



EFFECTIVIDAD DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN EL ABANDONO TABÁQUICO

TRABAJO FIN DE GRADO
Revisión crítica de la literatura

Curso: 2022/2023

Autor: Estibaliz Lasa Tobalina

Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz

Fecha de entrega: 23/04/2020

Número de palabras: 6265

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, hermano y al resto de mi familia por todo el cariño y apoyo incondicional que me habéis ofrecido a lo largo de mi vida y durante la realización de este trabajo.

A Daniel por todo el apoyo y fuerza que me has transmitido en estos momentos, pero sobre todo gracias por ayudarme a levantarme aquellos días que no podía más.

A Luisa por haber compartido tantos buenos momentos y por haberme escuchado siempre, aconsejándome cuando más lo necesitaba desde el cariño y la comprensión.

A mí directora del TFG, Elena De Lorenzo Urien, por guiarme, ayudarme y darme buenos consejos durante este camino de esfuerzo que no ha estado exento de baches.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO CONCEPTUAL Y JUSTIFICACIÓN.	2
3. OBJETIVO	3
4. METODOLOGÍA	4
5.RESULTADOS	5
5.1. CESE DE CONSUMO TABÁQUICO	5
5.1.1 Abstinencia total del consumo de tabaco	5
5.1.2 Reducción del número de cigarrillos consumidos por día	12
6. Conclusiones y limitaciones	15
Anexo 1: tabla de conceptos de búsqueda	17
Anexo 2: tabla de búsqueda	18
Anexo 3: guión de lectura crítica de estudios de investigación cualitativa	20
Anexo 3: guión de lectura crítica de estudios de investigación cualitativa	25
Anexo 4: Diagrama de flujo	31
Anexo 5: Tabla de resultados	32
Anexo 6: Árbol categorial	55
Bibliografía	56

INTRODUCCIÓN

Resumen: el consumo de tabaco es una de las principales causas de muerte prevenibles. A pesar de ello, es una de las sustancias psicoactivas más consumidas en España. El consumo tabáquico puede afectar, no sólo a nivel físico, sino también a nivel psicológico y social. El abandono tabáquico es difícil dada la dependencia física como psíquica que suponen, pero existen técnicas para incrementar las probabilidades de éxito en su cese total o parcial; o lo que es lo mismo en este último caso, en la reducción en el consumo de cigarrillos. Se pueden realizar diferentes intervenciones, tanto farmacológicas, como no farmacológicas. Entre las intervenciones no farmacológicas resaltamos la educación para la salud y dentro de ella la entrevista motivacional.

Objetivo: el objetivo de la presente revisión bibliográfica es valorar la efectividad de la entrevista motivacional en el abandono del consumo tabáquico.

Metodología: con el propósito de dar respuesta al objetivo del estudio, se realizó una revisión crítica exhaustiva de la literatura. Este diseño incluye 3 procesos: búsqueda de la literatura científica, selección crítica y proceso de análisis. Seguidamente, se realizó un proceso de selección crítica de la literatura que concluyó con un total de 15 artículos y finalmente un proceso de análisis que finalizó con la categorización de una dimensión (cese tabáquico) que a la vez se categorizó en abstinencia (verificada bioquímicamente y autoinformada) y en la reducción del consumo de cigarrillos.

Resultados: En la categoría abstinencia verificada bioquímicamente y autoinformada a los 3 meses, se identifican diferencias estadísticamente significativas intragrupo y entre grupos. La diferencia media en el porcentaje de reducción del cese total del hábito tabáquico a los tres meses entre el grupo intervención y el grupo control fue de un 20,3% en el grupo verificado bioquímicamente; sin embargo, la diferencia media en el grupo del cese autoinformado fue del 3,07%. A los 6 meses, este fenómeno se repite, siendo la diferencia media del porcentaje de las personas con cese total del hábito tabáquico verificado bioquímicamente entre el grupo intervención y el grupo control de un 8,92% de reducción en contraposición de un 4,94% para el grupo de cese autoinformado.

En cuanto la disminución en el consumo de cigarrillos al de 3 y 6 meses de la intervención se identifican diferencias estadísticamente significativas intragrupo y entre grupos. Las medias de reducción en el consumo de cigarrillos/día en el grupo de intervención fueron 32,42%, y 33,9% respectivamente, mientras que en el grupo control la media de reducción fue del 27,16% y 14,86% respectivamente.

2. MARCO CONCEPTUAL Y JUSTIFICACIÓN.

El consumo de tabaco es una de las principales causas de muerte prevenibles (1). A pesar de ello, es una de las sustancias psicoactivas más consumidas en España, siendo su prevalencia del 23,3% en los hombres y el 16,4% en las mujeres fumadores diarios (2,3). A nivel mundial el 22,3% de la población mayor de 15 años es fumadora, siendo la prevalencia de un 36,7% en hombres y un 7,8% en mujeres (4). Sólo en España, se consumían 20 cigarrillos de media al día en el año 2012 (5).

La combustión del tabaco produce más de 4.000 componentes que se han podido aislar químicamente (6). De estos 4000 componentes, al menos 250 (nicotina, ácido cianhídrico, aldehído fórmico, plomo, arsénico, amoníaco, benceno, monóxido de carbono, nitrosaminas específicas del tabaco, hidrocarburos aromáticos policíclicos, etc.) son nocivos para la salud y más de 50 causan cáncer (7,8). Entre los distintos tipos de cáncer que produce el tabaco (cáncer de boca, faringe, laringe, esófago, estómago, páncreas, riñón, vejiga, cérvix, leucemias mieloides agudas...), el más significativo es el cáncer de pulmón (9,10). El tabaquismo está vinculado al 80% de todos los cánceres de pulmón (11). Fumar incrementa este riesgo de 5 a 10 veces, siendo los grandes fumadores los que mayor riesgo tienen (12). En 2020, el cáncer de pulmón fue el que causó mayor mortalidad, con un total de 10 millones de defunciones a nivel mundial (13). El tabaco, también es responsable de la aparición de enfermedades como bronquitis crónicas, enfisemas, EPOC, enfermedades cardiovasculares (ECV) y accidentes cerebrovasculares (ACV) (14), entre otras.

Las ECV son la principal causa de muerte en todo el mundo (15). El monóxido de carbono, los químicos oxidantes y la nicotina (sustancias compuestas por el tabaco) producen daños en el endotelio e incrementan la agregación plaquetaria (16). La nicotina produce la excitación del sistema nervioso simpático, lo cual conlleva un aumento de la presión arterial, así como un aumento de la frecuencia cardíaca a corto plazo; esto produce un mayor trabajo y estrés cardíaco (16). Este grupo de enfermedades no solo afecta a la salud de los individuos, sino que también tiene una afectación directa en la atención sanitaria; en España, en el año 2014 el tratamiento de estas enfermedades supuso un coste directo en la atención sanitaria de 5.900 millones de euros (17)

Los ACV son la segunda causa de muerte más importante en el mundo (18). Los principales componentes del humo de tabaco (nicotina, monóxido de carbono y gases oxidantes) dañan los vasos sanguíneos, provocando inflamación y disfunción endotelial, vasoconstricción y una mayor formación de coágulos (19). Se estima que el coste hospitalario de estas enfermedades en España durante el año 2004 fue de 1.526 millones de euros (20).

El tabaco no solo tiene efectos negativos sobre la salud física. Según el estudio "Relationship of smoking with current and future social isolation and loneliness: 12-year follow-up of older adults in England", las relaciones sociales también se ven deterioradas debido al consumo de tabaco; en dicho estudio se demuestra que las personas fumadoras ven resentidas sus relaciones sociales con amigos y familiares con el paso del tiempo (21). Esto se debe a que los fumadores tienen mayores índices de aislamiento social que los no fumadores según el estudio en cuestión (21)

A pesar de los múltiples problemas que desencadena consumir tabaco en la salud, dejar de fumar es complejo debido a la dependencia física, psicológica y social que existe hacia esta sustancia (22).

La nicotina es una sustancia psicoactiva con alto poder adictivo (23). Cuando se inhala el humo del tabaco, la nicotina llega al cerebro y se une con los receptores nicotínicos acetil colinérgicos, induciendo, así, la liberación de la dopamina, hormona que produce sensación de placer (refuerzo positivo) y, por tanto, desencadenado la dependencia física a la nicotina (24). La administración crónica de la nicotina produce un aumento en el número de receptores nicotínicos, produciendo una respuesta adaptativa a la desensibilización prolongada del receptor que interviene en el síndrome de abstinencia (25,26). La dependencia psicológica, psicosocial, o conductual es desarrollada debido a que el fumador afronta situaciones estresantes consumiendo tabaco, asociando así fumar cigarrillos con determinadas situaciones sociales (27).

A pesar de la complejidad que supone el abandono tabáquico, no es imposible llevarlo a cabo. Se pueden realizar diferentes intervenciones, tanto farmacológicas, como no farmacológicas. Entre las intervenciones no farmacológicas resaltamos la educación para la salud y dentro de ella la entrevista motivacional. El concepto de la entrevista motivacional (EM) fue desarrollado por Miller y Rollnick (28). Lo definieron como “un método directivo, centrado en el paciente, que trata de aumentar la motivación intrínseca para el cambio, ayudando al paciente a explorar y resolver su ambivalencia” (28). Mediante la entrevista motivacional se quiere lograr que el paciente, a través de sus valores y creencias, se convenza de la necesidad del cambio, y que este cambio se mantenga a lo largo del tiempo (29). Por lo tanto, el cambio que busca la EM no se basa en los simples consejos, sino que se busca que el cambio surja de la reflexión del paciente al enfrentarse con su ambivalencia (30). Para ello, la entrevista motivacional se basa en 4 procesos fundamentales: a) establecer una relación; b) trazar un objetivo; c) evocar la idea de la necesidad de dejar de fumar y d) establecer un plan de acción (31). Además, surge de los principios básicos de: expresar empatía, crear discrepancia, evitar la discusión, darle un giro a la resistencia y fomentar la autoeficacia (32).

Es importante realizar estudios que identifiquen la efectividad de la entrevista motivacional con el fin de poder poner en marcha unas intervenciones que garanticen una mejora en los procesos de deshabituación.

