
Los procedimientos de autoayuda para dejar de fumar

M^a DEL CARMEN MÍGUEZ

Universidad de Santiago de Compostela

Enviar correspondencia a: M^a del Carmen Míguez Varela. Universidad de Santiago de Compostela. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Campus Universitario Sur. 15782 Santiago de Compostela. E-mail: pcmcm@usc.es

RESUMEN

Las intervenciones clínicas para dejar de fumar resultan insuficientes para tratar la elevada prevalencia de tabaquismo que tenemos en España y que representa un importante problema de salud pública. Además, la mayoría de los fumadores prefieren dejar de fumar por sí mismos. Por ello, es importante que se lleven a cabo procedimientos que permitan abarcar el mayor número de sujetos posible y que, al mismo tiempo, acerquen el tratamiento a los fumadores. Un recurso útil para este fin son los procedimientos de autoayuda.

En este trabajo se exponen las modalidades de intervención para dejar de fumar más utilizadas desde el marco de la autoayuda y su nivel de eficacia. Se comienza por los manuales de autoayuda, siguiendo con las intervenciones por correo y las intervenciones con apoyo telefónico, en sus modalidades reactiva y proactiva. Se concluye que de los procedimientos expuestos el más utilizado es el manual de autoayuda y el que mejores resultados obtiene, y que más se asemeja a las intervenciones clínicas, es la intervención por correo con apoyo telefónico de un terapeuta (modalidad proactiva).

Palabras clave: *dejar de fumar, tratamiento de autoayuda, manual, correo, teléfono.*

ABSTRACT

Taking into account the high prevalence of smokers that we have in Spain and that represents an important public health problem, it is evident that it would not be possible to do clinical programs for all them. Furthermore, most of the smokers prefer smoking cessation by themselves. Because of this, it is important that procedures are put in place that permit the treatment of a large number of subjects and makes treatment more approachable to smokers. A useful resource for this purpose is the self-help procedures.

This study will consider the most commonly used self-help interventions for smoking cessation and evaluate the effectiveness of these. This begins with self-help manuals, and continuing with interventions by mail and those with telephone support, in both reactive and proactive formats. The study concludes that of the procedures analysed, the most commonly used is the self-help manual and the intervention by mail combined with telephone support by a counsellor (proactive) proves to obtain the best results as well as being the most similar to clinical procedures.

Key words: *smoking cessation, self-help intervention, manual, mail, telephone.*

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo constituye el principal problema de salud pública evitable en los países desarrollados. Su prevalencia, aunque ha descendido ligeramente en

los últimos años, todavía sigue siendo demasiado elevada, y afecta, en nuestro país, al 34.4% de la población mayor de 15 años (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003). Por ello, es necesario poner en marcha distintos procedimientos de ayuda a los fuma-

dores, que permitan abarcar la totalidad de la población, pues las intervenciones clínicas resultan insuficientes para hacer frente a un problema de tal magnitud (Niaura y Abrams, 2002). Los procedimientos de autoayuda constituyen una estrategia útil para alcanzar dicho fin.

El término *autoayuda* significa "acto de ayudarse a uno mismo". Muchos de los materiales así denominados, en auge en los últimos años, pretenden dar una serie de pautas y consejos que ayuden al lector a superar un problema, enfermedad o adicción, e incluso mejorar aspectos de su vida de índole muy diversa. Abarcan temas y propósitos muy variados. A nivel popular, destacan los dirigidos al desarrollo personal y sobre cómo afrontar los problemas del día a día. Los títulos pueden ser llamativos, pero no siempre se puede decir lo mismo de su contenido, siendo cuestionable que puedan ayudar al lector a alcanzar lo que ofrecen, pues no se trata de intervenciones de probada eficacia. Aquí nos referiremos a las intervenciones de autoayuda para dejar de fumar que hayan sido validadas científicamente.

La conducta de fumar ha sido una de las que más atención ha recibido en cuanto a su tratamiento mediante procedimientos de autoayuda, quizás por lo fácil que resulta operativizarla. Estos procedimientos surgen en los años 60-70 como alternativa a los tratamientos clínicos, pues no todos los fumadores pueden o desean asistir a tales tratamientos (Curry 2001), y otros (p. ej., aquellos que fuman cinco o menos cigarrillos diarios) no requieren intervenciones intensivas para modificar su conducta (Jeffery, Danaher, Killen, Farquhar y Kinnier, 1982).

Entre los procedimientos de autoayuda para dejar de fumar más utilizados se encuentran los folletos, los manuales, emisiones a través de los medios de comunicación, fundamentalmente la televisión, intervenciones por correo, intervenciones telefónicas, y, en los últimos años, se ha incorporado el tratamiento a través de Internet. De todos ellos, el más utilizado ha sido, y sigue siendo, el manual de autoayuda.

Estos procedimientos se han considerado como un puente entre las aproximaciones clínicas y de salud pública para dejar de fumar (Curry, 1993, 2001). Mientras que lo habitual de la aproximación clínica es proporcionar intervenciones intensivas para los fumadores que buscan ayuda, en una aproximación de autoayuda se pueden adoptar diferentes modalidades, desde intentos sin ningún tipo de ayuda, a procedimientos para dejar de fumar más elaborados y con algún tipo de contacto, pero autoadministrados (Lichtenstein y Cohen, 1990).

Además del término *autoayuda*, se han utilizado otras acepciones para denominar a estos procedimientos. Las más habituales son: programas autoinstruccionales, de autocuidado, autoaplicados, de autotratamiento, intervenciones mínimas o programas autoadministrados.

En algún caso se han hecho pequeñas matizaciones entre las distintas acepciones, pues la cantidad de contacto terapéutico varía enormemente de unos estudios a otros. Así, Glasgow y Rosen (1979) consideran importante distinguir entre varios niveles de implicación terapéutica, y entienden que el término *autoadministrado* se utiliza cuando un programa escrito constituye la única base para el tratamiento. Newman, Erickson, Przeworski y Dzus (2003) distinguen entre las siguientes categorías: a) terapia autoadministrada (contacto terapéutico, a lo sumo, para la evaluación), b) autoayuda (el contacto terapéutico que se establezca desde la evaluación es para revisiones periódicas, enseñar al cliente como usar los materiales de autoayuda o para explicar la fundamentación de la intervención) y, c) terapia de contacto mínimo (implicación activa de un terapeuta, aunque en menor grado que en una terapia tradicional).

En la revisión que hace la Cochrane sobre el tema (Lancaster y Stead, 2003), se define a las intervenciones de autoayuda como "programas estructurados para fumadores, sin un contacto intensivo con un terapeuta". Es obvio que dependiendo de la definición que se utilice, se considerarán de autoayuda

diferentes tipos de intervenciones. Aquí se va a seguir la definición dada por Schwartz (1987), que también han utilizado otros autores (p.ej., Glynn, Boyd y Gruman, 1990a), entendiendo por *intervención de autoayuda* los esfuerzos que uno hace para dejar de fumar sin la ayuda continuada de profesionales de la salud u organizaciones y abarcando: a) el idear uno mismo la forma de dejar de fumar; b) recibir instrucciones breves o consejo de cómo dejar de fumar y, a continuación, llevarlo a cabo; o, c) utilizar una ayuda o una guía de autoayuda, como, por ejemplo, un manual.

Independientemente de la modalidad que se adopte, las intervenciones de autoayuda suponen significativamente menos tiempo profesional y recursos que los implicados en tratamientos convencionales cara a cara. Hay que tener en cuenta que los materiales no son caros y pueden distribuirse con facilidad, ahorrando, además, tiempo en dedicación a los participantes. De hecho, un criterio básico para el desarrollo de materiales de autoayuda recae en la relación coste-eficacia de éstos (ej., Altman, Flora, Fortman y Farqhar, 1987), más adecuada que en los programas formales. Por otro lado, dada su naturaleza y modo de presentación (manuales, folletos...), tienen el potencial de ayudar a una población muy extensa, lo cual implica un gran impacto a nivel de salud pública.

A continuación, se revisan las modalidades de intervención de autoayuda para el tratamiento de los fumadores, más destacables.

LOS MANUALES DE AUTOAYUDA

En el campo del tabaquismo, los programas de autoayuda han utilizado, fundamentalmente, manuales o guías para dejar de fumar. Los manuales de autoayuda se encuadran dentro de la orientación terapéutica denominada *biblioterapia*. Marrs (1995) la ha definido como "el uso de materiales escritos, programas informáticos, escuchar casetes o ver vídeos para ganar comprensión

o resolver problemas importantes para el desarrollo de una persona o por necesidades terapéuticas" (p. 846). No estamos hablando de manuales que escribe un exfumador contando su experiencia, sino de un tratamiento que ha demostrado empíricamente su eficacia. Los requisitos de validación que debe cumplir un manual, recomendados por Glasgow y Rosen (1979), son: 1) basarse en procedimientos que hayan demostrado su efectividad en investigaciones anteriores (p.ej., intervenciones clínicas); 2) los autores del manual deben haber trabajado de forma sistemática en el área de interés y haber desarrollado un programa efectivo dirigido por un terapeuta; y, 3) el manual debe evaluarse en sí mismo.

