábito de fumar. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 3. Consultado en <http://www.msc.es> el 10 de octubre de 2005.
8. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Ansiolíticos para dejar de fumar. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 3, Consultado en <http://www.msc.es> el 10 de octubre de 2005.
9. Killen J, Fortmann S, Newman B, Varady A. Evaluation of a treatment approach combining nicotine gum with self-guided behavioral treatments for smoking relapse prevention. *J Consult Clin Psychol* 1990;58:85-92.

10. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Terapia de reemplazo de nicotina para el abandono del hábito de fumar. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 3, consultado en <http://www.msc.es> el 10 de octubre de 2005.
11. Becoña IE. La técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán: una revisión. *Rev Esp Drogodependencias* 1992;17:75-92.
12. Becoña IE. Eficacia del tratamiento psicológico en el tabaquismo. *Rev Thomson Psicología* 2004;1:19-34.
13. Riggs R, Hughes J, Pillitteri J. Two behavioral treatments for smoking reduction: a pilot study. *Nicotine & Tobacco Research* 2001;3:71-76.
14. Lancaster T, Stead LF. Asesoramiento conductual individual para el abandono del hábito de fumar. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 3, consultado en <http://www.msc.es> el 10 de octubre de 2005.
15. Becoña IE. Eficacia del tratamiento psicológico en el tabaquismo. *Rev Thomson Psicología* 2004;1:19-34.
16. Dodgen EC. Nicotine dependence. Understanding and applying the most effective treatment interventions. Washington, D.C.: American Psychological Association; 2005.
17. CONADIC. Benchmarking: Mejores prácticas en la prestación de servicios para dejar de fumar. México: Secretaría de Salud; 2003.
18. Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review. *Addiction* 2001;96:1725-1742.
19. Abrams DB, Niaura RS. Social Learning Theory. En: Blane HT, Leonard KE (eds). *Psychological theories of drinking and alcohol*. New York: John Wiley & Sons; 1987.
20. Bandura A. Social foundations of thought and action. a social cognitive theory. New Jersey: Prentice Hall; 1986.
21. Heather N. Brief intervention strategies. En: Hester R, Miller W (eds). *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. Boston: Allyn and Bacon; 1989.
22. Fuentes-Pila JM, Calatayud P, López E, Castañeda B. La entrevista motivacional: llave del proceso de cambio en la dependencia nicotín- tabáquica. *Trastornos Adictivos* 2005;7:153-165.
23. Miller RW. Enhancing motivation for change in substance abuse treatment. Rockville: Department of Health and Human Services; 1999.
24. Marlatt G, Gordon JR. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press; 1985.
25. Hester R, Miller RW. Self-Control Training. En: Hester R, Miller W (eds). *Handbook of alcoholism treatment approaches. effective alternatives*. Boston: Allyn and Bacon; 1989.
26. Ayala VH, Cárdenas LG, Echeverría L, Gutiérrez LM. Manual de auto ayuda para personas con problemas en su forma de beber. UNAM. México: Porrúa; 1998.
27. Heartherton T, Kozlowski L, Frecker R, Fagerström K. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A Revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addictions* 1991; 86:1119-1127.
28. Sobell L, Brown J, Leo GI, Sobell MB. Reliability of the alcohol timeline followback when administered by telephone and by computer. *Drug Alcohol Depend* 1996;42:49-54.
29. Annis H, Sobell L, Ayala H, Rybakowski J, Sandahl C et al. Drinking-Related Assessment Instruments: Cross Cultural Studies. *Subst Use Misuse* 1996;11-12:1525-1546.
30. Ayala VH, Echeverría SL, Sobell M, Sobell L. Una Alternativa de Intervención Breve y Temprana para Bebedores Problema en México. *Acta Comportamental* 1998;1:71- 93.
31. Oropeza TR. Desarrollo y Evaluación de un Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína. Tesis de Doctorado. México: UNAM; 2003.
32. Martínez MK. Desarrollo y Evaluación de un Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas. Tesis de Doctorado. México: UNAM; 2003.
33. Marlatt A, Paks G. Self- Management of Addictive Behaviors. En: Karoly P, Kanfer F (eds). *Self- Management and Behavior Change from Therapy to Practice*. New York: Pergamon; 1982.
34. Carroll MK. Behavioral and cognitive behavioral treatments. En: McCrady SB, Epstein EE (eds). *Addictions. A comprehensive guidebook*. New York: Oxford University Press; 1999.
35. Hatsukami D, Henningfield J, Kotlyar M. Harm reduction approaches to reducing tobacco-related mortality. *Annu Rev Public Health* 2004;25:377-395.
36. SRNT. Biochemical Verification of tobacco use and cessation. Consultado en <http://www.srnt.org> el 12 de enero, 2004.