3. OBJETIVO

El objetivo de esta investigación es valorar la efectividad de la entrevista motivacional en el abandono del consumo tabáquico

4. METODOLOGÍA

Con el propósito de dar respuesta al objetivo del estudio, se realizó una revisión crítica exhaustiva de la literatura sobre la eficacia de las entrevistas motivacionales encaminadas al abandono tabáquico. Para llevar a cabo este diseño, se realizaron 3 procesos: proceso de búsqueda, proceso de selección crítica de la literatura, y un proceso de análisis.

El proceso de búsqueda comenzó con la definición del objetivo de búsqueda, el desglose en conceptos de búsqueda, la identificación de sinónimos y su traducción al lenguaje controlado de cada base de datos para posteriormente realizar las búsquedas pertinentes en las diferentes bases de datos (Medline, CINAHL, Cochrane Database, Psycinfo y Cuiden). (Véase Anexo 1 y Anexo 2.) El proceso de búsqueda se realizó teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Tipo de publicación:* se aceptaron artículos tanto de fuentes primarias (ensayos clínicos aleatorizados y ensayos cuasi-experimentales) como de fuentes secundarias (revisiones bibliográficas), disponibles a texto completo.
- Tipo de participantes:* personas mayores de 18 años fumadores con independencia de su sexo, raza o procedencia.
- Fechas de publicación:* Estudios publicados desde 2012 hasta 2022.

Criterios de exclusión

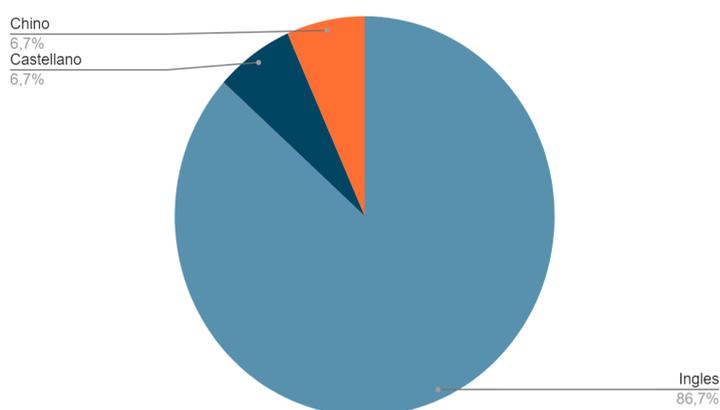
- Tipo de participantes:* participantes con enfermedades de salud mental.
- Tipos de publicaciones:* Literatura gris (congresos, tesis, conferencias...), estudios piloto, cartas, artículos de opinión, y revisiones cuyos artículos están mencionados en este estudio.

Una vez finalizada la búsqueda, se realizó un proceso de selección de la literatura en tres fases (Véase Anexo 3: diagrama de Flujo). En una primera fase, a través de la lectura del título y abstract, se excluyeron 306 por no responder al objetivo, 33 por no cumplir los criterios de inclusión y 40 por estar duplicados. Posteriormente, en la segunda fase, 35 artículos se sometieron a lectura de texto completo, de los cuales 11 artículos fueron excluidos por no cumplir con los criterios de inclusión y exclusión y 1 por no responder al objetivo. Finalmente 23 artículos fueron sometidos a una lectura crítica, de los cuáles 8 fueron excluidos por su calidad y fiabilidad.

Finalmente se llevó a cabo el proceso de análisis de los datos a través de la lectura en profundidad de los artículos seleccionados. Del análisis emergieron diferentes tópicos, como lo son la abstinencia (tanto la autoinformada por los pacientes, como la verificada mediante marcadores bioquímicos), y la reducción del número de cigarrillos consumidos por día. Éstos se agruparon y organizaron de manera estructurada; dando lugar al árbol categorial (Véase Anexo 6: árbol categorial).

5.RESULTADOS

El proceso de búsqueda y selección crítica con el fin de identificar la efectividad de la entrevista motivacional en el abandono del tabaquismo finalizó con un total de 15 artículos. De estos estudios, 10 son ensayos clínicos aleatorizados puros, 3 cuasi experimentales y 2 revisiones sistemáticas. En cuanto al idioma, el 86,7 % están escritos en inglés, el 6,7% en castellano y el 6,7% restante en chino.



Los resultados de esta revisión se presentarán en base a las siguientes categorías: cese de consumo tabáquico que a la vez se clasificará en la abstinencia total del consumo tabáquico (verificada bioquímicamente y autoinformada) y en la reducción del número de cigarrillos consumidos por día. (Véase Anexo:6 árbol categorial).

5.1. CESE DE CONSUMO TABÁQUICO

Dentro de esta categoría se incluyen los artículos que informan sobre la abstinencia total del consumo de tabaco y el porcentaje de reducción del número de cigarrillos.

5.1.1 Abstinencia total del consumo de tabaco

Nos referimos por abstinencia al cese total del consumo de tabaco. Esta categoría se desglosa en la abstinencia verificada bioquímicamente y en la abstinencia autoinformada. La totalidad de los artículos revisados "15" abordaron la relación que había entre la entrevista motivacional y el cese tabáquico.

Abstinencia total verificada bioquímicamente

En los 6 artículos revisados sobre la abstinencia verificada bioquímicamente, esta se controlaba a través de dos métodos: la cotinina en orina y CO exhalado. La cotinina es un metabolito de la nicotina y se considera un biomarcador fiable para determinar la exposición al humo del tabaco; tiene una vida media de aproximadamente 20 horas y puede ser detectada en la orina durante varios días

después del consumo de tabaco (33, 34). Los niveles por debajo de 50 ng/mL en orina suelen considerarse indicativos de abstinencia de tabaco (35). El monóxido de carbono (CO) exhalado es otro biomarcador utilizado para evaluar la abstinencia en el consumo de tabaco (36). El CO se produce cuando el tabaco se quema; su concentración en el aire exhalado es un indicador de la cantidad de humo inhalado (36). La medición de los niveles de CO exhalado se realiza mediante un dispositivo llamado cooxímetro (36). Los niveles por debajo de 6-8 ppm (partes por millón) en el aire exhalado suelen considerarse indicativos de abstinencia de tabaco (37).

Con el fin de aumentar la comparabilidad de los datos simplificamos los resultados del cese a los 3 y a los 6 meses de la intervención.

Tabla 1: Abstinencia total verificada bioquímicamente

Autor	Intervención	Meses	GI	GC	GC	P o IC 95%	RR ajustado
Mujika A et al (año;2014).	GI (15): 4 sesiones semanales de EM, recursos y prevención de recaídas. GC (15): 1 sesión de atención habitual basada en el protocolo de las 5A.	3	6/15 40%	1/15 6,7%	-	0,04	-
		6	-	-	-	-	-
Yixuan C, et al (año;2021).	GI (57): 2 sesiones de EM + soporte mensual en redes sociales durante 3 meses GC (64): 1 sesión de educación habitual para dejar de fumar + un manual para dejar de fumar.	3	20/57 36,0%	11/64 17,2%	-	< 0,05 0,98; 5,59	-
		6	-	-	-	-	-
Louwagie G et al (año;2014).	GI (205): 1 sesión de EM + mensaje corto y un folleto informativo para dejar de fumar. GC (204): mismo mensaje + folleto informativo para dejar de fumar	3	21/83 25,3%	10/73 13,7%	-	0,12 (-0,01; 0,24)	2,32 (1,02; 5,27)
		6	24/83 28,9%	11/83 13,3%	-	0,16 (0,03; 0,28)	2,33 (1,11; 4,90)
Caponnetto P et al (año;2020).	GI (328): 4 sesiones de EM. GC (328): 4 sesiones de consejos breves.	3	56/256 22,6%	12/232 5,1%	-	<0.001	-
		6	44/256 17,1%	11/232 4,7%	-	<0.001	-
Pardavila-Belio M et al (año;2015).	GI (133): 1 sesión basada en los principios de la EM + 4 contactos de seguimiento GC (122): 1 sesión de consejos breves + folleto de autoayuda.	3	-	-	-	-	-
		6	28/133 20,3%	8/122 6,7%	-	0.001	3,41 (1,62–7,20)
Catley D et al (año;2016).	GI o G1 (102): 4 sesiones EM GC o G2 (102): EPs basada en la 5 R. 4 sesiones GC o G3 (53): 1 sesión consejo breve (BA)	3	-	-	-	-	-
		6	3/102 2,9%	9/102 8,8%	0/102 0%	P<0.003	-

Como se puede observar en la tabla 1, 6 artículos [Mujika A et al (38), Yixuan C et al (39), Louwagie G et al (40), Caponnetto P et al (41), Pardavila-Belio M et al (42), y Catley D et al (43)] muestran una disminución estadísticamente significativa en la abstinencia verificada a los 3 y a los 6 meses del estudio.

De los 6 artículos, solo 4 estudian el impacto en la abstinencia verificada a los 3 meses. El porcentaje de abstinencia en el grupo que recibió entrevista motivacional oscila entre el 22.6% y el 40%, con una media del 30,98%. En contraposición, la abstinencia media del grupo control a los 3 meses es del

10,68%. El efecto en la abstinencia resultó estadísticamente significativo en todos los artículos, aunque se identificaron diferencias entre los artículos seleccionados. En los artículos de Mujika et al (38), y Yixuan et al (39), el porcentaje de abstemios en el GI es de un 40% y un 36%, respectivamente; mientras que en los estudios de Louwagie G et al (40) y Caponnetto P (41), et al es de un 25,3% y un 22,6%, respectivamente.

Las diferencias pueden deberse a varios motivos: el tipo de intervención, el tamaño muestral y la utilización de fármacos para dejar de fumar. En el estudio de Mujika et al (38) se llevan a cabo 4 sesiones de entrevista motivacional, además de proporcionar herramientas de ayuda para dejar de fumar, como, por ejemplo: prevención de recaídas, recursos, etc. En el estudio de Yixuan et al (39), se realizan 2 sesiones de entrevista motivacional y soporte mensual en redes sociales. Sin embargo, en los estudios de Louwagie G et al (40) y Caponnetto P et al (41) únicamente se realizan sesiones centradas simplemente en la entrevista motivacional.