La mayoría de los manuales desarrollados (p.ej., American Lung Association, 1984; 1986; Becoña, 1993; Danaher y Lichtenstein, 1978), han convertido programas clínicos, de efectividad probada, en programas con formato autoadministrado. Se presentan de muchas formas y con distintos objetivos. Algunos son manuales extensos que proporcionan indicaciones paso a paso para el logro de la abstinencia (p.ej., American Lung Association, 1984), y para la prevención de la recaída (p.ej., American Lung Association, 1986), de distribución gratuita a través de organismos, editoriales o medios de comunicación (en formato de programas de televisión).

Durante la década de los 70 sólo se publicaron y evaluaron dos manuales que, en la actualidad, se consideran los más emblemáticos, junto con los de la Asociación Americana del Pulmón. El manual de Pomerleau y Pomerleau (1977), *Break the smoking habit: A behavioral program for giving up cigarettes* (traducido en 1981 con el título "Cómo dejar de fumar"), basado en un programa administrado por terapeutas en el *Center for Behavioral Medicine* en la Universidad de Pennsylvania (Pomerleau, Adkins y Pertschuck, 1978). Y, *Become an ex-smoker* ("Conviértete en un exfumador"), desarrollado por Danaher y Lichtenstein (1978), basándose en su experiencia en el

Oregon Control Project de la Universidad de Oregon.

Antes de los años 80 se conocían en la literatura alrededor de 15 estudios con distintos manuales para dejar de fumar. La mayoría utilizaban programas multicomponentes que fueron evaluados bajo las siguientes condiciones (Glasgow y Rosen, 1978): autoadministrados (sin contacto terapéutico alguno), con contacto mínimo (algún contacto terapéutico, por teléfono o por carta) y administrados por el terapeuta (con reuniones periódicas donde se clarifican aspectos del manual). Dentro de un enfoque comunitario se utilizan las dos primeras condiciones.

A partir de los años 80 se empiezan a generalizar los estudios con manuales, mejorándose no sólo los resultados obtenidos, sino también su rigor metodológico. Las ventajas que parecían tener estos programas, como su bajo coste, comodidad y posibilidad de alcanzar a grandes sectores de la población, además de su potencial apoyo en las sesiones formales en marcos clínicos, favorecieron que las investigaciones sobre material escrito de autoayuda para dejar de fumar tuvieran un gran desarrollo a partir de esos años.

La mayoría de los manuales evaluados son de base conductual y utilizan tratamientos multicomponentes, quizás por los desalentadores efectos a largo plazo de técnicas aplicadas aisladamente y por el interés que suscitan por los paquetes de tratamiento en terapia de conducta. Cualesquiera que sean las razones, el mayor interés de clínicos e investigadores se centra en identificar una combinación de técnicas, lo más simple posible, para lograr la mayor efectividad, pues algunos tratamientos contienen técnicas tan diversas que pueden llevar a que los participantes se encuentren saturados o sean incapaces de seguir todas las actividades recomendadas. De hecho, un grupo asesor de expertos, reunido por el National Cancer Institute, concluyó que mientras una diversidad de manuales aumentaban las tasas de abstinencia, se daba una pérdida general

de superioridad de un manual en particular sobre otros (Glynn, Boyd y Gruman, 1990b). Por lo tanto, el grupo aconsejó utilizar los materiales con tasas de éxito demostradas, en lugar de desarrollar nuevos programas.

Diversos expertos han indicado que los manuales para dejar de fumar deberían adaptarse a las características sociodemográficas, culturales y relacionadas con el hábito de fumar de los fumadores (p. ej., Strecher, Rimer y Monaco, 1989; Glynn et al., 1990). Se ha pensado que, si los manuales de autoayuda se adaptan a diferentes poblaciones, darían lugar a tasas de abstinencia más altas que los manuales generales. Con esta idea, se han desarrollado manuales para fumadores en los diferentes estadios de preparación para el abandono (p.ej. Prochaska, DiClemente, Velicer y Rossi, 1993), teniendo en cuenta el sexo, edad (p.ej. Rimer, Orleans, Fleisher et al., 1994), período de gestación (p.ej. Windsor, Lowe, Perkins et al., 1993) y nivel de lectura, en casos de bajo nivel educativo.

Existen una serie de ventajas potenciales de los tratamientos de autoayuda con manual (Curry, 1993; Curry, Ludman y McClure, 2003): 1) pueden ser aplicados por personal no especializado; 2) pueden ser distribuidos a bajo coste en una variedad de contextos; 3) se pueden elaborar para diferentes poblaciones (p.ej., basándose en el estadio de cambio o en características demográficas específicas de los fumadores); 4) los fumadores pueden adaptar el programa a sus necesidades específicas (p.ej., el orden en que se realicen los ejercicios recomendados o variar la longitud de tiempo para completar el programa, pueden seguirlo a su ritmo y terminarlo más tarde); 5) ante la posibilidad de guardar los materiales escritos, los fumadores que fracasan en su intento de abandono pueden repetir con facilidad el programa (Glynn et al., 1990a) y, en caso de haber conseguido la abstinencia y experimentar momentos de tentación o deslices, se pueden reutilizar para trabajar la motivación y reafirmarse en la decisión de seguir abstinentes. Por consiguiente, otra

ventaja de este procedimiento es que permite un mayor mantenimiento de los efectos del tratamiento (Glasgow, Schafer y O'Neill, 1981), lo cual resulta de vital importancia dado que la recaída es el principal problema de todas las conductas adictivas, incluyendo la de fumar.

Si enfocamos el cambio de la conducta de fumar, tomando como referencia los estadios de cambio (Prochaska y Prochaska, 1993), las intervenciones de autoayuda que utilicen un manual pueden contribuir a que los fumadores avancen en el estadio de cambio en el que se encuentran. De este modo, puede conseguirse que los sujetos que no se han concienciado de su problema lo hagan, y los que quieren dejar de fumar, lo logren. Ello desempeña un papel importante, especialmente entre fumadores de alto riesgo, que son los que menos acuden a tratamiento.

Varias investigaciones ponen de relieve cómo los manuales de autoayuda también son de gran utilidad en los tratamientos clínicos (Cummings, Emont, Jaen y Sciandra, 1988; Curry, Marlatt, Gordon y Baer, 1988; Davis, Faust y Ordentlich, 1984; Glasgow, Shafer y O'Neill, 1981). En un marco clínico representan un recurso que puede complementar las intervenciones, más allá de los límites de las sesiones, creando una especie de puente con las actividades de la vida diaria del cliente.

No obstante, al igual que el resto de procedimientos de intervención, también tienen sus limitaciones o inconvenientes. Su sencillez y el que sean fácilmente aplicables resulta ser, en ocasiones, un problema, al dejar la implantación del programa al arbitrio del fumador, el cual debe decidir sobre diversas cuestiones que surgen a lo largo del proceso de dejar de fumar. Implican mayor responsabilidad personal y, por tanto, se corre el riesgo de que el sujeto no aplique el programa correctamente (Brown y Owen, 1992). Otra problemática que se achaca a los procedimientos de autoayuda, editados en forma de manuales, es el no tener en cuenta las particularidades de la conducta de fumar de cada persona (p.ej., tasa de cigarrillos

diaria), ni permitir una adaptación del procedimiento al progreso individual.

Para subsanar estos problemas, se ha sugerido que en vez de intentar desarrollar el manual perfecto, resultaría más efectivo centrarse en las formas de maximizar el uso de estos materiales para incrementar su efectividad. Para ello, se ha intentado, en unos casos, adaptar los materiales teniendo en cuenta diferentes variables de la población a la que van dirigidos y, en otros, se han utilizado intervenciones complementarias a los manuales, tales como intervenciones telefónicas.

INTERVENCIONES DE AUTOAYUDA POR CORREO

Una gran parte de los fumadores no pueden o no desean asistir a programas formales de tratamiento para dejar de fumar. Esto ha llevado a que se investiguen vías alternativas de ayuda a los fumadores. Una de estas alternativas es hacer llegar el tratamiento hasta el domicilio de los interesados a través del correo. Las intervenciones utilizadas son similares a las basadas en la clínica, si bien suelen carecer de contacto personal y consejos individualizados. Estos procedimientos suelen acarrear claras ventajas para el fumador, como el evitarle desplazamientos para acudir a un tratamiento formal, o el tener que someterse a un horario. También son menos costosos en cuanto a profesionales y tiempo de participación. Por estas razones, se han propuesto como potencialmente atractivos para una amplia población que no utilizaría servicios clínicos en una comunidad (Jeffery, Danaher, Killen, Kinnier y Farquhar, 1982).

