

El consejo telefónico aplicado al tratamiento de fumadores

MIGUES, M.C.*; VÁZQUEZ, F.L.*; BECOÑA, E.*

* Unidad de Tabaquismo. Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela

Enviar correspondencia a:

Elisardo Becoña, Unidad de Tabaquismo, Universidad de Santiago de Compostela, Facultad de Psicología, Campus Universitario Sur, 15706 Santiago de Compostela, Galicia. E-mail: pcelisar@usc.es.

Resumen:

Dos décadas de investigación sugieren que las estrategias de intervención de autoayuda para dejar de fumar pueden ser el medio preferido por los fumadores para dejar de fumar. Sin embargo, revisiones previas han concluido que hay una evidencia limitada de que las intervenciones de autoayuda tengan un efecto significativo para mejorar el abandono de los cigarrillos. Los complementos personalizados, especialmente el consejo telefónico, podría incrementar su efectividad. El objetivo de esta revisión es analizar si el consejo telefónico, en sus modalidades proactiva y reactiva, contribuye a incrementar la eficacia de las intervenciones de autoayuda para dejar de fumar, cuando se utiliza como un complemento de las mismas. Se incluyen sólo aquellas investigaciones con intervenciones para dejar de fumar en las que se han utilizado ensayos controlados aleatorizados, en donde al menos en uno de los grupos en el estudio utilizó consejo telefónico como complemento de un programa de autoayuda, y el seguimiento que se realizó después de finalizar el tratamiento, es de 6 meses o mayor. El consejo telefónico incrementa las tasas de abstinencia en los programas de autoayuda para dejar de fumar, especialmente mediante las llamadas realizadas por un consejero (modalidad proactiva).

Palabras clave: *dejar de fumar, intervención de autoayuda, consejo telefónico, proactivo, reactivo.*

Abstract:

Two decades of research suggest that self-help minimal intervention strategies for smoking cessation may be the preferred means by which smokers stop. However, previous reviews have concluded that there is limited evidence that self-help interventions have a significant effect on improving cessation. Personalized adjuncts, especially telephone counseling could increase the effectiveness of these interventions. The aim of this review is to determine if telephone advice, in its proactive or reactive variants, contributes to the increased effectiveness of self-help interventions for smoking cessation. We included only those smoking cessation studies which used randomised controlled trials and where at least one of the groups utilised telephone advice as an adjunct to the self-help program. We also required that the study have a follow-up of at least 6 months. We concluded that telephone advice increases the abstinence rates in self-help programs for smoking cessation, especially when calls are made by a counsellor (proactive variant).

Key words: *smoking cessation, self-help intervention, telephone counseling, proactive, reactive.*

INTRODUCCIÓN

La eficacia de las intervenciones clínicas para dejar de fumar oscila entre el 25 y 30% a los 12 meses de seguimiento en Estados Unidos (American Psychiatric Association, 1996; Hatsukami y Mooney, 1999; USDHHS, 1996), mientras que en España están la mayoría de ellas entre el 30% y el 50% (ver Becoña y Vázquez, 1998). Aunque con este tipo de intervenciones se consiguen porcentajes de abstinencia más elevados, su impacto es limitado. Además, muchos fumadores no pueden o no quieren asistir a este tipo de tratamientos. La mayoría de los ex-fumadores han dejado de fumar por sí mismos (Fiore,

Novotny, Pierce y Giovino, 1990). Esto ha llevado a que los investigadores y los clínicos busquen otras formas alternativas para ayudar a los fumadores a romper con su hábito.

Los esfuerzos más recientes se han centrado en cómo las intervenciones clínicas, especialmente las cognitivo-conductuales, se podrían diseminar dentro de un marco de salud pública (Lichtenstein y Glasgow, 1992). Partiendo de esta idea surgen las intervenciones de autoayuda. El objetivo de las mismas es proporcionar algunos de los beneficios de las intervenciones clínicas intensivas sin la necesidad de asistir a las sesiones de tratamiento. Los materiales de autoayuda se pueden diseminar y usar a una mayor escala que

los tratamientos clínicos (Lancaster y Stead, 1999). Su impacto es cuatro veces mayor que el de las intervenciones clínicas (Velicer y Prochaska, 1999).