Adicionalmente, las diferencias entre los dos bloques de los artículos pueden deberse a que en los estudios llevados a cabo por Mujika et al (38) y de Yixuan et al (39) el tamaño grupal es mucho menor al utilizado por Louwagie G et al (40) y Caponnetto P et al (41). En los grupos de menor tamaño las intervenciones pueden ser mucho más individualizadas. No obstante, el hecho de tener un tamaño muestral menor también puede resultar en una pérdida de robustez en los resultados.

Además, en el estudio de Mujika et al (38), se les permite a los participantes emplear medidas farmacológicas para dejar de fumar, pudiendo distorsionar el verdadero efecto de la entrevista motivacional. En cualquier caso, los efectos de la entrevista motivacional son muy positivos en el cese tabáquico a los 3 meses de la intervención.

Los 4 estudios que investigan el impacto de la entrevista motivacional a los 6 meses también identifican una diferencia estadísticamente positiva en la abstinencia verificada [Louwagie G et al (40), Caponnetto P et al (41), Pardavila-Belio M et al (42) y Catley D et al (43)]. La abstinencia en el grupo de intervención oscila entre un 2,9% y un 28,9%, con una media del 17,3%. En contraposición con una abstinencia media del 8,38% en el grupo control. Los participantes con un mayor número de abstemios verificados son aquéllos que participan en los artículos de Louwagie G et al (40) (28,9%) y Pardavila-Belio M et al (42) (20,3%). Por otro lado, los participantes con un menor número de abstemios verificados son aquéllos que participan en los artículos de Caponnetto P et al (41) (17,1%) y Catley D et al (43) (2,9%).

Las diferencias también pueden deberse al tipo de intervención, ya que tanto el artículo de Louwagie G et al (40) como el de Pardavila-Belio M et al (42) llevan a cabo intervenciones adicionales a la entrevista motivacional, como la transmisión de mensajes estandarizados, la entrega de folletos informativos o la realización de contactos de seguimiento. Sin embargo, los estudios de Caponnetto P, et al y Catley D et al (43), únicamente aplicaron la entrevista motivacional en el grupo de intervención. Del mismo modo que ha ocurrido con los estudios analizados para el período de 3

meses, es posible que la aplicación de un mayor número de tratamientos incremente la tasa de abstinencia tabáquica; sin embargo, realizar más de una única intervención puede distorsionar los resultados, ya que no es posible ver con tanta transparencia los efectos de aplicar exclusivamente la entrevista motivacional a un determinado grupo.

Por último, resaltamos el artículo de Catley D et al (43), con un porcentaje de abstemios verificados en el grupo de intervención de un 2,9%. Esta gran diferencia puede deberse a que la intervención es realizada por consejeros no profesionales, de los que no se conoce los años de experiencia. Por lo tanto, es posible que la entrevista motivacional no se haya aplicado satisfactoriamente y en base a unos estándares mínimos al grupo de intervención.

Abstinencia total autoinformada

En 9 de los artículos seleccionados nos informan de la efectividad de la entrevista motivacional sobre la abstinencia a través de cuestionarios autoinformados. Como se puede observar en la tabla 2, ningún artículo muestra una disminución estadísticamente significativa en la abstinencia autoinformada al de 1 mes de finalizar la intervención. Por otro lado, a los 3 y 6 meses sólo 5 de 9 artículos [Louwagie G et al (40), Catley D et al (43), Pardavila-Belio M et al (42), Lindqvist H et al (44), y Klemperer EM et al (45)] sí muestran una disminución estadísticamente significativa en la abstinencia autoinformada.

Tabla 2: Abstinencia total autoinformada

Autor	Intervención	Meses	GI	GC	GC	P o IC 95%	RR ajustado
Melnick R, et al (año;2021).	GI (178): 4 sesiones (90 minutos) de EM asociada a la terapia cognitivo conductual en grupos GC (151): 4 sesiones (90 minutos) sólo se empleó la terapia cognitivo conductual en grupos.	1	110/178 61,8%	72/151 47,7%	-	0,157	-
		3	-	-	-	-	-
		6	-	-	-	-	-
Louwagie G, et al (año;2014).	GI (205): 1 sesión de EM + mensaje corto y un folleto informativo para dejar de fumar. GC (204): Mismo mensaje + folleto informativo para dejar de fumar	1	-	-	-	-	-
		3	52/205 25,3%	26/204 12,7%	-	0,13 (0,05; 0,20)	2,04 (1,24; 3,35)
		6	44/205 21,5%	19/204 9,3%	-	0,12 (0,05; 0,19)	2,31 (1,33; 4,01)
Piñeiro B, et al (año;2014).	GI (29): 2 sesiones de EM (10-15 minutos) y 6 sesiones grupales (1h) de tratamiento psicológico cognitivo conductual. GC (29): 6 sesiones en grupo de (1h) de tratamiento psicológico cognitivo conductual.	1	11/29 37,9%	10/29 34,4%	-	>0,05	-
		3	5/29 17,2%	8/29 27,6%	-	>0,05	-
		6	4/29 13,8%	6/29 20,7%	-	>0,05	-
Ridner SL et al (año;2014).	GI o G1(30): 1 sesión (5-10 minutos) proporcionado por un médico y enfermeras y basada en los principios de la EM +llamada de seguimiento y refuerzo. GC o G2 (26): 1 sesión (5-10 minutos)	1	-	-	-	-	-
		3	5/30 17%	1/26 4%	4/28 14%	>0,05	-

	proporcionado por un médico y basada en los principios de la EM. GC o G3(28): 1 sesión (3 minutos) basada en las 5As+ material sobre dejar de fumar contacto de seguimiento	6	-	-	-	-	-
Krigel SW et al (año;2017).	GI (41): 1 sesión (no determinan tiempo) basada en la EM y centrada en el ejercicio de equilibrio decisional. GC (41): 1 sesión (no determinan el tiempo) de educación sanitaria	1	3/32 9,4%	3/31 9,7%	-	>0.05	-
		3	-	-	-	-	-
		6	-	-	-	-	-
Catley D et al (año;2016).	GI o G1 (102): 4 sesiones EM GC o G2 (102): EPs basada en la 5 R. 4 sesiones GC o G3 (53): 1 sesión consejo breve (BA)	1	-	-	-	-	-
		3	5/102 4,9%	8/102 7,8%	0/102 0%	0.001	-
		6	7/102 6,9%	15/102 14,7%	8/53 15,1%	0.001	-
Pardavila-Belío M et al (año;2015).	GI (133): 1 sesión basada en los principios de la EM + 4 contactos de seguimiento GC (122): 1 sesión de consejos breves + folleto de autoayuda.	1	-	-	-	-	-
		3	-	-	-	-	-
		6	30/133 22,6%	10/122 8,2%	-	0.002	2,82 (1,42–5,52)
Lindqvista H et al (año;2013).	GI (296): No se especifica el nº de sesiones ni su duración. Recibió sesión de EM. GC (476): No se especifica el nº de sesiones ni su duración. Recibió tratamiento estándar.	1	-	-	-	-	-
		3	-	-	-	-	-
		6	57/296 19,26	66/476 13,87 %	-	0.047	-
Klemperer EM et al (año;2017).	GI (185): 3 llamadas (35-45 minutos) basadas en el protocolo de las 5Rs y en los principios de la EM. GC o G2(189): 1 llamada (5 minutos) consejos e información para dejar de fumar. GC o G3 (186): 3 llamadas (35-45 minutos) basadas en los ejercicios de reducción.	1	-	-	-	-	-
		3	-	-	-	-	-
		6	20/185 10,8%	10/189 5,3%	15/186 8,1%	GI: 2,17 (0,99 a 4,77) GC o G2 1.0 GC o G3: 1,57 (0,69 a 3,59)	-

De los 9 artículos, 6 exploran la abstinencia autoinformada a los 3 meses en el grupo intervención oscila entre un 4,9% y un 37,9%, con una media del 16,1%. La media de abstinencia en el grupo control fue del 13,03%. Únicamente en los estudios Louwagie G et al (40), y Catley D et al (43) identifican diferencias estadísticamente significativas con un porcentaje de abstinencia en el grupo de intervención del 25,3% y un 4,9% respectivamente.

Las diferencias pueden deberse a varios motivos. En el estudio de Louwagie G et al (40), el GI recibe 1 sesión de entrevista motivacional, además de recibir un mensaje corto y estandarizado y un folleto informativo para dejar de fumar, mientras que en el estudio de Catley D et al (43), a pesar de recibir un número mayor de sesiones de entrevista motivacional (4 sesiones), no reciben apoyo

educativo/informativo. Teniendo en cuenta esto, puede que el hecho de disponer de recursos adicionales a la propia entrevista motivacional aumente la abstinencia en el consumo tabáquico, aunque los resultados sobre los efectos de la entrevista motivacional se distorsionen por la adición de un mayor número de variables.

Además de lo anterior, cabe mencionar que las diferencias en las características de los participantes entre ambos estudios son destacables. En el estudio de Louwagie G et al (40), los participantes padecían de tuberculosis, mientras que los participantes de Catley D et al (43), no presentaban ninguna enfermedad. El hecho de que los participantes del estudio Louwagie G et al (40), tuvieran una enfermedad respiratoria puede que influyera en cierta medida a que presentasen mayor predisposición a dejar de fumar frente a los participantes del estudio Catley D et al (43), que no presentaban ninguna patología. Esto puede ser debido al hecho de padecer una enfermedad, por el miedo de agravar los posibles síntomas o el posible avance de la enfermedad, aumente la motivación para dejar de fumar.

El resto de los artículos que exploran los efectos de la entrevista motivacional en el incremento de la abstinencia autoinformada no ofrecen resultados significativos transcurridos 3 meses desde la intervención.

En los artículos Melnick R et al (46), Piñeiro B et al (47), Ridner SL et al (48) y Krigel SW et al (49), el valor ofrece un resultado tal que $p > 0.05$. Esto puede deberse a varios motivos: el pequeño tamaño muestral puede ser uno de ellos; los estudios de Piñeiro B et al (47), Krigel SW et al (49) y Ridner SL et al (48) presentan un tamaño muestral pequeño. Un tamaño muestral pequeño generará resultados poco significativos, poco robustos y muy sensibles ante pequeñas variaciones, lo que distorsiona las interpretaciones que deben realizarse sobre dichos resultados.