El primer estudio que mostró evidencia de que era posible dejar de fumar, mediante la recepción de materiales a través del correo, fue el desarrollado por Brengelmann (1975). La muestra la formaban 249 fumadores procedentes de Alemania, Austria y Suiza. Los materiales de tratamiento se enviaron por correo semanalmente, durante un período

de 12 semanas, a todos aquellos que se ofrecieron voluntarios para dejar de fumar. Éstos, a su vez, tenían que responder a los envíos. Además, se puso a disposición de los sujetos un número de teléfono al que podían llamar, para solicitar consejos en torno a problemas surgidos en relación con la terapia. A lo largo del tratamiento, el 60% de los sujetos dejaron de fumar. Quince meses después de finalizado el tratamiento se realizó un seguimiento, basado en el autoinforme del 47% de los sujetos (Brenngelmann y Sedlmayr, 1977). De éstos, un 45% informó que seguía sin fumar. Si los datos se hubiesen calculado sobre la muestra original, esto implicaría un 21% de abstinencia autoinformada. La importancia de este estudio radica en el hecho de que, a pesar de las limitaciones que pueda presentar, demostró en su día que una terapia a distancia era perfectamente factible y con posibilidades de éxito.

A partir de los años 80, es cuando empiezan a generalizarse las investigaciones con materiales de autoayuda. Sin embargo, pocos estudios utilizan ensayos controlados aleatorizados y realizan, al menos, seguimientos de seis meses. Davis, Faust y Ordentlich (1984) llevaron a cabo una investigación en la que se evaluaba un manual de abandono del tabaco y otro de mantenimiento, desarrollados ambos por la Asociación Americana del Pulmón. La muestra, formada por 1.237 fumadores de la población general, se asignó al azar a uno de los cuatro grupos experimentales siguientes: 1) ocho folletos (2 dirigidos al abandono del tabaco y 6 informativos, sobre temas relacionados con el mismo); 2) los ocho folletos anteriores y el manual de mantenimiento titulado *Una vida libre de tabaco*; 3) el manual de abandono *Libre del tabaco en 20 días*; y, 4) el manual de abandono y el manual de mantenimiento anteriores. Se realizaron seguimientos, por teléfono y por correo, a los 1, 3, 6, 9 y 12 meses después de haber enviado los materiales. Los participantes no localizados se consideraron fumadores. Los resultados al final del tratamiento fueron del 16% en el grupo de

los folletos, 25% en el grupo de folletos y manual de mantenimiento y 20% en el grupo de manual de abandono y de manual de mantenimiento, respectivamente. La eficacia a los seis meses fue de 8% para el primer grupo, 10% para el segundo y tercero y 13% para el cuarto. La eficacia a los 12 meses fue del 12% en el grupo con los folletos, del 18% en el grupo de folletos y manual de mantenimiento, del 15% en el grupo con manual de abandono y del 18% en el grupo con los dos manuales. En cuanto a las tasas de abstinencia continua a los 12 meses, fueron del 2%, 4%, 3% y 5%, respectivamente. Los grupos con mejor y peor coste-efectividad fueron los que incluyeron el manual de mantenimiento y el que utilizó folletos, respectivamente. El grupo de folletos sin manual mostró la menor eficacia en todos los seguimientos. Destaca que en todos los grupos se observaron porcentajes de prevalencia de abstinencia crecientes, lo que sugiere que los intentos de abandono exitosos se incrementaron con el tiempo. Además, este estudio muestra como un componente de mantenimiento, añadido a unos sencillos folletos de autoayuda, produce porcentajes más altos de abstinencia que los folletos o el manual de abandono solo.

Habitualmente las intervenciones para dejar de fumar por correo se dirigen a fumadores que solicitaron ayuda, los cuales pueden no ser representativos de la población total de fumadores. Por ello, un avance desde la perspectiva de la salud pública es llegar a aquellos fumadores que no se presentan por sí mismos para el tratamiento, los denominados "no voluntarios". Un ejemplo de esta iniciativa es el estudio de Lando, Pirie, McGovern et al. (1991), que evaluaron el uso de materiales de autoayuda en población general de la ciudad de Minnesota. Utilizaron dos manuales: *Déjalo por tu bien* (National Cancer Institute, 1985) y *Déjalo y gana* (Pechacek, Arkin y Hall, 1984). Los sujetos de este estudio eran aquellos que fueron identificados como fumadores cuando participaron en un cribaje de factores de riesgo cardiovascular a nivel comunitario. La

muestra la formaban 570 fumadores que aceptaron participar en el programa. Se asignaron al azar a una de las tres condiciones experimentales siguientes: 1) manual *Dejalo por tu bien*; 2) manual *Déjalo y gana*; y 3) grupo control de lista de espera.

Se planteó que el programa *Déjalo y gana*, por ser más estructurado y considerablemente más extenso, conllevaría mayor número de intentos de abstinencia que el material del *National Cancer Institute* y que el grupo control. El seguimiento se hizo por teléfono siete meses después de la entrega de los manuales. Los resultados no se validaron bioquímicamente. En contra de las expectativas, a los 7 meses de seguimiento no hubo diferencias significativas entre los grupos, incluso con el grupo control que no recibió materiales, siendo en éste un 10.8% la abstinencia conseguida, el 8.9% en el grupo con el manual *Déjalo y gana* y el 10.2% en el grupo con el manual *Déjalo por tu bien*. Si se considera fumadores a los que no contestaron, se obtiene una tasa de abstinencia de 10% en el grupo control, 10% con el manual *Déjalo por tu bien* y 8.5% con el manual *Déjalo y gana*. Hay que tener en cuenta que, en este estudio, casi la mitad de los sujetos dejaron de fumar antes de que les llegase por correo el manual y después de la entrevista por teléfono, preguntándoles si querían participar en el programa. En este caso, la llamada pudo haber supuesto un importante estímulo para el abandono del tabaco.

En España, Becoña y Vázquez (2001a) evaluaron la eficacia de una intervención de autoayuda para dejar de fumar administrada a través del correo de dos formas: en envío único (manual de autoayuda) y en varios envíos (6 folletos enviados semanalmente). La muestra estaba formada por 724 fumadores, asignados al azar a las siguientes condiciones: 1) manual ; 2) folletos; y 3) grupo control de lista de espera. El estatus de fumador se evaluó, a través de carta o teléfono, al final del tratamiento y a los tres, seis y doce meses de seguimiento. A los 12 meses se verificaron bioquímicamente los autoinformes de abstinencia con la medida

de monóxido de carbono en aire espirado. Al final del tratamiento, la abstinencia fue del 35.3% para la intervención de envío único, 36.9% para la condición semanal y 0.8% para el grupo control. A los tres meses, los resultados fueron del 22.8%, 31.5% y 2.5% y, a los seis meses, la abstinencia fue de 24.1%, 25.3% y 2.5%, respectivamente. A los doce meses de seguimiento, 23.2% estaban abstinentes en la intervención de envío único y 26.6% en la semanal. La intervención semanal obtuvo mejores resultados que el envío del manual en todos los momentos temporales, aunque las diferencias sólo fueron estadísticamente significativas a los tres meses de seguimiento. Por tanto, en este estudio, las dos aproximaciones de correo resultaron ser igualmente beneficiosas y equivalentes.

Cuando no se han obtenido los resultados esperados con estas intervenciones, se ha atribuido a diferentes factores, entre ellos a una de las principales críticas que se les achacan, esto es, a su impersonalización, pues, habitualmente, se utilizan manuales estándar. A fin de mejorar sus resultados, se ha tratado de adaptar el tratamiento a las características del fumador y a sus progresos, personalizando, en cierta medida, las instrucciones dadas a éste. Se trata, en definitiva, de proporcionar alguna de las ventajas de las intervenciones clínicas.

En relación con lo anterior, Owen, Ewins y Lee (1989) realizaron una comparación de dos formatos de una intervención por correo para dejar de fumar, estándar y personalizada. Se evaluaron los efectos del tratamiento por correo, diseñado para proporcionar cantidades de información pequeñas y manejables, y el impacto de ajustar la intervención. La muestra que utilizaron estaba formada por 208 fumadores que se asignaron a tres condiciones: 1) condición control *quit kit* (programa para dejar de fumar en cinco días); 2) curso por correo estándar; y, 3) curso por correo personalizado. El curso estándar se componía de cuatro lecciones enviadas semanalmente. La técnica de tratamiento recomendada era reducir a la mitad el consumo diario de cigarrillos durante los tres días anteriores al mo-

mento elegido para el abandono del tabaco. El curso personalizado utilizó el mismo contenido, secuencia de lecciones y programa de envíos que el curso estándar. A mayores, se insertaban párrafos dentro del texto de cada lección del curso estándar, en función de la información recogida en el formulario de registro. Se planteó que el curso personalizado provocaría un mayor impacto en la conducta de fumar que el estándar. Cinco días después de que la última lección fuera enviada, se entrevistaba por teléfono a los participantes y a los sujetos control. Antes de la intervención, se tomaron muestras de saliva de 31 sujetos, seleccionados aleatoriamente, para un análisis del tiocianato. Después del curso, 25 de ellos repitieron la evaluación.