Hay múltiples razones por las que el fumador puede preferir un programa de autoayuda. Algunas de ellas son la falta de tiempo para acudir a un tratamiento, la no disponibilidad de un tratamiento clínico en su zona o ciudad, los gastos que le acarrea participar en el mismo en términos de tiempo y recursos y la preferencia por recibir el servicio en su domicilio. Esto produce, en muchos casos, la imposibilidad de que el fumador acuda a un tratamiento clínico para dejar de fumar, que probablemente sería el más idóneo para él, especialmente si su dependencia a la nicotina es acusada o presenta patología física relacionada con el consumo de tabaco (ej., enfisema pulmonar) o comorbilidad psiquiátrica. Por tanto, no es sorprendente que las intervenciones de autoayuda se vayan implantando cada vez más, pues son baratas, cómodas y el fumador las puede seguir desde su domicilio. Ello ha exigido también, en los últimos años, por estos motivos, integrar la aproximación clínica y la comunitaria (Lichtenstein y Glasgow, 1997).

A pesar de la gran relevancia que han cobrado las intervenciones de autoayuda para que los fumadores dejen de fumar, hay una evidencia limitada sobre la eficacia de las mismas (Curry, 1993; Lancaster y Stead, 1999). Una de las principales críticas a las mismas es la ausencia de personalización (Curry, Marlatt, Gordon y Baer, 1998). En los últimos años, se ha estado estudiando algunas formas de solventar este problema. De todas ellas, el consejo telefónico se erige como la estrategia más prometedora para complementar los materiales de autoayuda, aumentar su grado de personalización y maximizar su efectividad (ej., Brown, Hunt y Owen, 1992; Curry, McBride, Grotzhaus, Louie y Wagner, 1995; Lando, Hellerstedt, Pirie y McGovern, 1992; Orleans et al., 1991; Ossip-Klein, Carosella y Krusch, 1997; Prochaska, DiClemente, Velicer y Rossi, 1993; Zhu et al., 1996). La intervención telefónica puede ser útil como una aproximación intermedia, que ofrece los beneficios del contacto personal con costes más reducidos y beneficios semejantes a los que ofrece el tratamiento clínico cara a cara (Lancaster y Stead, 1999).

El objetivo de esta revisión es analizar si el consejo telefónico, en sus modalidades proactiva y reactiva, contribuye a incrementar la eficacia de las intervenciones de autoayuda para dejar de fumar, cuando se utiliza como un complemento de las mismas. Se incluyen sólo aquellas investigaciones con intervenciones para dejar de fumar en las que se han utilizado ensayos controlados aleatorizados, en donde al menos en uno de los grupos incluidos en el estudio se aplicó consejo telefónico como complemento de un programa de autoayuda, y el seguimiento que se realizó después de finalizar el tratamiento es de 6 meses o mayor.

MODALIDADES DE INTERVENCIÓN

Se han utilizado fundamentalmente dos modalidades para proporcionar consejo telefónico (Lichtenstein, Glasgow, Lando, Ossip-Klein y Boles, 1996): proactiva y reactiva. La aproximación proactiva consiste en que un fumador en el proceso de dejarlo o cuando ya ha abandonado el tabaco recibe una o más llamadas de un consejero entrenado. Este suele ser un profesional de la salud (en este caso suele ser un psicólogo, trabajador social o enfermera) u otra persona que se ha entrenado específicamente para aplicar este tipo de consejo terapéutico (ej., estudiantes de pregrado). Las llamadas se pueden usar de numerosas formas, aunque lo más común ha sido el utilizarlas como un adjunto a un programa de autoayuda. La finalidad de las llamadas es la de apoyar y ayudar a solventar los problemas que tenga el fumador/ex-fumador (Orleans et al., 1991) y para promover mayores niveles de adherencia (Brown et al., 1992). En los estudios publicados el rango de llamadas oscila de 1 a 6 (ej., Zhu et al., 1996). Como veremos posteriormente, algunos estudios han encontrado que esta puede ser un tipo de intervención coste-efectiva (ej., Orleans et al., 1991; Zhu et al., 1991).

La aproximación reactiva se caracteriza porque el fumador llama a un determinado número para solicitar información o asistencia. Por tanto, la característica esencial de una línea de autoayuda 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, para prevenir la recaída, para proporcionar información sobre posibilidades de tratamiento, la dirección a los centros a los que se puede acudir o como estrategia de reclutamiento. Las líneas de ayuda pueden ofrecer mensajes grabados, consejo personal o una combinación de ambos. Parece que cuando se ofrecen las dos alternativas, la mayoría de los sujetos que llaman prefieren la opción de mensajes grabados a la de un consejero (ej., Ossip-Klein et al., 1991).

La población diana puede oscilar desde un pequeño número de personas que están participando en algún estudio o proyecto de interés (ej., Orleans et al., 1991), a múltiples lugares (ej., Ossip-Klein et al., 1991) o incluso a un país entero (ej., Anderson et al., 1992). El factor clave para los sistemas de llamadas telefónicas reactivas es que la población diana las utilice. De hecho, el problema fundamental es que una muy pequeña proporción de fumadores hace uso de tales servicios, un hallazgo similar al observado con las intervenciones clínicas para dejar de fumar de múltiples sesiones (Lichtenstein y Glasgow, 1992). Las líneas de ayuda, como veremos posteriormente, parecen ser efectivas para aquellos fumadores que las usan (ej., Ossip-Klein et al., 1991).