Los 4 estudios que investigan el impacto de la entrevista motivacional a los 6 meses también identifican una diferencia estadísticamente positiva en la abstinencia autoinformada [Pardavila-Belio M et al (42), Lindqvista H et al (44), Klemperer EM et al (45) y Catley D et al (43)]. La abstinencia en el grupo de intervención oscila entre un 6,9% y un 22,6%, con una media del 15,81%. En contraposición con una abstinencia media del 10,87% en el grupo control. Los participantes con un mayor número de abstemios autoreportados son aquéllos que participan en los artículos de Pardavila-Belio M et al (42) (22,6%) y Lindqvista H et al (44) (19,6%). Por otro lado, los participantes con un menor número de abstemios autoreportados son aquéllos que participan en los artículos de Klemperer EM et al (45), et al (10,8%) y Catley D et al (43) (6,9%).

Las diferencias pueden deberse a varios motivos: el tipo de intervención, los profesionales, utilización de fármacos para dejar de fumar, etc. En el estudio de Pardavila-Belio M (42), el GI recibe una sesión de entrevista motivacional y 4 contactos de seguimiento pudiendo así favorecer la abstinencia gracias al mantenimiento del contacto entre consejeros y participantes. Además de ello, la intervención es

realizada por una enfermera, es decir una profesional preparada para realizar correctamente las entrevistas motivacionales; en los estudios restantes [Lindqvista H et al (44), Klemperer EM et al (45),y Catley D et al (43)] los consejeros no son profesionales sanitarios lo que puede influir negativamente en el resultado de la entrevista motivacional; es decir, puede que una intervención realizada alguien que no sea profesional sanitario no tenga efectos prolongados en el tiempo en la abstinencia autoinformada.

Por último, destacar que en el estudio de Lindqvista H et al (44) estudio donde el número de abstemios a los 6 meses es el más alto, no se especifican ciertos datos, como el número de sesiones ni la duración de las mismas. Además, en el estudio se menciona que algunos participantes tanto del GI como del GC emplean medidas farmacológicas para intentar dejar de fumar, pudiendo así distorsionar los resultados.

Tras una revisión de los resultados sobre la abstinencia verificada bioquímicamente y la autoinformada a los 3 y 6 meses, podemos indicar que la entrevista motivacional es efectiva en el aumento del porcentaje de abstemios. Es importante recibir refuerzos positivos a lo largo del tiempo para que la entrevista motivacional tenga efectos positivos prolongados en el incremento de la abstinencia. En la revisión de García Gómez L et al (51), se concluyó que cuanto mayor era el tiempo de contacto o el número de sesiones, más efectiva era la entrevista motivacional.

Como se observa a los 3 meses, en el grupo intervención, la media de abstemios verificados es de un 30,98% en contraposición a una media de abstemios del 10,68% en el grupo control; en el mismo periodo de tiempo, en el grupo intervención, la media de abstemios autoinformados es del 16,1% frente a la media de abstemios de un 13,03% en el grupo control. A los 6 meses, los resultados siguen siendo favorables para el grupo intervención, donde la media de abstemios verificados es del 17,3% en contraposición con una abstinencia media del 8,38% en el grupo control, y en el mismo periodo de tiempo, una media del 16,1% del grupo intervención se declaran abstemios, mientras que en el grupo control únicamente una media del 13,03%.

Teniendo en cuenta estos mismos datos, se puede ofrecer una primera conclusión indicando que la media de abstemios, tanto autorreportados como verificados, disminuye con el paso del tiempo, pudiendo deberse a una desmotivación o incluso a una dependencia biopsicosocial.

Una segunda conclusión a raíz de los datos obtenidos es que los efectos de la entrevista motivacional no son significativos al de un mes del estudio; esto dificulta hacer las comparaciones entre 3 períodos de tiempo diferentes, motivo por el que este trabajo se centra en dos períodos: al de 3 y al de 6 meses desde el estudio.

En tercer lugar, en algunos estudios se incorpora un mayor número de variables que únicamente la entrevista motivacional como factor diferencial. Esto significa que algunos estudios ofrecen servicios como la prevención de recaídas y un soporte mensual a los pacientes, además de la entrevista motivacional. Por ello, en estos estudios es difícil medir el efecto marginal de aplicar la entrevista

motivacional en un determinado grupo en cuanto a la abstinencia, sea autorreportada o verificada. Es preciso recordar que aplicar más de un cambio (y no alterar el resto de las variables) distorsiona los resultados de los estudios.

Una cuarta conclusión es que en aquellos estudios donde la entrevista motivacional era ofrecida por profesionales sanitarios, la media de abstemios era mayor que en aquellos donde el consejero no era profesional; por ejemplo: en el estudio de Pardavila-Belio M et al (42), la consejera era una enfermera y la media de abstemios autorreportada fue del 22,6%, frente al estudio de Catley D et al (43), donde los consejeros no eran profesionales, y la media de abstemios autorreportados fue del 6,9%.

Por último, se observa que en aquellos artículos en los que se realiza una revisión del nivel de abstinencia a través de la verificación bioquímica y de la autodeclaración, las tasas de abstemios resultan más reducidas en aquellos grupos en los que la medición se lleva a cabo a través de la verificación bioquímica. En el estudio de Louwagie G et al (40), a los 6 meses, el GI informó de una abstinencia del 28,9%; sin embargo, se verificó bioquímicamente una abstinencia del 21,5% para dicho grupo. Del mismo modo, en el estudio de Catley D et al (43) a los 6 meses, un 4,9% de los participantes del GI autoinformaron haber dejado de fumar, mientras que se verificó una media de un 2,9% de abstemios reales. De manera similar, en el estudio de Pardavila-Belio M et al (42), un 22,6% de participantes del GI autoinformaron haber dejado de fumar a los 6 meses, mientras que en la abstinencia bioquímica se observó que, en el mismo periodo de tiempo, únicamente un 20,3% de los participantes mostraron tasas reales de abstinencia. Los estudios analizados en la revisión de Mantler T et al (52), llegaron a la misma conclusión: la tasa de abstemios era menor al verificarla bioquímicamente, además de que no todos los participantes se sometían a las diferentes pruebas para realizar la verificación.

5.1.2 Reducción del número de cigarrillos consumidos por día

Nos referimos por cigarrillos fumados por día al número total de cigarros que se llegan a consumir en las 24 horas inmediatamente anteriores a un momento determinado. Por ello, cuando se hace una comparación en un momento determinado con respecto a otro, se analizan y comparan los cigarrillos consumidos de media en cada grupo durante las 24 horas inmediatamente anteriores a cada intervención en función de cada grupo, respectivamente. De los 15 artículos revisados, únicamente 6 de ellos abordaron la relación que existía entre la entrevista motivacional y el número de cigarrillos consumidos durante las 24 horas anteriores y posteriores a la intervención. Con el fin de analizar los efectos de dichas intervenciones, se han calculado los porcentajes de reducción en el grupo de intervención y en el de control. Los datos obtenidos son los reportados por los propios pacientes; es decir, son datos autoinformados.

Con el fin de maximizar la comparabilidad de los datos, simplificamos los resultados del cese al de 1, 3 y 6 meses de la intervención.

Tabla 3: Porcentaje de reducción del número de cigarrillos

Autor	Intervención	Meses	GI	GC	GC	P o IC 95%
Piñeiro B, et al (año;2014)	GI (29): 2 sesiones de EM (10-15 minutos) y 6 sesiones grupales (1h) de tratamiento psicológico cognitivo conductual. GC (29): 6 sesiones en grupo de (1h) de tratamiento psicológico cognitivo conductual.	1	57,4%	51,8%	-	p>0.05
		3	50,9%	36,76 %	-	p>0.05
		6	40,5%	30,49 %	-	p>0.05
Ridner SL et al (año;2014)	GI o G1(30): 1 sesión (5-10 minutos) proporcionado por un médico y enfermera y basada en los principios de la EM +llamada de seguimiento y refuerzo. GC o G2 (26): 1 sesión (5-10 minutos) proporcionado por un médico y basada en los principios de la EM + llamada de seguimiento y refuerzo. GC o G3(28): 1 sesión (3 minutos) basada en las 5As + material sobre dejar de fumar contacto de seguimiento	1	17,88%	21,16 %	0%	G1 p>0,05 G2 p>0.05 G3 p>0.05
		3	58,06%	50,89 %	31,08%	G1 p<0,05 G2 p<0.05 G3 p>0.05
Krigel WS, et al(año;2017)	GI (32): 1 sesión (no determinan duración) basada en la EM y centrada en el ejercicio de equilibrio decisional. GC (31): 1 sesión (no determinan duración) de educación sanitaria	1	11,24%	11,27%	-	p>0.05
		3	-	-	-	-
		6	-	-	-	-
Mujika A et a (año;2014)	GI (9): 4 sesiones semanales de EM, recursos y prevención de recaídas. GC (14): 1 sesión de atención habitual basada en el protocolo de las 5A.	1	-	-	-	-
		3	12,2%	19,48 %	-	0.03
		6	-	-	-	-
Caponnetto P, et al (año;2020)	GI (258): 4 sesiones de EM. GC (232): 4 sesiones de consejos breves.	1	-	-	-	-
		3	8,5 %	1,5 %	-	0.001
		6	12,5%	1,2%	-	0.001
Caponnetto P, et al (año;2017).	GI (124): no especifican sesiones ni duración. Farmacéuticos brindan asesoramiento basado en la EM y teoría de la etapa de cambio. GC (63): no especifican sesiones, ni duración. Los farmacéuticos brindan soporte profesional estándar.	1	-	-	-	-
		3	-	-	-	-
		6	66 ,52%	27,75 %	-	GI:P=0,001 GC:P=0,001
Pardavila-Beli o M et al(año;2015).	GI (133): 1 sesión basada en los principios de la EM + 4 contactos de seguimiento GC (122): 1 sesión de consejos breves + folleto de autoayuda.	1	-	-	-	-
		3	-	-	-	-
		6	15,79%	0%	-	0.002

Como se puede observar en la tabla 3, al término de un mes de la intervención, únicamente 3 de los 6 artículos [Piñeiro B et al (47) y Ridner SL et al (48) y Krigel S et al (49),] exploran la reducción del consumo tabáquico. En el GI la media de reducción en el consumo de cigarrillos por día oscila entre

57,4% y 11,24%, con una media del 28,84%; mientras que en el GC la media es de 28,07%; lo que representa una pequeña diferencia del 0,77% en la reducción, que no es estadísticamente significativa. En ningún estudio se observaron diferencias estadísticamente significativas, quizá este hecho se deba a que en un periodo de tiempo tan corto es difícil que se observen cambios en el comportamiento. Otro posible motivo es el pequeño tamaño muestral, ya que es posible que las muestras pequeñas no reproduzcan de forma fiel al conjunto de la población.