Se contactó con los participantes por teléfono, 3 y 9 meses después de concluido el tratamiento. En el seguimiento del noveno mes se evaluó la presencia de cotinina en orina. En cuanto a la abstinencia, el porcentaje obtenido en el curso personalizado fue más alto al final del tratamiento (94% vs. 58%). Sin embargo, no había diferencias estadísticamente significativas entre los grupos a los tres meses (76% vs. 58%) ó 9 meses de seguimiento (41% vs. 54%). Si se consideran a todos los no localizados como fumadores, el porcentaje de abstinencia al final del tratamiento para el grupo control es del 2.5%, para el curso estándar 19% y para el curso personalizado 22%. Por lo que respecta a la abstinencia a los tres meses, ésta pasó a ser de 2.5%, 19% y 18%, respectivamente. A los nueve meses de seguimiento, fue del 7.5%, 18% y 10% para cada grupo. En este caso, la versión personalizada del curso, adaptada a las características de cada fumador, no resultó en un incremento de la efectividad. Owen et al. (1989) consideraron que quizás los elementos personalizados, tal y como habían sido implantados en el texto, pudieron no ser lo suficientemente distintivos. De ahí que sugieran que, futuras investigaciones, deberían usar un formato donde toda la información personalizada se presente en una carta que acompañe a las lecciones estándar. Esto po-

dría aumentar la distintividad del material personalizado y resultaría más fácil de elaborar.

En la línea de lo anterior, en España, Becoña y Vázquez (2001b) evaluaron los efectos de la utilización de feedback escrito personalizado en una intervención de autoayuda por correo. La muestra utilizada fue de 300 sujetos asignados aleatoriamente a tres condiciones: 1) tratamiento estándar (manual); 2) tratamiento estándar más feedback escrito personalizado; y 3) grupo control de lista de espera. Ambos tratamientos, estándar y personalizado, duraban seis semanas. El feedback escrito personalizado consistía en dos envíos, de una página de extensión, elaborados en función de las respuestas que los fumadores daban a las autoevaluaciones semanales. El primero de ellos fue enviado entre la tercera y cuarta semana de tratamiento y, el segundo, entre la quinta y sexta. El grupo control no recibió tratamiento hasta seis meses después de finalizar el tratamiento los dos grupos experimentales.

Al final del tratamiento y en el seguimiento del tercer mes, se entrevistó a los participantes por teléfono o correo. A los seis y doce meses de seguimiento se verificaron bioquímicamente, a través de monóxido de carbono en aire espirado, los autoinformes de abstinencia. La eficacia del tratamiento por correo estándar fue del 37% al final del tratamiento, 22% a los tres meses de seguimiento, 19% a los seis meses y 13% a los doce meses. El grupo que recibió feedback escrito personalizado obtuvo una eficacia del 51% al final del tratamiento, 37% a los tres meses de seguimiento, 32% a los seis meses y 27% a los doce meses. Ambas intervenciones obtuvieron un porcentaje de éxito importante. Además, el feedback escrito personalizado incrementó el porcentaje de abstinencia en todos los momentos temporales. Los autores estiman que el método de aplicación del feedback individualizado que utilizaron, dentro de la intervención de autoayuda, resultó ser un aspecto clave. En este caso, se llevó a cabo adaptando las recomendaciones de Miltenberger (1997), para proporcionar feedback en el contexto clínico.

INTERVENCIONES DE AUTOAYUDA POR CORREO CON APOYO TELEFÓNICO

El hecho de que la mayoría de los fumadores prefieran dejar de fumar por sí mismos (Fiore et al., 1990), o a través de un procedimiento que implique un contacto profesional mínimo, ha contribuido al desarrollo de procedimientos de autoayuda y a una mayor preocupación por cómo hacerlos más efectivos. Varios estudios muestran que la efectividad de los materiales de autoayuda puede ser incrementada proporcionando a los fumadores diferentes niveles de apoyo personal y/o feedback (p.ej., Glasgow, Shafer y O'Neill, 1981; Míguez, Vázquez y Becoña, 2002; Windsor, Lowe y Bartlett, 1988), pues la evidencia sobre la eficacia de las intervenciones de autoayuda estándar es limitada (Curry, 1993; 2001; Curry et al., 2003; Lancaster y Stead, 2003; Lando, Hellerstedt, Pirie, Fruetee y Huttner, 1991). Para este fin, se ha utilizado el apoyo telefónico. La mayoría de los estudios para dejar de fumar que utilizan apoyo telefónico, se han centrado en la cuestión de si una breve intervención telefónica puede incrementar los porcentajes de abstinencia. Estas intervenciones varían en función de quien inicie las llamadas: el terapeuta (*llamada proactiva*) o el cliente (*llamada reactiva*).

La *aproximación proactiva* consiste en que el fumador, en el proceso de abandono o cuando ya ha abandonado el tabaco, recibe una o más llamadas de un terapeuta o consejero entrenado. La principal finalidad de las llamadas es la de apoyar y ayudar a solventar las dificultades que puedan presentársele al fumador/ex-fumador (Orleans et al., 1991), promover mayores niveles de adherencia al tratamiento (Brown, Hunt y Owen, 1992) y, una vez finalizado el tratamiento, facilitar el mantenimiento de la abstinencia. Se utilizan también para reforzar los progresos y para motivar al fumador desmotivado, bajo el supuesto de que una vez que el sujeto se encuentre lo suficientemente motivado continuará el proceso de autocambio bajo su propia dirección. Lo habitual es que las

llamadas se utilicen como un complemento del material de autoayuda impreso, para incrementar la efectividad de dicho material. También, en algunos estudios, se han empleado no como una estrategia adicional, sino como un medio principal de aplicación del programa para dejar de fumar (p.ej., Orleans et al., 1991; Rimer et al., 1994).

En la *aproximación reactiva* es el fumador el que llama para solicitar información o asistencia. Por tanto, la característica esencial de una *línea de ayuda reactiva* es la disponibilidad de una línea telefónica para una población diana de fumadores (Lichtenstein et al., 1996). Se puede utilizar para ayudar a los sujetos a dejar de fumar o aclarar cualquier duda surgida a lo largo del tratamiento (p.ej., Decker y Evans, 1989), para prevenir la recaída (p.ej., Dubren, 1977; Ossip-Klein, Shapiro y Stiggins, 1984), para proporcionar información sobre posibilidades de tratamiento, la dirección de centros a los que se puede acudir, o como estrategia de reclutamiento (p.ej., Davis, Cummings, Rimer, Sciandra y Stone, 1992; Glasgow et al., 1993). El factor clave es que la población utilice estas líneas, de hecho, su problema fundamental es que sólo una muy pequeña proporción de fumadores hace uso de tales servicios.

Una ventaja atribuida a la utilización de intervenciones telefónicas es que permiten acceder a comunidades enteras, alcanzando, de este modo, a individuos residentes en zonas muy distantes. Además, posibilitan el contacto personal con el fumador sin necesidad de la interacción cara a cara, motivo alegado frecuentemente para no acudir a tratamientos formales. Desde el punto de vista del fumador, su principal atracción es su accesibilidad y comodidad. Además, el recibir apoyo en la privacidad del hogar, proporciona un acercamiento del tratamiento a individuos que normalmente no buscan ayuda para dejar de fumar.

La eficacia del consejo telefónico se ha demostrado a través de un amplio rango de población fumadora, que incluye desde pacientes hospitalizados (p.ej., Ockene et al., 1992), pertenecientes a seguros sanitarios

(p.ej., Orleans et al., 1991), fumadores a nivel de toda la comunidad (p.ej., Ossip-Klein et al., 1991; Zhu, Stretch, Balabanis et al., 1996), etc.

Estudios con llamadas proactivas

Algunos estudios llevados a cabo por correo sugerían que su efectividad variaba en función del número de contactos que se establecía con los fumadores. En el límite inferior (distribuyendo los manuales de autoayuda) se producían pocos cambios de conducta (Glasgow y Rosen, 1978), sin embargo, aproximaciones más intensivas, que implicaban múltiples contactos por correo y/u otras técnicas, como contactos periódicos telefónicos, originaban porcentajes de abstinencia comparables a esos obtenidos con programas basados en la clínica (Altman, Flora, Fortman y Farquhar, 1987; Pederson, Baldwin y Lefcoe, 1981). Así, pues, debían buscarse vías alternativas para proporcionar ayuda personalizada, de manera menos intensiva que el tratamiento cara a cara, y el consejo telefónico parecía ser una forma de conseguirlo. De hecho, es una de las ventajas que se atribuye a este procedimiento. (Velicer, Rossi, Ruggiero y Prochaska, 1994).

Lo habitual en estos estudios es que los fumadores reciban por correo materiales impresos, junto con las llamadas telefónicas para ayudar en el proceso de abandono del tabaco, que es el tipo de trabajos en los que nos vamos a centrar a continuación.

Orleans, Schoenbach, Wagner, et al. (1991) asignaron al azar a una muestra de 2.021 sujetos que solicitaron material de autoayuda para dejar de fumar, a cuatro condiciones experimentales. Uno de los grupos recibió dos manuales de autoayuda (uno centrado en el abandono del tabaco y el otro en el mantenimiento), junto con una guía de apoyo social y apoyo telefónico. Se realizaron cuatro llamadas, comenzando 6 semanas después de recibir el material, en las que se proporcionaba feedback positi-

vo y refuerzo para cada fumador según el estadio de cambio en que se encontrase. Además, se abordaban las dificultades hacia el abandono y se solicitaban compromisos para tomar acciones encaminadas a dejar el tabaco e incrementar la autoeficacia hacia el proceso de abandono. El grupo que recibió apoyo telefónico junto con los manuales de autoayuda obtuvo un porcentaje de abstinencia significativamente mayor a corto y largo plazo, comparado con el resto de las condiciones experimentales. La prevalencia puntual a los ocho meses (considerando un mes de abstinencia) fue mayor en el grupo con todos los componentes, con un 19%, frente al 13% del grupo control y al 11.5% del grupo con manuales sólo y del grupo con manuales más apoyo social. A los 16 meses se mantuvo el mismo patrón, manteniéndose abstinentes durante los últimos seis meses el 18.1% del grupo con todos los componentes, el 11.2% del grupo control, el 10.7% del grupo con apoyo social y el 9.1% del grupo de solo manuales, hallándose en ambos casos diferencias estadísticamente significativas.