ESTUDIOS REALIZADOS CON LA MODALIDAD PROACTIVA: EL FUMADOR RECIBE LAS LLAMADAS TELEFÓNICAS

Orleans et al. (1991) asignaron al azar a una muestra de 2.021 sujetos que solicitaron material de autoayuda para dejar de fumar. Uno de los grupos, formado por 510 sujetos, recibió dos manuales de autoayuda (uno centrado en el abandono del tabaco y el otro en el mantenimiento) junto con consejo telefónico.

Se realizaron cuatro llamadas, comenzando 6 semanas después de recibir el material, de 15 a 30 minutos cada una, en las que se proporcionaba feedback positivo y refuerzo para cada fumador según el estadio de cambio en que se encontrara. Además, se abordaban las dificultades personales hacia el abandono y se elicitaban compromisos para tomar las acciones encaminadas a dejar el tabaco e incrementar la autoeficacia hacia el proceso de abandono. El grupo que recibió consejo telefónico junto con los manuales de autoayuda resultó en un porcentaje de abstinencia significativamente mayor a corto y largo plazo, comparado con el grupo de los manuales de autoayuda solos. Los fumadores que recibieron las llamadas habían usado más los materiales de autoayuda.

Brown, Hunt y Owen (1992) publicaron un estudio en el que participaron 45 fumadores, en el que compararon la efectividad de un manual de autoayuda para dejar de fumar y el mismo manual junto con contacto telefónico. Se realizaron 6 llamadas telefónicas, durante 10 semanas (3 meses), con la finalidad de animar a los sujetos al uso de técnicas específicas para dejar de fumar y también proporcionarles ayuda en la ejecución de las técnicas. La finalidad fundamental de las llamadas, por tanto, era promover una mayor adherencia al contenido del manual. Las dos condiciones experimentales tuvieron resultados significativamente diferentes a los 3 y 6 meses, pero no a los 12 meses de seguimiento. 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 contacto telefónico la eficacia fue del 43.5% a los 3 meses, del 34.8% a los 6 meses y del 30.4% a los 12 meses. La adherencia a las técnicas en el grupo de manual más llamadas telefónicas fue baja. No hubo relación entre los niveles de adherencia informada a las técnicas de tratamiento y el estatus de fumador en el seguimiento.

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 de menos de 15 minutos cada una. A través de las llamadas se trataba de identificar

posibles barreras hacia el abandono y se enseñaban métodos para minimizarlas. Además, se hacía énfasis en el uso de estrategias de afrontamiento apropiadas para resistir las urgencias a fumar. El principal objetivo de la intervención telefónica era ayudar a los fumadores a establecer una fecha específica para el abandono. Dos o tres semanas más tarde recibieron la segunda llamada. Se encontraron diferencias significativas entre los grupos experimental y control a los 6 meses de seguimiento, pero no a los 18 meses, donde la eficacia oscilaba entre el 14 y el 16%.

Prochaska, DiClemente, Velicer y Rossi (1993) publicaron un estudio en el que 756 sujetos fueron estratificados en función de la variable estadios de cambio y se asignaron aleatoriamente a una de las cuatro condiciones de tratamiento: 1) manual estandarizado; 2) manual individualizado en función del estadio de cambio; 3) informe generado por un sistema de ordenador interactivo; y, 4) llamadas personalizadas de un consejero. En esta última condición experimental se incluyeron los manuales basados en el modelo transteórico, los informes del progreso de los participantes generados a través de un ordenador interactivo y además recibieron llamadas breves de consejeros para proporcionar un feedback personalizado. Las llamadas, que duraron alrededor de 15 minutos, se realizaban al comienzo del tratamiento y en el primer, tercer y sexto mes. El formato de las llamadas era abierto y su guión se adaptaba para que fuera apropiado al estadio en el que se encontraba cada fumador al principio de cada llamada y fueron diseñadas para que los sujetos se trasladaran al siguiente estadio de cambio. 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 de entre 50 y 74 años y 3) la guía adaptada y dos breves llamadas telefónicas. Las llamadas telefónicas estaban basadas en el modelo transteórico de cambio y su duración oscilaba entre 10 y 15 minutos. Para cada llamada se seguía un protocolo escrito y estas estaban diseñadas para reforzar la motivación de los sujetos al abandono y la autoeficacia y promover la adherencia a las estrategias que se mostraban en la guía. Las llamadas se adaptaban a las necesidades particulares de cada fumador que se llamaba y el consejo telefónico estaba diseñado para personalizar la información de la guía. A los 3 meses, la combinación de la guía y el consejo telefónico fue la intervención más efectiva. A los 12 meses no había diferencias 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 autoa-