A los 3 meses, solo 4 de los 6 artículos [Piñeiro B et al (47), Ridner SL et al (48), Mujika A et al (38), Caponnetto et al (41)] exploran la reducción del consumo tabáquico por día. En el GI, la media de reducción oscila entre un 8,5% y un 58,06%, con una media del 32,42%. En el GC la media de reducción es del 27,16%. Únicamente en los estudios Ridner SL et al (48), Mujika A et al (38) y Caponnetto et al (41) se identifican diferencias estadísticamente significativas; llegando a reducir de media el consumo de cigarrillos por día en el GI en un 58,06%, 12,2% y un 8,5% respectivamente. Siendo en el estudio de Ridner SL et al (48) donde la media de reducción fue más alta.

En el estudio de Ridner SL et al (48), a diferencia de los estudios de Mujika A et al (38) y Caponnetto et al (50), el GI únicamente recibió una sesión breve de entrevista motivacional ofrecida por una enfermera y un médico formados en la entrevista motivacional, así como una llamada de seguimiento y refuerzo. En los estudios de Mujika A et al (38) y el Caponnetto et al (41), el GI recibió 4 sesiones de EM, pero no recibieron ninguna llamada de seguimiento ni de control. Cabe destacar que en el estudio de Mujika et al (38), el GC llegó a consumir un menor nº de cigarrillos que el GI en términos relativos; estos datos pueden deberse al reducido tamaño muestral que se han analizado en el artículo, lo que implica que los datos son menos similares a la realidad como conjunto.

En el estudio Piñeiro B et al (47) las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p > 0.05$). Esto implica que no pueden compararse los efectos de la entrevista motivacional entre el GI y el GC a los 3 meses de la intervención. Los motivos pueden ser debidos a que la entrevista motivacional no ha tenido los efectos esperados, al pequeño tamaño muestral o a variables exógenas no contenidas en el artículo que alteren los resultados.

Si nos centramos en los resultados a los 6 meses de finalizar la intervención, únicamente 4 de los 6 artículos [Caponnetto et al (50), y Pardavila-Belio M (42), Piñeiro B et al (47)] exploran el número de cigarrillos consumidos por día. En el GI la media de reducción en el consumo de cigarrillos/día oscila entre 12,5% y un 66,52%, siendo la media del 33,9% en contraposición con el GC donde la media de reducción es del 14,86%. Únicamente en los estudios de Caponnetto et al (41), Caponnetto et al (50) y Pardavila-Belio M et al (43), se identifican diferencias estadísticamente significativas, llegando a reducir de media el consumo de cigarrillos por día en el GI 12,5%, 66,52% y 15,79% respectivamente.

Como se puede observar el estudio de Caponnetto et al (50), es el estudio con una tasa de reducción más alta. En el estudio de Caponnetto et al (50), el GI recibió entrevistas motivacionales ofrecidas por farmacéuticas, aunque desconocemos el número de sesiones y la duración de éstas, mientras que el GC sólo recibió un soporte mensual estándar, pero no entrevistas motivacionales.

En el estudio de Pardavila-Belio M et al (42), el GI recibió 1 sesión basada en los principios de la entrevista motivacional además de 4 contactos de seguimiento; la sesión y los contactos fueron llevados a cabo por una enfermera. En el estudio de Caponnetto et al (41) el GI recibió 4 sesiones de entrevista motivacional.

En el estudio de Piñeiro B et al (47), no hubo diferencias estadísticamente significativas, el motivo es el mismo que el mencionado anteriormente para su período correspondiente.

Podríamos concluir que en función del plano temporal con respecto a la intervención (1, 3 y 6 meses de la intervención), la media de reducción en el consumo de cigarrillos/día en el GI son de 28,84%, 32,42%, y 33,9% con respecto a lo que consumían antes de la intervención, respectivamente; mientras que en el GC la media de reducción es del 28,07%, 27,16% y 14,86%, respectivamente. Podemos concluir que la entrevista motivacional es más efectiva que las intervenciones recibidas por el grupo control. Adicionalmente, podemos concluir que la efectividad de la entrevista motivacional va aumentando con el paso del tiempo.

También se observa que en aquellos estudios [Ridner SL et al (48), Caponnetto et al (50), y Pardavila-Belio M et al (42)], donde la entrevista motivacional es llevada a cabo por profesionales sanitarios, los resultados son estadísticamente significativos, además de que los datos favorecen al GI frente al GC en cuanto a la reducción tabáquico diario se refiere. Por otro lado, disponemos de un estudio, Mujika et al (38), donde la intervención es llevada a cabo por una enfermera y donde los resultados son significativos y contrarios a los casos anteriores; es decir, el número de cigarrillos medio diario consumido por el GC es menos con respecto al GI. Es difícil saber el motivo exacto, aunque es posible que se deba a varios factores, como el pequeño tamaño muestral, a la presunta no preparación específica de la enfermera en esta materia (al menos relativamente con respecto al personal sanitario de los casos anteriores) o a demás variables exógenas no mostradas en el documento.

6. Conclusiones y limitaciones

Teniendo en cuenta los datos mencionados, podemos extraer una serie de lecciones.

Las entrevistas motivacionales son efectivas en comparación a otras intervenciones para favorecer el cese tabáquico; adicionalmente, es de vital importancia que las entrevistas motivacionales sean llevadas a cabo personal sanitario profesional y entrenado, ya que los resultados obtenidos son

sistemáticamente mejores con respecto a cuando la intervención es aplicada por personas no formadas. Además, podemos concluir que reforzar los estímulos se considera un factor clave para incrementar el cese tabáquico, ya que el efecto de la entrevista motivacional parece diluirse a lo largo del tiempo si no se aplican refuerzos

En relación a las aportaciones para futuros estudios de investigación, es importante llevar a cabo una correcta medición de los datos; para ello, es importante hacer comparaciones entre dos grupos idénticos en los que la única diferencia sea haber recibido o no la entrevista motivacional, de forma que los datos obtenidos sean certeros y no estén distorsionados por la inclusión de terceras variables. Del mismo modo, los datos deben recogerse mediante verificaciones bioquímicas con el fin de evitar componentes psicológicos y sociales que distorsionen los datos e impidan una buena medición de los mismos.

Sin embargo, debemos considerar la posibilidad de que los datos previamente citados no sean completamente precisos debido a la existencia de una limitación fundamental en la etapa de recolección de los datos. La principal limitación que se encuentra a lo largo de los estudios revisados es el pequeño tamaño muestral de los grupos de intervención y control, lo que desencadena que una pequeña variación altere y distorsione el resultado. Esto implica que los resultados carezcan de cierta robustez estadística. Lo anterior, en cualquier caso, no debe alejarnos de la idea de que las entrevistas motivacionales ofrecen resultados generalmente positivos que, con independencia de que se necesiten refuerzos para que su efecto sea prolongado en el tiempo, mejoran la calidad de vida de las personas.

Anexo 1: tabla de conceptos de búsqueda

Objetivo de búsqueda: valorar la efectividad de la entrevista motivacional en el abandono del consumo tabáquico.

Concepto de Búsqueda	Lenguaje natural		Lenguaje Controlado (descriptores)
	Sinónimo	Inglés	
Entrevista motivacional	Entrevista incentiva	Motivational interview Incentive interview	Medline (MeSH): motivational Interviewing CINAHL (Descriptores de CINAHL): motivational Interviewing PsycINFO (Thesaurus): motivational Interviewing Cochrane Database (MeSH): motivational Interviewing CUIDEN: no existe su descriptor
Cese consumo tabáquico	Interrupción consumo tabáquico	Smoking cessation	Medline (MeSH): smoking cessation CINAHL (Descriptores de CINAHL): smoking cessation PsycINFO (Thesaurus): smoking cessation Cochrane Database (MeSH): smoking cessation CUIDEN: no existe su descriptor

Anexo 2: tabla de búsqueda

Objetivo de búsqueda: valorar la efectividad de la entrevista motivacional en el abandono del consumo tabáquico.

Base datos	Ecuación de búsqueda	Resultados		Observaciones
		Encontrados	Útiles	
Medline	Motivational Interviewing and Smoking cessation and limits (2012-current)	155	39	Búsqueda efectiva, se encuentran un gran número de artículos que dan respuesta al objetivo y que cumplen los criterios de inclusión.
Cochrane Library	Motivational Interviewing and Smoking cessation	88	26	Búsqueda efectiva, se encuentran un gran número de artículos que dan respuesta al objetivo y que cumplen los criterios de inclusión
Cochrane Library	Motivational Interviewing and Smoking cessation and limitis (clfinical trial and 2012-2022)	87		Búsqueda no efectiva, se encuentran mismos artículos que en búsqueda anterior a excepción de un artículo que no se incluye en esta revisión.
Cinahl	Motivational Interviewing and Smoking cessation and limits (2012-2022)	75	29	Búsqueda efectiva, se encuentran un gran número de artículos que dan respuesta al objetivo y que cumplen los criterios de inclusión.

Psycinfo	Motivational Interviewing and Smoking cessation and limits (2012-2022)	101		Búsqueda no efectiva por la amplia cantidad de artículos encontrados.
Psycinfo	Motivational Interviewing and Smoking cessation and limits (academic journals and 2012-2022)	96	27	Búsqueda efectiva, a pesar de un gran tamaño muestral de artículos encontrados el número de artículos válidos para la revisión son una cantidad más proporcional.