Brown, Hunt y Owen (1992) publicaron un estudio en el que habían participado 45 fumadores. En él se comparó la efectividad de un manual de autoayuda para dejar de fumar y el mismo manual junto con apoyo telefónico. Se realizaron seis llamadas telefónicas, durante 10 semanas, con la finalidad de animar a los sujetos al uso de técnicas específicas para dejar de fumar y proporcionarles ayuda en la ejecución de las técnicas. La finalidad fundamental de las llamadas era promover una mayor adherencia al contenido del manual. Las dos condiciones experimentales tuvieron resultados significativamente diferentes a los tres y seis meses de seguimiento, pero no a los doce. En el grupo que recibió el manual el porcentaje de abstinencia fue del 9.0% a los 3, 6 y 12 meses de seguimiento. En la condición manual más apoyo telefónico la eficacia fue del 43.5% a los 3 meses, del 34.8% a los 6 meses y del 30.4% a 12 meses.

Lando, Hellerstedt, Pirie y McGovern (1992) incluyeron en su estudio 6.777 fumadores distribuidos en cuatro poblaciones, de los cuales, 4.655 se asignaron aleatoriamente al grupo de intervención y 2.122 al grupo control. Los sujetos pertenecientes al grupo de intervención recibieron material de autoayuda y dos llamadas telefónicas. A través de las llamadas se trataba de identificar posibles dificultades hacia el abandono del tabaco y se enseñaban métodos para minimizarlas. Además, se hacía énfasis en el uso de estrategias de afrontamiento apropiadas para resistir las urgencias de fumar. El principal objetivo de la intervención telefónica era ayudar a los fumadores a establecer una fecha específica para dejar de fumar. Dos o tres semanas más tarde recibían la segunda llamada. Se encontraron diferencias significativas entre los grupos experimental y control a los seis meses de seguimiento, pero no a los 18 meses, donde la eficacia osciló entre el 14 y 16%.

Prochaska, DiClemente, Velicer y Rossi (1993) publicaron un estudio en el que 756 sujetos, que fueron estratificados por la variable estadios de cambio, se asignaron aleatoriamente a una de las cuatro condiciones de tratamiento: 1) Manuales estandarizados (tres manuales y un folleto informativo). Los participantes podían elegir los manuales que consideraban que mejor se adaptaban a sus necesidades. Se utilizó esta condición en lugar de una condición de no tratamiento. 2) Manuales individualizados, en función del estadio de cambio en el que se encuentre cada sujeto. 3) Además de los manuales individualizados anteriores, se enviaba a los participantes una serie de tres informes, al comienzo del tratamiento, al mes y a los seis meses, respectivamente, generados por un sistema de ordenador interactivo. 4) Manuales basados en el modelo transteórico, informes del progreso generados a través del ordenador interactivo y, además, cuatro llamadas breves de consejeros para proporcionar feedback personalizado. Las llamadas estaban adaptadas al estadio de cambio de cada fumador y básicamente

seguían el perfil de los informes del sistema de ordenador. Éstas se realizaban al comienzo del tratamiento y en el primer, tercer y sexto mes. Estaban diseñadas para que los sujetos avanzaran al siguiente estadio de cambio. El grupo de tratamiento personalizado, que implicaba llamadas, mostró aproximadamente el doble de tasas de abstinencia que las obtenidas con los manuales, tanto a los seis (13.9%, 6.7% y 7.0%) como a los doce meses (17.6%, 9.2% y 8.2%). A los 18 meses de seguimiento no se encontraron diferencias entre las cuatro condiciones experimentales.

Rimer et al. (1994) realizaron un estudio en el que participaron 1.867 sujetos entre 50 y 74 años, los cuales se asignaron al azar para recibir: 1) una guía control; 2) una guía adaptada a fumadores comprendidos entre estas edades; y 3) la guía adaptada y dos breves llamadas telefónicas. Las llamadas, basadas en el modelo transteórico de cambio, estaban diseñadas para reforzar la motivación de los sujetos al abandono del tabaco y la autoeficacia, y promover la adherencia a las estrategias que se mostraban en la guía. A los tres meses, la combinación de la guía y consejo telefónico fue la intervención más efectiva (12%), con respecto al grupo que recibía la guía adaptada (9%) y al grupo control (7%). A los 12 meses, no había diferencias significativas entre las distintas estrategias utilizadas.

Curry, McBride, Grothaus, Louie y Wagner (1995) evaluaron en una muestra de fumadores no voluntarios (N = 1.137) los efectos de: 1) un manual de autoayuda; 2) el manual de autoayuda más feedback personalizado; y 3) el manual de autoayuda junto con el feedback personalizado y consejo telefónico. Los sujetos de este último grupo (n = 150), recibieron tres llamadas durante los tres meses siguientes a la recepción de los materiales escritos. El contenido de las llamadas se adaptaba al estadio en el que se encontraba cada fumador al principio de las mismas. Su objetivo final era estimular y ayudar a los fumadores a usar los materiales de autoayuda, además de reforzar su autoeficacia con mensajes que contenían feedback personalizado. El

consejo telefónico incrementó significativamente el abandono del tabaco a los tres meses de seguimiento, pero no a los 12 ó 21 meses de seguimiento (en éste las eficacias oscilaban del 10 al 15% para la abstinencia puntual y del 1 al 4% para la continua).

Zhu et al. (1996) diseñaron un estudio para evaluar la relación "dosis-respuesta" entre el número de llamadas telefónicas y el efecto del tratamiento. Los fumadores (N = 3.030) fueron asignados al azar para recibir: 1) material de autoayuda; 2) el material anterior junto con una llamada telefónica de apoyo de 50 minutos, antes de dejar de fumar; y 3) el material de autoayuda más seis llamadas telefónicas. Una llamada, al igual que en el grupo anterior, se llevaba a cabo antes de finalizar el tratamiento y, las otras cinco, se dirigían a prevenir la recaída tras conseguir la abstinencia. La sesión que se realizaba antes de que los fumadores hicieran el intento de abandono, pretendía promover la motivación hacia el cambio, mientras que las sesiones de consejo, después del abandono, se centraban en prepararlos para situaciones en las cuales podría resultar difícil resistir las urgencias a fumar. La diferencia más acusada entre los tres grupos se da principalmente dentro de las dos primeras semanas después de la abstinencia. A los 12 meses de seguimiento, ambos grupos de consejo lograron tasas de abstinencia significativamente más altas que el grupo de autoayuda. La prevalencia puntual (de una semana) fue del 41.4% para el grupo de autoayuda, 46.5% para el de una llamada y 51.4% para el de seis llamadas. Las tasas de abstinencia continua durante los 12 meses fueron del 5.4% para el grupo de autoayuda, 7.5% para el de una llamada y 9.9% para el de varias llamadas. El grupo que recibió seis llamadas obtuvo mejores resultados que el de sólo una llamada, por lo tanto, se confirma la relación entre el número de contactos ofrecidos y los resultados obtenidos.

Ossip-Klein, Carosella y Krusch (1997) llevaron a cabo un estudio en el que participaron 177 fumadores. Los sujetos fueron asignados aleatoriamente a dos condiciones experimentales: 1) manual de autoayuda y

dos cartas y 2) manual de autoayuda y dos llamadas. Además, los sujetos de ambas condiciones tenían la posibilidad de acceder a una línea de autoayuda. En la segunda condición experimental los fumadores recibieron dos llamadas telefónicas, en la cuarta y octava semanas después del reclutamiento, durante las cuales los consejeros proporcionaron estrategias motivacionales para dejar de fumar y para el mantenimiento de la abstinencia, basadas en el estadio de cambio. Los porcentajes de abstinencia puntual a los tres meses de seguimiento fueron del 9.5% y 20.0%, respectivamente y, a los seis meses, del 14.1% y 19.6%. En este seguimiento, las diferencias entre ambos grupos no fueron estadísticamente significativas.

Míguez et al. (2002) realizaron un estudio para evaluar el efecto del apoyo telefónico como complemento a un programa de autoayuda llevado a cabo a través del correo. Los participantes (N = 200) fueron asignados al azar a dos grupos de tratamiento: 1) manual de autoayuda y 2) manual de autoayuda junto con apoyo telefónico (seis llamadas, realizando una cada semana durante el tratamiento). A los 12 meses de seguimiento, se validó la abstinencia autoinformada con monóxido de carbono en aire espirado. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de abstinencia entre ambos grupos de tratamiento para todos los períodos evaluados. En el grupo de autoayuda la tasa de abstinencia a los tres meses fue de 25.0%, 22.0% a los seis meses y 13.0% a los doce meses. En el grupo que recibió apoyo telefónico se encontró un porcentaje de abstinencia del 49.0% a los tres meses de seguimiento, 42.0% a los seis meses y 27.0% a los doce. La abstinencia continua a los doce meses fue del 17.0% para la condición de teléfono, frente al 9.0% para la de manual de autoayuda.