Tabla 1. estudios en los que se utiliza el consejo telefónico en su modalidad proactiva como complemento a una intervención de autoayuda

Estudio	Condiciones experimentales	N	Sexo	Edad media y/o rango	Tipo de muestra	Modo de reclutamiento	Criterios de admisión	Cigarrillos/días antes del tratamiento	Porcentaje de Abstinencia Seguidos			Validación de la abstinencia	Diferencias
									3 meses	6 meses	12 meses		
Orleans et al. (1991)	1. M. de abandono + M. de mantenimiento. 2. M. de abandono + M de mantenimiento + guía de apoyo social. 3. M. de abandono + M de manten. + apoyo social + 4 llamadas. 4. Control: breve guía de información y consej.	(2.021) 502	748H 1273M	44.4	Voluntarios pertenecientes a una HMO que desean participar en un programa de autoayuda	Se anuncia en la prensa que se va a realizar un programa de autoayuda para dejar de fumar.	. Fumar desde hace al menos un año. Tener 21 o más años. No estar en período de gestación. . Fumar al menos 3cig/día.	26	8 meses ^(*) 15 ^a /11 ^b	16 meses ^(*) 15 ^a /14 ^b /9 ^c	Autoinforme (carta) y cotinina y/o tiocianato (saliva)	Diferencias a corto plazo (16 meses)	
Brown et al. (1992)	1. Manual + contacto telefónico (6 llamadas) 2. Manual solo	(45) 23	17H 28M	40	Voluntarios	Se anunció en el periódico, hospital y centro comercial local.		22.7	43.5	30.4	Autoinforme (teléfono) y validación bioquímica a los 12 meses	Diferencias a corto plazo (3 y 6 meses). No a los 12 meses.	
Lando et al. (1992)	Cuatro poblaciones: 1. Inscrios en un concurso comunitario 2. Reclutados en anteriores encuestas de salud pero no habían participado 4. Identificados como fumadores mediante entrevista telefónica	(6.777) 4655 interv. 2122 control 859			No voluntarios	Se identificaba a los fumadores de una población a través de una entrevista telefónica	Fumar más de 100 cigarrillos en su vida	17	(*) 12 / 5.5 ^v 8 / 2.5 ^v	18 meses ^(*) 14 16	Autoinforme (teléfono) y cotinina a los 6 meses (saliva)	Diferencias a corto plazo (6 meses). No a los 18 meses.	
Prochaska et al. (1993)	1. Tres Ms. de autoayuda estandarizados. 2. Ms. individualizados en función del estadio. 3. Ms. individualizados + informes de un sistema de ordenador interactivo. 4. Ms. individualizados + informes de un sistema de ordenador + 4 llamadas	(756)	287H 469M	43	Voluntarios de Rhode Island que responden a un anuncio de la prensa	Anuncios en la prensa. Se ofrecía 5 dólares si remitían el cuestionario		27	6.7 7.0	9.2 8.2	Autoinforme (carta y teléfono) y otros informantes. A los 6 meses: boqus pipeline	En prevalencia puntual a los 6 y 12 meses. No a los 18 meses.	
Rimer, et al. (1994)	1. Manual Clear Horizons. 2. Clear Horizons + 2 llamadas. 3. Manual control. Clearing the Air.	(1.867) 602 616 642		(50-74) 61.4	Fumadores mayores: de 50 a 74 años	Tres anuncios publicados en la revista oficial de la A soc. Ameri. de Retirados		27	9 ^a /7 12 ^a /10 7 ^a /6	20 ^(*) 19 ^(*) 15 ^(*)	Autoinforme (teléfono)	Diferencias a corto plazo (3 meses). No a los 12 meses.	
Curry et al. (1995)	1. Manual de autoayuda. 2. Manual de autoayuda + feedback personalizado. 3. Manual + feedback + 3 llamadas. 4. Grupo control.	(1.137) 330 329 150 328	546H 591M	41.1 41.3 40.9 40.8 41.2	No voluntarios	Llamada telefónica poblacional a una muestra aleatoria entre los inscritos a un seguro de salud		17.3 17.2 17.7 17.1 17.1	5 4 11 6	7 9 11 11	Autoinforme (teléfono) y cotinina (saliva) a los 12 meses	Diferencias a corto plazo (3 meses)	

Tabla 1. (continuación)