Anexo 3: guión de lectura crítica de estudios de investigación cualitativa

Artículo: Efficacy of brief motivational interviewing on smoking cessation at tuberculosis clinics in Tshwane, South Africa: a randomized controlled trial.

<p>Objetivos e hipótesis</p>	<p>¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidas?</p> <p>Determinar la eficacia de las entrevistas motivacionales breves realizadas por trabajadores de la salud para ayudar a los pacientes con tuberculosis a dejar de fumar en un entorno con altas tasas de coinfección por VIH y tuberculosis.</p>	<p>Si</p> <p>R</p> <p>No</p>	<p>El objetivo de este estudio está bien definido porque identifica los elementos de la pregunta PIO:</p> <p>P→Pacientes fumadores con tuberculosis</p> <p>I→Entrevistas motivacionales breves sobre el abandono del hábito tabáquico</p> <p>C→No está definida.</p> <p>O→Dejar de fumar.</p>
<p>Diseño</p>	<p>¿El tipo de diseño utilizado es el adecuado en relación con el objeto de la investigación (objetivos y/o hipótesis)?</p> <p>Ensayo controlado aleatorio individual paralelo de dos grupos multicéntrico</p>	<p>Si</p> <p>R</p> <p>No</p>	<p>El tipo de diseño experimental paralelo de dos grupos con asignación aleatoria a los grupos es adecuado y coherente con el objetivo de probar la eficacia de las entrevistas motivacionales breves sobre el abandono del hábito tabáquico. Además, este diseño de investigación es el más robusto para prevenir problemas del sesgo de compatibilidad.</p>

	<p>Si se trata de un estudio de intervención/experimental, ¿Puedes asegurar que la intervención es adecuada? ¿Se ponen medidas para que la intervención se implante sistemáticamente?</p> <p>El grupo de intervención recibió una sesión de 15-30 minutos centrada en la entrevista motivacional breve y luego fueron remitidos a la enfermera de tuberculosis, quien les proporcionaba una frase breve y estandarizada sobre los efectos negativos de fumar y los beneficios de abandonar el hábito tabáquico; además, se les entregó un folleto para dejar de fumar.</p> <p>El grupo control recibió la misma frase estandarizada por parte de la enfermera de tuberculosis que el grupo intervención al igual que también recibió el mismo folleto.</p>	<p>Si</p> <p>R</p> <p>No</p>	<p>La intervención está medianamente definida, lo único que indican es que realizan una entrevista motivacional breve de 15-30 minutos. No se indica si hay un protocolo de la entrevista motivacional breve y una formación acerca del protocolo a las personas que realizan la entrevista motivacional.</p>
<p>Población y muestra</p>	<p>¿Se identifica y describe la población?</p> <p>Todos los pacientes adultos que iniciaron el tratamiento de la tuberculosis en las seis clínicas asignadas para el estudio fueron abordados para participar en el estudio. Se excluyó a los participantes si tenían menos de 18 años, estaban demasiado enfermos para participar, no podían entender uno de los dos idiomas en los que se administró el cuestionario, no</p>	<p>Si</p> <p>R</p> <p>No</p>	<p>El estudio identifica la población a la que desea dirigir la investigación (todos los pacientes adultos fumadores con tuberculosis pertenecientes a las 6 clínicas asignadas para el estudio) y se identifican a aquellos pacientes que son excluidos para el estudio.</p>

	fumaban actualmente o si ya habían estado en tratamiento contra la tuberculosis durante más de 1 mes.		
	¿Es adecuada la estrategia de muestreo?	Si R No	No se indica cual es la estrategia de muestreo, se sospecha que el muestreo es un muestreo accidental lo que no repercute en la validez interna, pero podría incurrir en un problema de validez externa.
	¿Hay indicios de que han calculado de forma adecuada el tamaño muestral o el número de personas o casos que tiene que participar en el estudio?	Si R No	<p>En un principio se realiza un cálculo del tamaño muestral basado en literatura previa “fue de 548, basado en una tasa sostenida de abandono del 10 % en el grupo control y del 20 % en el grupo de intervención, con un poder estadístico del 80 % (prueba bilateral) e incluyendo un 20 % de deserción”. Por problemas con el muestreo tuvieron que revisar los cálculos, esta vez recogieron una muestra de 400 personas. Volvieron a realizar cálculos basándose en una estimación del 5% de abandono en el grupo de control y 15% en el grupo de intervención, teniendo en cuenta el 20% de deserción.</p> <p>Esto podría generar ciertos problemas del poder del estadístico.</p>

Medición de las variables	¿Puedes asegurar que los datos están medidos adecuadamente?	Si R No	<p>Los resultados se midieron a través de preguntas autoinformadas ('¿ha fumado algún cigarrillo o cualquier otro producto de tabaco, incluso una parte, desde la primera entrevista?') y a través de una verificación bioquímica con el piCO+Monitor de monóxido de carbono (CO) Smokerlyzer (Bedfont Scientific Ltd, Maidstone, Reino Unido) utilizando el valor de corte estándar recomendado.</p> <p>Se entiende que el instrumento está validado, por lo tanto, se aseguraría que mide lo que tiene que medir.</p> <p>No obstante, a pesar de indicar con qué instrumentos miden los resultados, no indican si han puesto en marcha estrategias para controlar el sesgo de instrumentación: mismas condiciones de medida entre grupos e intragrupo o si han recibido formación en el manejo de las escalas para medir por igual.</p>
----------------------------------	---	----------------------	---

Control de Sesgos	Si el estudio es de efectividad/relación: ¿Puedes asegurar que los grupos intervención y control son homogéneos en relación a las variables de confusión?	Si R No	No sabemos si los grupos son heterogéneos o homogéneos debido a que no están controladas ninguna las características basales de los participantes. Además, en el estudio se menciona que hay diferencias entre ambos grupos a pesar de ser similares en algunas características, pero no indican si esas diferencias son estadísticamente significativas, y en la tabla tampoco aparece la p.
	Si el estudio es de efectividad/relación: ¿Existen estrategias de enmascaramiento o cegamiento del investigador o de la persona investigada?	Si R No	Si hay un cegamiento del investigador que distribuye a la población en el GC y el GI, pero no hay un cegamiento del investigador que realiza las intervenciones ni del investigador que recoge los resultados. En cuanto a los GC y GI la intervención de la EM breve al ser de corta duración (15-20 minutos) podemos sospechar que no sepan a qué grupo pertenecen, aunque el estudio no lo indique.
Resultados	¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis?	Si R No	La entrevista motivacional breve proporcionada por los sanitarios fue efectiva para ayudar a los pacientes con tuberculosis a dejar de fumar en condiciones de prueba en un entorno sudafricano.

Valoración final	¿Utilizarías el estudio para tu revisión final?	Si R No	A pesar de los posibles sesgos de instrumentación y de comparabilidad, creo que, a nivel general, se puede confiar en sus resultados y que son robustos.
-------------------------	---	------------------------------	--

Anexo 3: guión de lectura crítica de estudios de investigación cualitativa

Artículos:

1. A Randomized Trial of Motivational Interviewing cessation Induction Among Smokers With Low Desire to Quit.
2. Efficacy of brief motivational interviewing on smoking cessation at tuberculosis clinics in Tshwane, South Africa: a randomized controlled trial.
3. Motivational, reduction and usual care interventions for smokers who are not ready to quit: a randomized controlled trial.
4. Effectiveness of motivational interviewing in smoking groups in primary healthcare a community-based randomized cluster trial.
5. Effects of Motivational Interview and Mobile Social Network Support on Smoking Cessation in Male Patients With Coronary Heart Disease.
6. Motivational interviewing and the decisional balance procedure for cessation induction in smokers not intending to quit.
7. ¿Mejora la entrevista motivacional la eficacia del tratamiento psicológico para dejar de fumar?
8. Training pharmacists in the stage-of-change model of smoking cessation and motivational interviewing: A randomized controlled trial.
9. Motivational interviewing as a smoking cessation strategy with nurses: An exploratory randomized controlled trial.
10. Using Motivational Interviewing for Smoking Cessation in Primary Care.
11. A randomized controlled trial to compare group motivational interviewing to very brief advice for the effectiveness of a workplace smoking cessation counseling intervention.

12. Intervention study for smoking cessation in Spanish college students pragmatic randomized controlled trial.

13. Motivational interviewing in an ordinary clinical setting: a controlled clinical trial at the Swedish National Tobacco Quitline.

14. Smoking cessation treatments current psychological and pharmacological options.

15. Motivational Interviewing and Smoking Behaviors: A Critical Appraisal and Literature Review of Selected Cessation Initiatives.