Estudios con llamadas reactivas

La denominada *línea de ayuda reactiva* o *hotline* requiere establecer una línea telefónica a disposición de los fumadores y anunciar

su disponibilidad. Puede ofrecer mensajes grabados, consejo personal o combinación de ambos, tanto para conseguir el abandono del tabaco, como para prevenir la recaída tras la consecución de la abstinencia. Dicha modalidad se originó en los años 70. La primera evaluación empírica data de 1977 (Dubren, 1977). Se realizó con una muestra de 64 sujetos, que habían seguido un programa televisado para dejar de fumar y habían remitido una postal informando de al menos 24 horas de abstinencia. Se asignaron a dos condiciones: 1) un servicio de mensajes motivacionales de tres minutos de duración y disponibles las 24 horas del día y, 2) una condición que no recibía ningún tratamiento adicional. Al mes de seguimiento permanecían abstinentes el 59% dentro de la condición que tenía acceso al servicio telefónico y 34% en la condición control, diferencias que resultaron ser estadísticamente significativas.

Por lo que respecta a los comienzos de las líneas telefónicas, como estrategia para dejar de fumar, que es lo que aquí nos atañe, la Sociedad Americana del Cáncer patrocinó una *línea de abandono* (Quit line) dentro de un estudio llevado a cabo en San Diego en el año 1977 (Saunders, 1978). Se trata del primer estudio utilizando un teléfono como estrategia para dejar de fumar, que aparece en la literatura al respecto. A todos aquellos que llamaban a este teléfono se les ofrecía el acceso inmediato a ex-fumadores voluntarios, que habían recibido entrenamiento para actuar como consejeros de aquellos que habían decidido dejar de fumar y como apoyo para quienes querían permanecer abstinentes. Los voluntarios eran responsables de remitir al sujeto a los servicios adecuados a sus necesidades. Durante los seis primeros meses de funcionamiento de esta línea se observó una baja respuesta a la misma. Para paliar esto, el servicio telefónico se combinó con un anuncio en un canal de televisión, junto a la emisión de breves consejos proponiendo el abandono del tabaco, a la vez que se ofertaba el envío de material impreso para ayudar a dejar de fumar. Tras la promoción televisiva, en un período de dos semanas se

recibieron 600 llamadas y 32.000 peticiones de información sobre cómo dejar de fumar. Se hizo un seguimiento de 439 fumadores que utilizaron este sistema, obteniendo a los seis meses de seguimiento una tasa de abstinencia del 18%; el 27% había reducido su consumo y el 12% estaba asistiendo a clínicas para dejar de fumar. La mayoría de las llamadas recibidas eran de personas que buscaban publicaciones sobre el tema, consejos de abandono o clínicas para dejar de fumar. Los autores consideran que este sencillo servicio puede ayudar en gran medida a orientar a los fumadores que deseen iniciar un programa para dejar de fumar y fomentar la toma de decisión de aquellos que de otro modo no iniciarían el abandono del tabaco.

Se han publicado varios estudios al respecto (p.ej. Jeffery et al, 1982; Decker y Evans, 1989), sin embargo, sólo un ensayo bien controlado (Ossip-klein et al., 1991) ha evaluado el efecto de una *línea de ayuda* como adjunto a un manual de autoayuda para dejar de fumar. Participaron en la investigación 1.813 fumadores de la población general. Se asignaron al azar a dos grupos experimentales. Al primer grupo se le entregaron dos manuales, uno centrado en la abstinencia y, el otro, en el mantenimiento de la misma. A los integrantes del segundo grupo, se les enviaron ambos manuales y se les informó de que tenían a su disposición un teléfono gratuito, con mensajes disponibles las 24 horas del día, o con acceso directo a consejeros desde las 9 de la mañana hasta las 9 de la noche. Estos mensajes ofrecían información y apoyo, así como estrategias especiales de intervención para los fumadores que llamaran durante una crisis.

Los seguimientos se realizaron al mes, tres, seis, doce y 18 meses. Los sujetos que rechazaron la entrevista y dejaron de participar en el estudio fueron clasificados como fumadores. Se constató la abstinencia autoinformada a través de otros significantes. La validación bioquímica, mediante cotinina en saliva, se realizó en el 53.7% de los que informaron estar abstinentes a los doce meses y en el 51.6% a los 18 meses. Las diferencias

halladas fueron estadísticamente significativas. Al mes de seguimiento, la prevalencia puntual (48 horas) fue del 5.2% en el grupo que sólo recibió los manuales y del 7.7% en el que recibió los mismos manuales junto con contacto telefónico. A los doce meses de seguimiento, fue de 8.1% y 11.9% y, a los 18 meses, de 8.5% y 12.7% la abstinencia puntual y de 4.0% y 6.4% la continua.

Al año de seguimiento, se halló un mayor impacto del teléfono en los sujetos con mayores períodos de abstinencia previa (> 6 meses) y en los fumadores duros (más de 26 cigarrillos/día). Estos grupos presentaron porcentajes más elevados de uso de la *línea de ayuda*, lo cual podría indicar una mayor utilización de los recursos de autoayuda por parte de los sujetos que han tenido experiencias anteriores de recaída o que es más probable que tengan dificultades en el abandono. También la abstinencia fue más elevada para aquellos que llamaban al *teléfono de ayuda* y utilizaban la opción de los consejeros (aunque en este caso las diferencias no resultaron ser estadísticamente significativas). El efecto del teléfono fue mayor entre los sujetos que no tenían en casa a otros miembros que hubiesen dejado de fumar por sí mismos, puesto que la existencia de éstos se ha observado que puede anular los efectos del *teléfono de ayuda*. Se encontró un mayor número de intentos de abandono del tabaco en aquellas regiones que disponían de teléfono de ayuda, en comparación a las que se les asignó sólo el manual.

La utilización de la línea telefónica fue más efectiva entre aquellos fumadores que al apuntarse al programa habían tenido contacto directo con el equipo del proyecto. Estos participantes pudieron haber considerado la línea de autoayuda como una extensión del contacto directo con el personal y, en consecuencia, tener más probabilidad de beneficiarse de ella. Puesto que la condición de teléfono estaba emparejada con el manual, queda por determinar qué sucedería en ausencia de materiales de autoayuda o en combinación con diferentes tipos de intervenciones de autoayuda.

DISCUSIÓN

Como hemos podido comprobar en la revisión efectuada, los procedimientos de autoayuda para dejar de fumar no suelen implicar contacto alguno con profesionales durante el tratamiento, a excepción de los estudios con apoyo telefónico, siendo el fumador el único responsable de su aplicación. Además, lo habitual es que las intervenciones ofrezcan programas para dejar de fumar con apoyo de material escrito, principalmente manuales.

La mayoría de los estudios se han realizado en Estados Unidos, donde se llevan utilizando estos procedimientos desde finales de los años setenta. Sin embargo, en España, hablar de autoayuda para dejar de fumar resulta todavía algo novedoso. A nivel de intervención contamos, desde 1995, con el procedimiento de autoayuda que se lleva a cabo por correo, en la Unidad de Tabaquismo de la Universidad de Santiago de Compostela (www.usc.es/pdf2001).

Existe evidencia empírica suficiente que avala la eficacia de los tratamientos psicológicos para dejar de fumar (Becoña, 2003). De igual forma, en cuanto a los procedimientos en formato de autoayuda con material escrito, diversas investigaciones confirman este dato (Lancaster y Stead, 2003; USDHHS, 2000). Los estudios revisados que utilizan la condición experimental de manual de autoayuda estándar muestran unos porcentajes de abstinencia en dicha condición, en el seguimiento de los seis meses, que oscilan entre el 8.5% (Lando et al., 1991) y el 22% (Míguez et al, 2002) y, a los doce meses, entre el 7% (Curry et al, 1995) y el 15% (Davis et al., 1984). De acuerdo con los estudios comparativos realizados por la Cochrane Collaboration (Lancaster y Stead, 2003) mediante la técnica del metaanálisis, y expresados los resultados en términos de odds ratio (OR), las intervenciones de autoayuda son eficaces (OR=1.30). A su vez, los materiales adaptados a las características de los fumadores obtienen mejores resultados que los estándar (OR=1.56) (tabla 1).