Estudio	Condiciones experimentales	N	Sexo	Edad media y/o rango	Tipo de muestra	Modo de reclutamiento	Criterios de admisión	Cigarrillos/días antes del tratamiento	Porcentaje de Abstinencia Seguidos	Validación de la abstinencia	Diferencias
								3 meses	6 meses	12 meses	otros
Zhu et al. (1996)	1. Kit de autoayuda con M. (grupo control). 2. Kit de autoayuda + una llamada telefónica. 3. Kit de autoayuda + 6 llamadas telefónicas.	(3.030) 841 1.143 1.046		36.3	Sujetos del Condado de San Diego que llamaban a un teléfono gratuito anunciado dentro de una campaña antitabaco	Los fumadores llaman al programa para inscribirse. Al comprobar que están los suficientemente motivados para el consejo telefónico se inscriben.	.Mostrar buena voluntad hacia el abandono la 10 semana de contacto telefónico. .Que otro fumador que viva en el mismo hogar también muestre voluntad de dejar de fumar .Ausencia de trastornos psiquiátricos.	20.2	27.0 ^f /5.4 ^d 32.9 ^f /7.5 ^d 38.4 ^f /9.9 ^d	Autoinforme (teléfono) Cotina a los que informan abstinencia continúa durante 6 meses	El grupo de 1 llamada obtiene mejores resultados en todas las longitudes de abstinencia que el grupo control. Ocurre lo mismo en el grupo de 6 llamadas respecto al de 1 llamada
Ossip-Klein et al. (1997)	1. Manual Clear Horizons + 2. cartas 2. Manual Clear Horizons + 2. llamadas.	(177) 85 92	68H 109M	(60 -)	Fumadores mayores de 60 o más años.	Anuncios y entrevistas en la prensa. Anuncios en tv. y radio.	. Tener al menos 60 años. . Fumar como mínimo 10 cigarrillos/día durante 10 años . Planear dejar de fumar en los próximos 3 meses. . Permanecer en el lugar de residencia durante el estudio. . Disponer de telf. en el domicilio.	24.2 25.8	14.1 ^a 19.6 ^a	Autoinforme y otros informantes.	No hallaron diferencias
Míguez-Vázquez y Becoña (1999)	1. Manual de autoayuda 2. Manual de autoayuda + 6 llamadas	(200) 100 100	124H 76M	35.1 36.7	Voluntarios que solicitan un programa de autoayuda para dejar de fumar	Anuncios en prensa, radio, tv.	. Residir en Galicia; disponer de teléfono; fumar al menos 10 cigarrillos; rellenar los cuestionarios pretratamiento, comprometerse a enviar las autoevaluaciones; consentimiento de participación firmado.	28.0 27.3	21.0 ^d 48.0 ^d	Autoinforme y CO (12 meses)	Diferencias a corto y largo plazo.

Notas: M = manual de autoayuda; Ms = manuales de autoayuda; (*) = porcentaje de abstinencia teniendo en cuenta sólo a los sujetos localizados; a = una semana o más de abstinencia; b = porcentaje de abstinencia que no han fumado durante el último mes; c = porcentaje de abstinencia que no han fumado en los últimos 6 meses; d = porcentaje de abstinencia continua; v = porcentaje de abstinencia validada bioquímicamente.

yuda solo, 2) el manual de autoayuda más feedback personalizado, 3) el manual de autoayuda más feedback personalizado más consejo telefónico y 4) grupo control. Los sujetos del tercer grupo (n = 150), además de proporcionarles un manual de autoayuda y feedback personalizado, recibieron tres llamadas de consejo telefónico durante los 3 meses siguientes a la recepción de los materiales escritos. El contenido de las llamadas se adaptaba al estadio de cambio en el que se encontraba cada fumador al principio de las mismas. Las llamadas eran relativamente cortas, de 5 a 10 minutos, y su objetivo final era estimular y ayudar a los fumadores a usar los materiales de autoayuda, además de reforzar la autoeficacia con mensajes que contenían feedback personalizado. El consejo telefónico incrementó significativamente el abandono de fumar a los 3 meses de seguimiento, pero no a los 12 ó 21 meses de seguimiento (en este tiempo las eficacias oscilaban del 10 al 15% para la abstinencia puntual y del 1 al 4% para la abstinencia continua). Las llamadas telefónicas tuvieron su mayor impacto sobre los precontempladores.