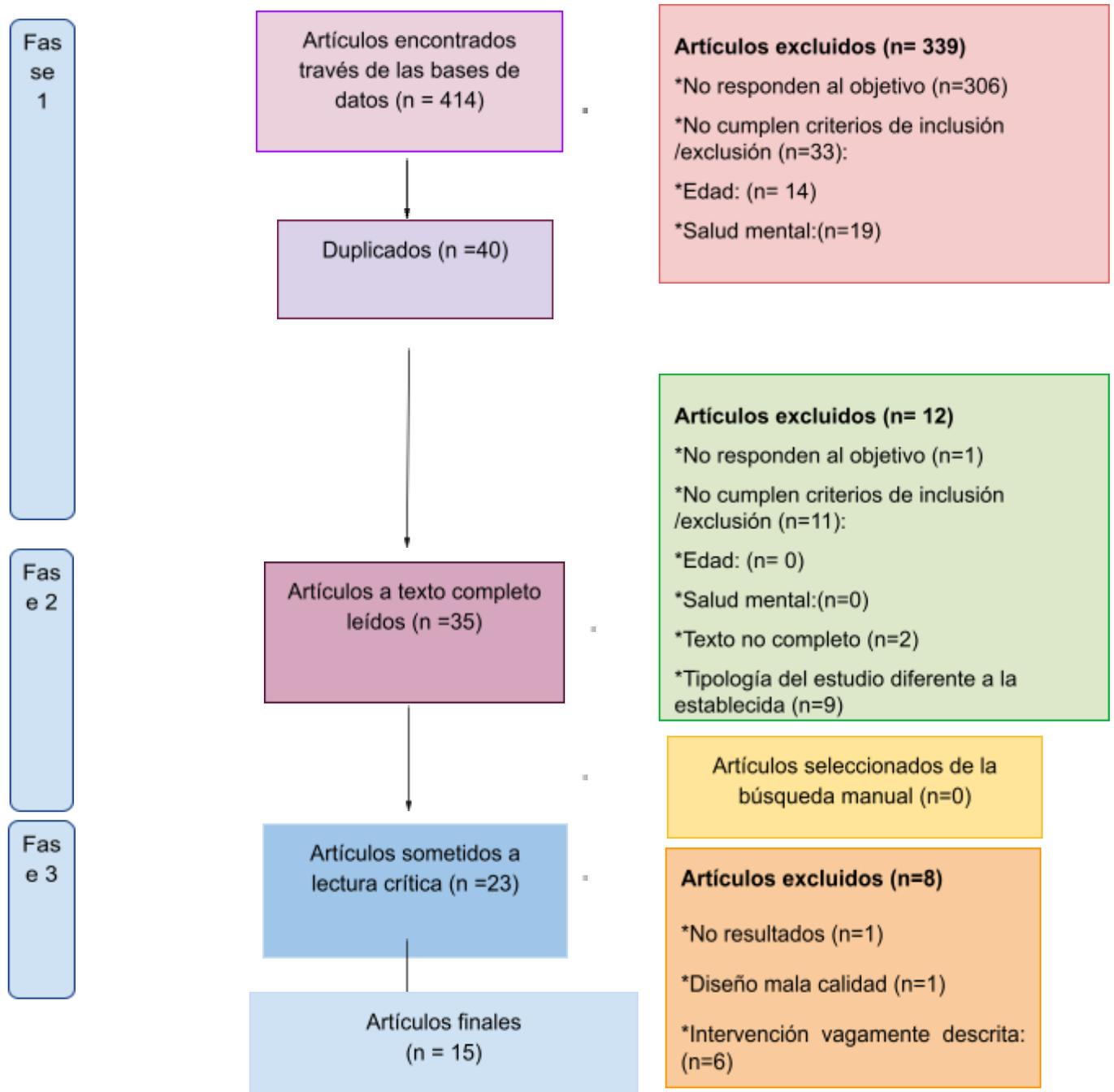
	Criterios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Objetivos e hipótesis	¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidas?	Si R No												
	¿El tipo de diseño utilizado es el adecuado en relación con el objeto de la investigación (objetivos y/o hipótesis)?	Si R No												
	Si se trata de un estudio de intervención /experiment	Si R No												

	al, ¿Puedes asegurar que la intervención es adecuada? ¿Se ponen medidas para que la intervención se implante sistemáticamente?											o	o	o
Población y muestra	¿Se identifica y describe la población?	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No
	¿Es adecuada la estrategia de muestreo?	Si R No												
	¿Hay indicios de que han calculado de forma adecuada el tamaño muestral o el número de personas o casos que	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No						

	tiene que participar en el estudio?													
Medición de las variables	¿Puedes asegurar que los datos están medidos adecuadamente?	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No
Control de Sesgos	Si el estudio es de efectividad/relación: Puedes asegurar que los grupos intervención y control son homogéneos en relación a las variables de confusión?	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No								

	Si el estudio es de efectividad/relación:	Si R No												
	¿Existen estrategias de enmascaramiento o cegamiento del investigador o de la persona investigada													
Resultados	¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis?	Si R No												
Valoración final	¿Utilizarías el estudio para tu revisión final?	Si R No												

Anexo 4: Diagrama de flujo



Nota: Este diagrama de flujo para el TFG se ha elaborado en base a las indicaciones PRISMA¹.

¹ Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

Anexo 5: Tabla de resultados

Autores (Año)	Objetivo	Diseño	Muestra/Intervención	Resultados																																							
<p>1ª Artículo</p> <p>Autores: Catley D, Goggin K, Harris KJ, Richter KP, Williams K, Patten C, Resnicow K, Ellerbeck EF, Bradley-Ewing A, Lee HS, Moreno JL, Grobe JE</p> <p>Año: 2016</p>	<p>Examinar la eficacia de la entrevista motivacional en relación con una intervención educativa de intensidad equivalente (educación para la salud), y la eficacia de consejos breves para inducir intentos de abandono tabáquico entre fumadores con poca motivación para dejar de</p>	<p>Ensayo clínico aleatorizado.</p>	<p>G1: 51 participantes G2: 102 participantes G3: 102 participantes</p> <p>Participantes: ≥18 años, fumadores ≥ 1 cigarrillos/día, no intención de embarazo en los próximos 6 meses, no uso de medicación para dejar de fumar, no planes de abandono tabáquico en los próximos 7 días, desmotivación ≤6 en una escala de autoinforme.</p> <p>G1-Consejos breves</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1205 480 1323 786">Abstinencia autoinformada</th> <th data-bbox="1323 480 1435 786">G1 (n=51)</th> <th data-bbox="1435 480 1547 786">G2 (n=102)</th> <th data-bbox="1547 480 1659 786">G3 (n=102)</th> <th data-bbox="1659 480 1765 786">P</th> <th data-bbox="1765 480 1839 786">IC del 95 % G1-G3</th> <th data-bbox="1839 480 1928 786">IC del 95 % G2-G3</th> <th data-bbox="1928 480 2029 786">IC del 95 % G1-G2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1205 786 1323 1002">Seguimiento 3 meses</td> <td data-bbox="1323 786 1435 1002">4,9%</td> <td data-bbox="1435 786 1547 1002">7,8%</td> <td data-bbox="1547 786 1659 1002">0%</td> <td data-bbox="1659 786 1765 1002">0.001</td> <td data-bbox="1765 786 1839 1002">5 (1 a 9)</td> <td data-bbox="1839 786 1928 1002">- 3 (-10 a 4)</td> <td data-bbox="1928 786 2029 1002">8 (3 a 13)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1205 1002 1323 1217">Seguimiento 6 meses</td> <td data-bbox="1323 1002 1435 1217">6,9%</td> <td data-bbox="1435 1002 1547 1217">14,7%</td> <td data-bbox="1547 1002 1659 1217">15,1%</td> <td data-bbox="1659 1002 1765 1217">0.001</td> <td data-bbox="1765 1002 1839 1217">2 (-5 a 9)</td> <td data-bbox="1839 1002 1928 1217">-9 (-17 a -1)</td> <td data-bbox="1928 1002 2029 1217">11 (2 a 20)</td> </tr> <tr> <th data-bbox="1205 1217 1323 1337">Abstinencia</th> <th data-bbox="1323 1217 1435 1337">G1</th> <th data-bbox="1435 1217 1547 1337">G2</th> <th data-bbox="1547 1217 1659 1337">G3</th> <th data-bbox="1659 1217 1765 1337">P</th> <th data-bbox="1765 1217 1839 1337">IC del</th> <th data-bbox="1839 1217 1928 1337">IC del</th> <th data-bbox="1928 1217 2029 1337">IC del</th> </tr> </tbody> </table>								Abstinencia autoinformada	G1 (n=51)	G2 (n=102)	G3 (n=102)	P	IC del 95 % G1-G3	IC del 95 % G2-G3	IC del 95 % G1-G2	Seguimiento 3 meses	4,9%	7,8%	0%	0.001	5 (1 a 9)	- 3 (-10 a 4)	8 (3 a 13)	Seguimiento 6 meses	6,9%	14,7%	15,1%	0.001	2 (-5 a 9)	-9 (-17 a -1)	11 (2 a 20)	Abstinencia	G1	G2	G3	P	IC del	IC del	IC del
Abstinencia autoinformada	G1 (n=51)	G2 (n=102)	G3 (n=102)	P	IC del 95 % G1-G3	IC del 95 % G2-G3	IC del 95 % G1-G2																																				
Seguimiento 3 meses	4,9%	7,8%	0%	0.001	5 (1 a 9)	- 3 (-10 a 4)	8 (3 a 13)																																				
Seguimiento 6 meses	6,9%	14,7%	15,1%	0.001	2 (-5 a 9)	-9 (-17 a -1)	11 (2 a 20)																																				
Abstinencia	G1	G2	G3	P	IC del	IC del	IC del																																				



	fumar.	<p>(BA): 1 sesión (5 min) basada en la Guía de Práctica Clínica.</p> <p>G2-Educación para la salud (HE): 4 sesiones (no indican duración) basadas en las "5 R" (riesgos de fumar, recompensas, obstáculos).</p> <p>G3-Entrevista motivacional (MI): 4 sesiones (no indican duración) basadas en los principios de la entrevista motivacional (empatía, autonomía, preguntas abiertas, afirmaciones, reflexiones, ambivalencia y discrepancias)</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1205 204 1323 421">verificada</th> <th data-bbox="1323 204 1435 421"></th> <th data-bbox="1435 204 1547 421"></th> <th data-bbox="1547 204 1659 421"></th> <th data-bbox="1659 204 1765 421"></th> <th data-bbox="1765 204 1839 421">95 % G1-G3</th> <th data-bbox="1839 204 1928 421">95 % G2-G3</th> <th data-bbox="1928 204 2020 421">95 % G1-G2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1205 421 1323 644">Seguimiento 6 meses</td> <td data-bbox="1323 421 1435 644">2,9%</td> <td data-bbox="1435 421 1547 644">8.8%</td> <td data-bbox="1547 421 1659 644">0%</td> <td data-bbox="1659 421 1765 644">P<0.003</td> <td data-bbox="1765 421 1839 644">3 (0 a 6)</td> <td data-bbox="1839 421 1928 644">- 5 (-11 a 1)</td> <td data-bbox="1928 421 2020 644">8 (3 a 13)</td> </tr> </tbody> </table>					verificada					95 % G1-G3	95 % G2-G3	95 % G1-G2	Seguimiento 6 meses	2,9%	8.8%	0%	P<0.003	3 (0 a 6)	- 5 (-11 a 1)	8 (3 a 13)
verificada					95 % G1-G3	95 % G2-G3	95 % G1-G2																
Seguimiento 6 meses	2,9%	8.8%	0%	P<0.003	3 (0 a 6)	- 5 (-11 a 1)	8 (3 a 13)																