A pesar de que los procedimientos de autoayuda se han venido aplicando y perfec-

cionando desde los años setenta, todavía presentan algunas lagunas que deben solventarse en el futuro. Una de las cuestiones que preocupa en estos programas es confirmar si se da una relación "dosis-respuesta" entre el uso de los materiales y el abandono del tabaco. El uso de materiales se ha asociado a tasas de abstinencia más altas a corto y a largo plazo (Davis et al, 1984; Míguez, Vázquez y Becoña, 2000). De hecho, los porcentajes de abstinencia para los fumadores que se adhieren a la utilización de los materiales de autoayuda, concretamente manuales, suelen ser comparables a los obtenidos por los fumadores que participan en programas en grupo más intensivos (Curry, 1993). Estos materiales se han mostrado facilitadores del cambio de conducta, especialmente si resulta posible incrementar la ejecución de su contenido. Además, una de las principales críticas que se achacan a dichos procedimientos es su impersonalización. Por todo ello, se han utilizado otras intervenciones para personalizar e individualizar de algún modo la intervención de autoayuda y fomentar una mayor adherencia al tratamiento. El feedback escrito personalizado (Lancaster y Stead, 2003) y el breve apoyo telefónico (Stead, Lancaster y Perera, 2004) son dos estrategias útiles para este fin y, además, mejoran los resultados (tabla 1).

El apoyo telefónico se ha utilizado y evaluado principalmente de dos formas: líneas telefónicas de ayuda, a las que los fumadores pueden llamar por iniciativa propia (reactivas), y llamadas por parte de terapeutas (proactivas). Las *líneas telefónicas de ayuda* constituyen un recurso que los fumadores

pueden utilizar en su comunidad. Sin embargo, los estudios indican (ej., Davis et al., 1992; Glasgow et al., 1993) que sólo un pequeño porcentaje de los mismos hacen uso de tales servicios y para que estas líneas resulten coste-efectivas es necesario que reciban muchas llamadas. En general, los resultados obtenidos con los teléfonos reactivos son pobres, a excepción del estudio de Ossip-Klein et al. (1991), que proporcionaron un teléfono de ayuda para aumentar la abstinencia promovida por un manual. Fue el único bien controlado y que encontró un efecto positivo, ofreciendo tasas confirmadas bioquímicamente (11.9% de abstinencia puntual a los doce meses).

En cuanto a las llamadas proactivas, son una forma de proporcionar ayuda personalizada, sin recurrir al consejo cara a cara. De los procedimientos revisados, es el que mejores resultados obtiene y que más se asemeja a las intervenciones clínicas. Así lo confirman tanto guías clínicas relacionadas con el tratamiento del tabaquismo (p.ej. Fiore et al., 2000), como revisiones metaanalíticas (Stead et al., 2004). De los estudios revisados, los porcentajes de abstinencia a los seis meses de seguimiento oscilan entre el 13.9% (Prochaska et al., 1993) y el 42.0% (Míguez et al., 2002). A los doce meses, el rango se sitúa entre el 11% (Curry et al., 1995) y el 32.9% (Zhu et al., 1996). Con respecto a la abstinencia continua a los doce meses, Zhu et al. (1996) indican un 7.5% para la condición de una llamada telefónica y 9.9% para la condición de seis llamadas y Míguez et al. (2002) informan de una abstinencia continua del 17%.

Tabla 1. Eficacia de las intervenciones de autoayuda para dejar de fumar, Cochrane Collaboration.

Intervención	Odds ratio (intervalo de confianza del 95%)
• Intervenciones de autoayuda (materiales escritos estándar)	1.30
• Materiales personalizados	1.56
• Apoyo telefónico proactivo	1.66

Adaptado de Lancaster y Stead (2003) y Stead et al. (2004)

Una cuestión a analizar en este tipo de procedimientos es si la participación en un contexto de autoayuda requiere más automotivación (Sussman et al., 1994), pues, en este caso, el cliente tiene que convertirse en su propio terapeuta (Ryder, 1988). Determinadas características de los fumadores posiblemente estén relacionadas con el éxito de un programa de autoayuda, bien porque incrementen la probabilidad de uso de algunos materiales (p.ej., nivel educativo), o bien por interacciones entre características de los participantes y diferentes intervenciones de autoayuda, es decir, que algunos programas funcionen mejor para un determinado tipo de fumadores.

Resaltar que la aplicación de estos procedimientos implica un bajo coste y provocan un gran impacto en la población, pues permiten la realización de intervenciones a gran escala, abarcando a miles de fumadores, muchos de los cuales, de no ser a través de un procedimiento de estas características, no serían susceptibles de realizar un tratamiento. Su justificación queda demostrada por la necesidad de intervenciones a nivel de salud pública, ya que intervenciones cuyo objetivo sean fumadores individuales, o pequeños grupos, provocan un limitado impacto en la reducción de la prevalencia del consumo de tabaco (Lando, Pechacek y Fruetel, 1994).

Los fumadores, pues, necesitan contar en su comunidad, con distintas alternativas de tratamiento accesibles y de demostrada eficacia, para que cada cual elija aquella que mejor se adapte a sus necesidades y posibilidades.

REFERENCIAS

Altman, D.G., Flora, J.A., Fortmann, S.P. y Farquhar, J.W. (1987). The cost-effectiveness of three smoking cessation programs. *American Journal of Public Health*, 77, 162-165.

American Lung Association (1984). *Freedom from smoking in 20 days*. Washington, DC: Author.

American Lung Association (1986). *A lifetime of freedom from smoking: A maintenance program for ex-smokers*. New York: Author.

Becoña, E. (1993). *Programa para deixar de fumar*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicacións e Intercambio Científico da Universidade de Santiago de Compostela.

Becoña, E. (2003). El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. *Papeles del Psicólogo*, 85, 48-69.

Becoña E. y Vázquez, F.L. (2001a). Comparación de la eficacia de un programa de autoayuda para dejar de fumar distribuido por correo en un único envío o semanalmente en folletos. *Psiquis*, 4, 205-214.

Becoña E. y Vázquez, F.L. (2001b). Effectiveness of personalized written feedback through a mail intervention for smoking cessation: A randomized-controlled trial in Spanish smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 33-40.

Brengelmann, J.C. (1975). Terapia de dependencias y adicción: tabaco, comida, alcohol y drogas. *Análisis y modificación de conducta*, 1, 105-127.

Brengelmann, J.C., y Sedlmayr, E. (1977). *Experiments in the reduction of smoking behavior*. En: J. Steinfeld, W. Griffiths, K. Ball y R.M. Taylor (Eds.). Health Consequences, education, cessation activities and social action, Vol. II. Proceedings of the 3rd World Conference on Smoking and Health, 1975. Washington, D.C.: DHEW Public. N. 77-1413, (pp. 533-543).

Brown, S.L., Hunt, G. y Owen, N. (1992). The effect of adding telephone contact to self-instructional smoking-cessation materials. *Behaviour Change*, 9, 216-222.

Brown, S.L. y Owen, N. (1992). Self-help smoking cessation materials. *Australian Journal of Public Health*, 16, 188-191.

Cummings, K.M., Emont, S.L., Jaen, C. y Sciandra, R. (1988). Format and quitting instructions as factors influencing the impact of a self-administered quit smoking program. *Health Education Quarterly*, 15, 199-216.

Curry, S.J. (1993). Self-help interventions for smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 790-803.

Curry, S.J. (2001). Bridging the clinical and public health perspectives in tobacco treatment research: Scenes from a tobacco treatment

- research carer. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, 10, 281-285.
- Curry, S.J., Ludman, E.J. y McClure, J. (2003). Self-Administered treatment for smoking cessation. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 305-319.
- Curry, S.J., Marlatt, G.A., Gordon, J. y Baer, J.S. (1988). A comparison of alternative theoretical approaches to smoking cessation and relapse. *Health Psychology*, 7, 545-556.
- Curry, S.J., McBride, C., Grothaus, L.C., Louie, D., Wagner, E.H. (1995). A randomized trial of self-help materials, personalized feedback and telephone counseling with nonvolunteer smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 1005-1014.
- Danaher, B.G. y Lichtenstein, E. (1978) *Become and ex-smoker*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall.
- Davis, S.W., Cummings, K.M., Rimer, B.K., Sciandra, R. y Stone, J.C. (1992). The impact of tailored self-help smoking cessation guides on young mothers. *Health Education Quarterly*, 19, 495-504.
- Davis, A.L., Faust, R., y Ordentlich, M. (1984). Self-help smoking cessation and maintenance programs: A comparative study with 12-month follow-up by the American Lung Association. *American Journal of Public Health*, 74, 1212-1217.
- Decker, B.D. y Evans, R.G. (1989). Efficacy of minimal contact version of a multimodal smoking cessation program. *Addictive Behaviors*, 14, 487-491.
- Dubren, R. (1977). Self-reinforcement by recorded telephone messages to maintain nonsmoking behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 358-360.
- Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J., Dorfman, S.F., Golstein, M.G., Gritz, E.R., Heyman, R.B., Jaén, C.R., Kottle, T.E., Lando, H.A., Mecklenburg, R.E., Mullen, P.D., Nett, L.M., Robinson, L., Stitzer, M.L., Tommasello, A.C., Villejo, L., Wewers, M.E., Baker, T., Fox, B.J. y Hasselbland, V. (2000). *Treating tobacco use and dependence*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Fiore, M.C., Novotny, T.E., Pierce, J.P. y Giovino, G.A. (1990). Methods used to quit smoking in the United States: Do cessation programs help? *Journal of the American Medical Association*, 263, 2760-2765.
- Glasgow, R.E., Lando, H., Hollis, J., McRae, S.G. y La Chance, P.A. (1993). A stop-smoking telephone help line that nobody called. *American Journal of Public Health*, 83, 252-253.
- Glasgow, R.E. y Rosen G.M. (1978). Behavioral bibliotherapy: A review of self-help behavior therapy manuals. *Psychological Bulletin*, 85, 1-23.
- Glasgow, R.E. y Rosen, G.M. (1979). Shelf-help behavior therapy manuals: recent developments and clinical usage. *Clinical Behavior Therapy Review*, 1, 1-20.
- Glasgow, R.E., Schafer, L. y O'Neill, H.K. (1981). Self-help books and amount of therapist contact in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 659-667.
- Glynn, T.J., Boyd, G.M. y Gruman, J.C. (1990a). Essential elements of self-help/minimal intervention strategies for smoking cessation. *Health Education Quarterly*, 17, 329-345.
- Glynn, T.J., Boyd, G.M. y Gruman, J.C. (1990b). *Self-guided strategies for smoking cessation: A Program Planner's Guide*. NIH Publication N° 90-3104, Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Jeffery, R.W., Danaher, B.G., Killen, J., Farquhar, J.W. y Kinnier, R. (1982). Self-administered programs for health behavior change: Smoking cessation and weight reduction by mail. *Addictive Behaviors*, 7, 57-63.
- Lancaster, T. y Stead, L.F. (2003). Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). En *The Cochrane Library*, 4. Oxford: Update Software.
- Lando, H.A., Hellerstedt, W.L., Pirie, P.L., Fruetel, J. y Huttner, P. (1991). Results of a long-term community smoking cessation contest. *American Journal of Health Promotion*, 5, 420-425.
- Lando, H.A., Hellerstedt, W.L., Pirie, P.L. y McGovern, P.G. (1992). Brief supportive telephone outreach as a recruitment and intervention strategy for smoking cessation. *American Journal of Public Health*, 82, 41-46.
- Lando, H.A., Pechacek, T.F. y Fruetel, J. (1994). The Minnesota Heart Health Program Program