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 mismo material más una llamada telefónica de apoyo de 50 minutos, antes de dejar de fumar; y 3) el material de autoayuda más 6 llamadas telefónicas. Una llamada, al igual que en el grupo anterior, se llevaba a cabo antes de finalizar el tratamiento y las otras cinco, de unos 20 minutos de duración, se dirigían a prevenir la recaída tras conseguir el abandono. 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. A los 12 meses de seguimiento, ambos grupos de consejo lograron tasas de abstinencia significativamente más altas que el grupo de autoayuda. El grupo que recibió seis llamadas obtuvo mejores resultados que el grupo de solo una llamada.

Ossip-Klein, Carosella y Krusch (1997) llevaron a cabo un estudio en el que participaron 177 fumadores mayores de 60 años. Los sujetos fueron asignados aleatoriamente a dos condiciones experimentales: 1) condición de cartas y 2) condición proactiva. Además, los sujetos de ambas condiciones recibieron un manual de autoayuda y la posibilidad de acceder a una línea de autoayuda. En la condición proactiva los sujetos recibieron dos llamadas telefónicas, en la cuarta y octava semana 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 (al menos 7 días abstinentes) a los 6 meses de seguimiento fueron del 14.1% y del 19.6%, respectivamente. No se hallaron diferencias entre ambos grupos.

Míguez, Vázquez y Becoña (1999) realizaron un estudio para evaluar el efecto del consejo telefónico como complemento a un programa de autoayuda para dejar de fumar llevado a cabo a través del correo. Se obtuvo información demográfica y de consumo de aquellos fumadores que solicitaron participar en una intervención de autoayuda. Los participantes (N = 200) fueron asignados al azar a dos grupos de tratamiento: 1) grupo de autoayuda estándar (n = 100) y 2) grupo de autoayuda que recibió el mismo material junto con consejo telefónico (6 llamadas, realizando una cada semana durante el tratamiento) (n = 100). A los 12 meses de seguimiento, se validó la abstinencia con monóxido de carbono en aire espirado. Se encontraron diferencias significativas en los porcentajes de abstinencia continua entre ambos grupos de tratamiento para todos los períodos evaluado. En el grupo de autoayuda estándar la tasa de abstinencia continua a los 3 meses fue de 21.1%, 18.0% a los 6 meses y 14.0% a los 12 meses. En el grupo que recibió consejo telefónico se encontró un porcentaje de abstinencia continua del 48.0% a los 3 meses de seguimiento, 40.0% a los 6 meses y 27.0 a los 12 meses.

ESTUDIOS REALIZADOS CON LA MODALIDAD REACTIVA: EL FUMADOR LLAMA PARA QUE LE AYUDEN

Hasta la actualidad sólo un ensayo bien controlado ha evaluado el efecto de una línea de autoayuda. Dado la enorme relevancia de este estudio dentro de la aproximación reactiva, lo describiremos a continuación de modo más detallado.

Ossip-Klein et al (1991) diseñaron este estudio para evaluar el efecto de una línea de ayuda como adjunto a un manual de autoayuda para dejar de fumar. Participaron en el estudio 1.813 fumadores de la población general de 10 áreas rurales y una pequeña zona urbana, que fueron reclutados mediante los medios de comunicación locales, folletos en las salas de espera de médicos y dentistas y otras técnicas. El 37% de los participantes se anotaron en persona en el *Proyecto de autoayuda a los fumadores (Smoker's Self-help Project)*, el 41% mediante una llamada telefónica y el 23% por correo.

Del total de los participantes, 1.070 eran hombres y 743 mujeres. Su media de edad fue de 43.5 años. El número medio de cigarrillos fumados al día fue de 27.7. Los criterios para poder participar en el programa consistieron en fumar más de 10 cigarrillos, tener la intención de dejar de fumar en los siguientes 3 meses

o tener una fecha clara de abandono, tener al menos 18 años, no pensar en trasladarse de domicilio en los próximos 2 años, disponer de teléfono en casa, no estar consumiendo antipsicóticos, estar de acuerdo con las llamadas de seguimiento y comprometerse a validar bioquímicamente la abstinencia de los cigarrillos.

Los sujetos cubrieron un cuestionario para establecer la línea base, en el que se preguntaba por variables sociodemográficas, relacionadas con fumar y de salud. También se pidió el nombre de dos personas con las que mantuvieran una estrecha relación (A personas significativas@). Los sujetos que fueron elegidos se asignaron al azar a dos grupos experimentales. A los sujetos de uno de los grupos (n = 919) se les envió los manuales publicados por la Asociación Americana del Pulmón; uno de ellos enfocado en la abstinencia "Freedom from smoking in 20 days" y, el otro, en el mantenimiento "A lifetime of freedom from smoking". A los participantes del otro grupo (n = 894), se les envió ambos manuales y se les informó de que tenían a su disposición un teléfono gratuito, con mensajes disponibles las 24 horas del día, que iban cambiando diariamente, o con acceso directo a consejeros (todos ex-fumadores) desde las 9 de la mañana a 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 según dos diferentes frecuencias: a los 1, 3, 6, 12 y 18 meses de seguimiento (n = 908) o tan solo a los 1, 12 y 18 meses (n = 905). Estas diferentes frecuencias no variaron los resultados, de modo que en los análisis finales los datos se consideraron en conjunto. Los índices de medida fueron la prevalencia de abstinencia puntual y la abstinencia continua. Los sujetos que rechazaron la entrevista y dejaron de participar en el estudio fueron clasificados como fumadores. La corroboración de la abstinencia autoinformada a través de otras A personas significativas@ se hizo con todos los sujetos. La validación bioquímica, mediante cotinina en saliva, se realizó en el 53.7% de los que informaron estar abstinentes a los 12 meses y en el 51.6% a los 18 meses.

Para expresar los resultados se utilizaron diferentes criterios según se considerase la abstinencia a los 12 y 18 meses, como no haber fumado nada en las últimas 48 horas a la evaluación, 7 días, 30 días o más, 90 días o más, 180 días o más y la abstinencia continua (desde el tercer mes). Las diferencias 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 7.7% en los que recibieron los mismos manuales junto con contacto telefónico. A los 12 meses de seguimiento, fue de 8.1% y 11.9%, y a los 18 meses, del 8.5% y 12.7%, respectivamente.

Al año de seguimiento, se encontró un mayor impacto del teléfono para los sujetos con mayores períodos de abstinencia previa (> 6 meses). Esto sugiere un mayor efecto a la hora de reducir los porcentajes de recaída entre los sujetos con abstinencia continua. A su vez, en la información proporcionada por Alas personas significativas@ se encontró un mejor resultado del teléfono para los fumadores duros (más de 26 cigarrillos/día). Estos grupos presentaron porcentajes más elevados de uso de la línea de autoayuda, lo cual podría indicar un mayor uso 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 (especialmente en medidas de abstinencia realizadas a corto plazo) y entre los que utilizaban la opción de los consejeros (aunque en este caso las diferencias no resultaron ser estadísticamente significativas). Se encontró un mayor efecto del teléfono 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 en aquellas regiones que disponían de teléfono de ayuda en comparación a las que se le asignó manual solo.

Los autores indicaron que la utilización de la línea telefónica fue más efectiva, aunque no especificaron el porcentaje de abstinencia, entre aquellos fumadores que se apuntaron en el programa en persona y, por tanto, tuvieron 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 como consecuencia tener más probabilidad de beneficiarse de ella. De hecho, otras investigaciones han demostrado que el contacto personal puede aumentar las tasas de abstinencia en poblaciones de autoayuda. Esto, a su vez, puede sugerir que el teléfono puede impactar de forma diferente en varias poblaciones, en este caso el efecto no era debido a que los que se inscribieron personalmente utilizasen más el teléfono. Estos resultados indican que las líneas de ayuda resultan efectivas en vistas a aumentar los porcentajes de abstinencia de los programas de autoayuda dirigidos a poblaciones rurales y pequeñas poblaciones urbanas.

Quedan algunas incógnitas por resolver. Por una parte, la actual condición de teléfono de ayuda estaba emparejada con el manual de autoayuda. Queda, por tanto, por determinar que sucedería en ausencia de los materiales de autoayuda o en combinación con diferentes tipos de intervenciones de autoayuda. Además, el estudio se llevó a cabo en pueblos pequeños y áreas rurales, desconociéndose si los resultados se podrían generalizar a áreas urbanas más extensas.

DISCUSIÓN

El hallazgo fundamental que se extrae de los estudios revisados sobre el consejo telefónico, en las modalidades proactiva y reactiva, como complemento de los programas de tratamiento de autoayuda para dejar de fumar, es que incrementa los porcentajes de abstinencia de las intervenciones de autoayuda, especialmente cuando se utiliza la modalidad de contacto proactiva (ej., Orleans et al., 1991; Zhu et al., 1996). No obstante, algunos de los estudios encontraron que las llamadas telefónicas sólo son eficaces a corto plazo (ej., Brown et al., 1992; Curry et al., 1995).

Los resultados que se encuentran en los distintos estudios son difíciles de comparar debido a las diferencias existentes en diversos aspectos tales como las características de los participantes, el contenido del protocolo utilizado y el número y duración de las llamadas. Aun así, los datos sugieren que la efectividad del consejo telefónico podría ser debido a que promueve un mayor uso y adherencia a los materiales escritos (ej., Brown et al., 1992), personaliza la información (ej., Rimer et al., 1994) o incrementa el número de intentos de abandono (ej., Orleans et al., 1991).