- community Quit and Win contest. *American Journal of Health Promotion*, 9, 85-87.
- Lando, H.A., Pirie, P.L., McGovern, P.G., Pechacek, T.F., Swim, J. y Loken, B. (1991). A comparison of self help approaches to smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 16, 183-193.
- Lichtenstein, E. y Cohen, S. (1990). Prospective analysis of two modes of unaided smoking cessation. *Health Education Research*, 5, 63-72.
- Lichtenstein, E., Glasgow, R.E., Lando, H.A., Ossip-Klein, D.J. y Boles, S.M. (1996). Telephone counseling for smoking cessation: rationales and meta-analytic review of evidence. *Health Education Research. Theory and Practice*, 11, 243-257.
- Marrs, R.W. (1995). A meta-analysis of bibliotherapy studies. *American Journal of Community Psychology*, 23, 843-870.
- Míguez, M.C., Vázquez, F.L. y Becoña, E. (2000). Realización de las tareas en un tratamiento para dejar de fumar y sus repercusiones clínicas. *Psicología Contemporánea*, 7, 32-35.
- Míguez, M.C., Vázquez, F.L. y Becoña, E. (2002). Effectiveness of telephone contact as an adjunct to a self-help program for smoking cessation. A randomized controlled trial in Spanish smokers. *Addictive Behaviors*, 27, 139-144.
- Miltenberger, R. (1997). *Behavior modification. Principles and procedures*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2003). *Encuesta Nacional de Salud, 2001*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- National Cancer Institute (1985). *Quit for Good*. U.S. Department of health and Human Services (Publication N° 85-2494).
- Newman, M. G., Erickson, T., Przeworski, A. y Dzus, E. (2003). Self-help and minimal-contact therapies for anxiety disorders: Is human contact necessary for therapeutic efficacy?. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 251-274.
- Niaura, R. y Abrams, D.B. (2002). Smoking cessation: progress, priorities, and prospectus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 494-509.
- Ockene, J., Kristeller, J.L., Goldberg, R., Ockene, I., Merriam, P., Barret, S., Pekow, P., Hosmer, D. y Gianelly, R. (1992). Smoking cessation and severity of disease: The coronary artery smoking intervention study. *Health Psychology*, 11, 119-126.
- Orleans, C.T., Schoenbach, V.J., Wagner, E.H., Quade, D., Salmon, M.A., Pearson, D.C., Fiedler, J., Porter, C.Q. y Kaplan, B.H. (1991). Self-help quit smoking interventions: Effects of self-help materials, social support instructions and telephone counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 439-448.
- Ossip-Klein, D.J., Carosella, A.M. y Krusch, D.A. (1997). Self-help intervencions for older smokers. *Tobacco Control*, 6, 188-193.
- Ossip-Klein, D.J., Giovino, G.A., Megahed, N., Black, P.M., Emont, S., Stiggins, J., Shulman, E. y Moore, L. (1991). Effects of a smokers' hotline: Results of a 10-county self-help trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 325-332.
- Ossip-Klein, D.J., Shapiro, R.M. y Stiggins, J. (1984). Freedom Line: increasig utilization of a telephone support service for ex-smokers. *Addictive Behaviors*, 9, 227-230.
- Owen, N., Ewins, A.L. y Lee, C. (1989). Smoking cessation by mail: A comparison of estándar and personalized correspondence course formats. *Addictive Behaviors*, 14, 355-363.
- Pederson, L.L., Baldwin, N. y Lefcoe, N.M. (1981). Utility of behavioral in a minimal-contact smoking cessation program. *The International Journal of the Addictions*, 16, 1233-1239.
- Pechacek, T.F., Arkin, R. y Johnston Hall N. (1984). *Quit and Win*. Minneapolis, Minn: University of Minnesota, Minnesota Heart Health Program.
- Pomerleau, O.F., Adkins, D. y Pertschuk, M. (1978). Predictors of outcome and recidivism in smoking-cessation treatment. *Addictive Behaviors*, 3, 65-70.
- Pomerleau, O.F. y Pomerleau, C.S. (1977). *Break the smoking habit: A behavioral program for giving up cigarettes*. Champaign, Ill.: Research Press.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Velicer, W.F. y Rossi, J.S. (1993). Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation. *Health Psychology*, 12, 399-405.
- Prochaska, J.O. y Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (coord.), *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos*

- psicológicos en drogodependencias* (pp.85-136). Sitges: Ediciones en Neurociencias.
- Rimer, B.K., Orleans, C.T., Fleisher, L., Cristinzio, S., Resch, N., Telepchak, J. y Keintz, M.K. (1994). Does tailoring matter? The impact of a tailored guide on ratings and short-term smoking-related outcomes for older smokers. *Health Education Research*, 9, 69-84.
- Ryder, D. (1988). Minimal intervention: A little quality for a lot of quantity? *Behavior Change*, 5, 100-107.
- Saunders, G. (1978). Smokers' Quit Line. En: J.L. Schwartz (Ed.), *Progress in Smoking Cessation*. Proceedings of the International Conference on Smoking Cessation (pp. 271-276). New York: American Cancer Society.
- Schwartz, J.L. (1987). *Review and evaluation of smoking cessation methods. The United States and Canada, 1978-1985*. Maryland: U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health.
- Stead, L.F., Lancaster, T. y Perera, R. (2004). Telephone counselling for smoking cessation. (Cochrane Review). En *The Cochrane Library*, 1. Oxford: Update Software.
- Strecher, V.J., Rimer, B.K. y Monaco, K.D. (1989). Development of a new self-help guide-Freedom from Smoke for You and Your Family. *Health Education Quarterly*, 16, 101-112.
- Sussman, S., Dent, C.W., Wang, E., Cruz, N.T.B., Stanford, D. y Johnson, C.A. (1994). Participants and Nonparticipants of a Mass Media Self-Help Smoking Cessation Program. *Addictive Behaviors*, 19, 643-654.
- USDHHS (2000). *Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General*. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Velicer, W.F., Rossi, J.S., Ruggiero, L. y Prochaska, J.O. (1994). *Minimal interventions appropriate for an entire population of smokers*. En: R. Richmond (Ed.). *Interventions for smokers: An international perspective*, Baltimore, Md: Williams and Wilkins (pp.69-92).
- Windsor, R.A., Lowe, J.B. y Bartlett, E.E. (1988). The effectiveness of a worksite self-help smoking cessation program: A randomized trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 407-421.
- Windsor, R.A., Lowe, J.B., Perkins, L.L., Smith-Yoder, D., Artz, L., Crawford, M., Amburgy, K. y Boyd, N.R. (1993). Health education for pregnant smokers: Its behavioral impact and cost benefit. *American Journal of Public Health*, 83, 201-206.
- Zhu, S.H., Rosbrook, B., Anderson, C., Gilpin, E., Sadler, G. y Pierce, J.P. (1995). The demographics of help-seeking for smoking cessation in California and the role of the California Smokers' Helpline. *Tobacco Control*, 4 (Suppl.1), S9-S15.
- Zhu, S.H., Stretch, V., Balabanis, M., Rosbrook, B., Sadler, G. y Pierce, J. (1996). Telephone counseling for smoking cessation: Effects of single-session and multiple-session intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 202-211.