Un importante factor que se debe tener en cuenta en este tipo de intervenciones y que parece que está relacionado con la eficacia es el número de llamadas. Las intervenciones revisadas varían de 1 a 6 llamadas. Parece que el usar múltiples llamadas produce mejores resultados que una sola llamada (Zhu et al., 1996).

En algunos estudios se observan algunas limitaciones que deben ser consideradas. Por ejemplo, alguna investigación ha utilizado un tamaño de la muestra pequeño (ej., Brown et al., 1992). Dado que el criterio de comparación fundamental va a ser el porcentaje de abstinencia entre cada grupo, se considera que un tamaño mínimo de muestra es fundamental. Otros trabajos (ej., Orleans et al., 1991) limitaron su seguimiento a personas que completaron el tratamiento o basaron el porcentaje de abstinencia en esos que respondieron al seguimiento, proporcionando porcentajes de éxito del programa sólo en función de los participantes localizados en los seguimientos y no en función del número total de participantes en el tratamiento. No consideraron a los sujetos no localizados como fumadores (criterio recomendado por los expertos como el más conservador para calcular las tasas de abstinencia en la adicción al tabaco), lo cual podría dar lugar a porcentajes de abstinencia sobreestimados. En algún estudio (ej., Prochaska et al., 1993) no se han utilizado medidas bioquímicas para corroborar la abstinencia autoinformada. Investigaciones previas han mostrado que los porcentajes de abstinencia basados en la información dada por los sujetos necesita ser interpretada conservadoramente debido a que un porcentaje significativo de sujetos tienden a infor-

mar de resultados positivos. Un estudio sólo informa de la eficacia a los 6 meses, cuando es recomendable que la información sobre la misma esté basada en la abstinencia a un año. Por último, todos los estudios revisados, excepto dos (Brown et al., 1992; Míguez et al., 1999) fueron llevados a cabo en EEUU, lo que limita la generalización de los resultados del apoyo telefónico a otros países.

La efectividad del consejo telefónico, en combinación con su alta accesibilidad y comodidad para el fumador, sugiere que esta aproximación para dejar de fumar puede ser utilizada con una amplia población. Creemos que con este tipo de intervención se abre una alternativa de tratamiento sumamente interesante, tanto para los profesionales como para los fumadores. De todas formas, consideramos que es necesaria más investigación para clarificar los mecanismos terapéuticos que son la causa de los beneficios de un breve consejo telefónico. Quizá un mayor número de llamadas, o espaciadas diferencialmente, ayudarían a reforzar o mantener los beneficios a corto plazo obtenidos en los estudios. También resultarían de ayuda investigaciones centradas en identificar el tipo de fumadores que con mayor probabilidad se beneficiarían de las llamadas del consejero. Es decir, definir las características de los clientes para los cuales resulta más conveniente esta intervención, pues es posible que diferentes programas para dejar de fumar atraigan y resulten más efectivos con diferentes tipos de fumadores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1996). Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 153 (Suppl.), 1-3.
- Anderson, D.M., Duffy, K., Hallett, C.D. y Marcus, A.C. (1992). Cancer prevention counseling on telephone helplines. *Public Health Reports*, 107, 278-283.
- Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1998). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson.
- 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.
- Curry, S.J. (1993). Self-help interventions for smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 790-803.
- Curry, S.J., Louie, D., Grothaus, L.C. y Wagner, E.H. (1992). Written personalized feedback and confidence for smoking cessation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 6, 175-180.
- 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. y 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.
- 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.
- Hatsukami, D.K. y Mooney, M.E. (1999). Pharmacological and behavioral strategies for smoking cessation. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 6, 11-38.
- Lancaster, T. y Stead, L.F. (1999). *Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Review)*. En: The Cochrane Library, Issue 1. Oxford: Update Software.
- 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.
- Lichtenstein, E. y Glasgow, R.E. (1992). Smoking cessation. What have we learned over the past decade? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 518-527.
- Lichtenstein, E. y Glasgow, R.E. (1997). A pragmatic framework for smoking cessation: Implications for clinical and public health programs. *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 142-151.
- 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.
- Míguez, M.C., Vázquez, F.L. y Becoña, E. (1999). *Eficacia del contacto telefónico como un adjunto de un programa de autoayuda para dejar de fumar*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela, manuscrito inédito.
- 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 interventions 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.
- 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.
- USDHHS (1996). *Smoking cessation. Clinical Practice Guideline n°18*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research..
- Velicer, W.F. y Prochaska, J.O. (1999). An expert system intervention for smoking cessation. *Patient Education & Counseling*, 36, 119-129.
- 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.