			ofrecidas por consejeros no sanitarios.																															
<p>2ª Artículo</p> <p>Autores: Louwagie G, Okuyemi KS, Ayo-Yusuf OA.</p> <p>Año: 2014</p>	<p>Determinar la eficacia de las entrevistas motivacionales breves realizadas por trabajadores sanitarios no profesionales para ayudar a los pacientes con tuberculosis a dejar de fumar.</p>	<p>Ensayo clínico aleatorizado.</p>	<p>GI:205 y GC:204</p> <p>Participantes: ≥18 años, fumadores que inician tratamiento de tuberculosis en las 6 clínicas asignadas para el estudio, no llevaban más de 1 mes en tratamiento para la tuberculosis, no están demasiado enfermos para participar y comprenden el idioma en el que se realiza el cuestionario.</p> <p>GI: 1 sesión (15-20 minutos) basada en la entrevista</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Abstinencia autoinformada</th> <th>GI (n=205)</th> <th>GC (n=204)</th> <th>Diferencia absoluta (95% IC)</th> <th>RR crudo (95% IC)</th> <th>TR ajustado (95% IC)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Seguimiento 3 meses</td> <td>25,3%</td> <td>12,7%</td> <td>0,13 (0,05; 0,20)</td> <td>1,98 (1,24; 3,18)</td> <td>2,04 (1,24; 3,35)</td> </tr> <tr> <td>Seguimiento 6 meses</td> <td>21,5%</td> <td>9,3%</td> <td>0,12 (0,05; 0,19)</td> <td>2,29 (1,34; 3,92)</td> <td>2,31 (1,33; 4,01)</td> </tr> <tr> <th>Abstinencia verificada</th> <th>GI (83 participantes)</th> <th>GI (83 participantes)</th> <th>Diferencia absoluta (95% IC)</th> <th>RR crudo (95% IC)</th> <th>TR ajustado (95% IC)</th> </tr> <tr> <td>Seguimiento</td> <td>25,3%</td> <td>13,7%</td> <td>0,12</td> <td>2,03</td> <td>2,32</td> </tr> </tbody> </table>	Abstinencia autoinformada	GI (n=205)	GC (n=204)	Diferencia absoluta (95% IC)	RR crudo (95% IC)	TR ajustado (95% IC)	Seguimiento 3 meses	25,3%	12,7%	0,13 (0,05; 0,20)	1,98 (1,24; 3,18)	2,04 (1,24; 3,35)	Seguimiento 6 meses	21,5%	9,3%	0,12 (0,05; 0,19)	2,29 (1,34; 3,92)	2,31 (1,33; 4,01)	Abstinencia verificada	GI (83 participantes)	GI (83 participantes)	Diferencia absoluta (95% IC)	RR crudo (95% IC)	TR ajustado (95% IC)	Seguimiento	25,3%	13,7%	0,12	2,03	2,32
				Abstinencia autoinformada	GI (n=205)	GC (n=204)	Diferencia absoluta (95% IC)	RR crudo (95% IC)	TR ajustado (95% IC)																									
				Seguimiento 3 meses	25,3%	12,7%	0,13 (0,05; 0,20)	1,98 (1,24; 3,18)	2,04 (1,24; 3,35)																									
				Seguimiento 6 meses	21,5%	9,3%	0,12 (0,05; 0,19)	2,29 (1,34; 3,92)	2,31 (1,33; 4,01)																									
				Abstinencia verificada	GI (83 participantes)	GI (83 participantes)	Diferencia absoluta (95% IC)	RR crudo (95% IC)	TR ajustado (95% IC)																									
Seguimiento	25,3%	13,7%	0,12	2,03	2,32																													



			<p>motivacional + mensaje corto y estandarizado para dejar de fumar por enfermera de tuberculosis + folleto informativo para dejar de fumar.</p> <p>GC: Mismo mensaje que GI por parte de la enfermera de tuberculosis + folleto informativo para dejar de fumar</p>	<table border="1"> <tr> <td>3 meses</td> <td></td> <td></td> <td>(-0,01; 0,24)</td> <td>(0,95; 4,33)</td> <td>(1,02; 5,27)</td> </tr> <tr> <td>Seguimiento 6 meses</td> <td>28,9%</td> <td>13,3%</td> <td>0,16 (0,03; 0,28)</td> <td>2,21 (1,08; 4,51)</td> <td>2,33 (1,11; 4,90)</td> </tr> </table>	3 meses			(-0,01; 0,24)	(0,95; 4,33)	(1,02; 5,27)	Seguimiento 6 meses	28,9%	13,3%	0,16 (0,03; 0,28)	2,21 (1,08; 4,51)	2,33 (1,11; 4,90)
3 meses			(-0,01; 0,24)	(0,95; 4,33)	(1,02; 5,27)											
Seguimiento 6 meses	28,9%	13,3%	0,16 (0,03; 0,28)	2,21 (1,08; 4,51)	2,33 (1,11; 4,90)											
<p>3ª Artículo</p> <p>Autores: Klemperer EM, Hughes JR, Salomón CJ, Callas PW, Fingarb JR</p>	<p>Evaluar si, en comparación con la atención habitual, las intervenciones breves motivacionales o de reducción aumentan los intentos de dejar de</p>	<p>Ensayo clínico aleatorizado</p>	<p>G1: 189, G2: 185 y G3:186</p> <p>Participantes: ≥ 18 años, fumar ≥ 10 cigarrillos/día, ningún cambio en el CPD de ± 25% o más en el último mes, ningún uso de nicotina u</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Abstinencia autoinformada</th> <th>G1</th> <th>G2</th> <th>G3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Seguimiento 6 meses</td> <td>5,3%</td> <td>10,8%</td> <td>8,1%</td> </tr> <tr> <td>O (95% IC)</td> <td>1.0</td> <td>2,17 (0,99 a 4,77)</td> <td>1,57 (0,69 3,59)</td> </tr> </tbody> </table>	Abstinencia autoinformada	G1	G2	G3	Seguimiento 6 meses	5,3%	10,8%	8,1%	O (95% IC)	1.0	2,17 (0,99 a 4,77)	1,57 (0,69 3,59)
Abstinencia autoinformada	G1	G2	G3													
Seguimiento 6 meses	5,3%	10,8%	8,1%													
O (95% IC)	1.0	2,17 (0,99 a 4,77)	1,57 (0,69 3,59)													



Año: 2017	fumar o la abstinencia entre los fumadores que no están listos para dejar de fumar.		<p>otros tratamientos para dejar de fumar en el último mes y deseo de dejar de fumar algún día, pero no en los próximos 30 días.</p> <p>G1: Llamada de 5 minutos. Valoración del historial tabáquico + consejos e información para dejar de fumar.</p> <p>G2: 3 llamadas (35-45 minutos) basadas en el protocolo de las 5Rs y en los principios de la entrevista motivacional (discrepancia, autoeficacia). Intervenciones ofrecidas por</p>	Seguimiento 12 meses	3,7%	9,7%	8,6%
				O (95% IC)	1.0	2,80 (1,14 a 6,88)	2,45 (0,98 a 6,09)



			<p>profesionales no sanitarios. 1ª llamada: descubrir y reforzar la motivación para dejar de fumar +conocer riesgos y recompensas. 2ª llamada: ayudar a identificar y resolver obstáculos. 3ª llamada: revisar y repetir mensajes de las dos primeras llamadas + consejos para dejar de fumar.</p> <p>G3:3 llamadas (35-45 minutos). 1ª llamada: beneficios de la reducción en dejar de fumar, establecer metas y discutir pros y contras de reducción programada y</p>	
--	--	--	--	--

			reducción jerárquica. 2ª llamada: revisar progreso, responder preguntas y ajustar metas. 3ª llamada: valorar intervenciones recibidas, reforzar logros y ofrecer consejos.									
<p>4ª Artículo</p> <p>Autores:</p> <p>Melnick R,Mendonça CS,Meyer I,Faustino Silva DD</p> <p>Año:2021</p>	<p>Evaluar la efectividad de la entrevista motivacional asociada a la terapia cognitivo conductual en grupos de fumadores en atención primaria de salud, comparándola con la terapia cognitivo conductual.</p>	<p>Ensayo clínico aleatorizado</p>	<p>GI:178 y GC:151</p> <p>Participantes: fumadores organizados en los 12 centros del SSC-GHC, ≥ 18 años.</p> <p>GI: 4 sesiones (90 minutos) de entrevista motivacional asociada a la terapia cognitivo conductual en grupo. Métodos</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Abstinencia autoinformada</th> <th>GI (n=178)</th> <th>GC (n=151)</th> <th>Valor p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4ª sesión semanal de tratamiento</td> <td>61,8%</td> <td>47,7%</td> <td>0.157</td> </tr> </tbody> </table>	Abstinencia autoinformada	GI (n=178)	GC (n=151)	Valor p	4ª sesión semanal de tratamiento	61,8%	47,7%	0.157
Abstinencia autoinformada	GI (n=178)	GC (n=151)	Valor p									
4ª sesión semanal de tratamiento	61,8%	47,7%	0.157									



			<p>empleados: empatía, discrepancia, escucha activa, ambivalencia, resistencias, etc).</p> <p>GC: 4 sesiones (90 minutos) basadas en la terapia cognitivo conductual en grupo.</p>											
<p>5ª Artículo</p> <p>Autores: Yixuan C, Pengzhi W, Yulin K, Huiling W.</p> <p>Año:2021</p>	<p>Examinar la efectividad del abandono del hábito de fumar y otros factores predictivos del abandono del hábito de fumar en pacientes masculinos con enfermedades coronarias que reciben entrevistas motivacionales e</p>	<p>Ensayo clínico aleatorizado.</p>	<p>GI:57 y GC:64</p> <p>Participantes: hombre ≥ 20 años con alguna enfermedad cardiaca vive en la sala de cardiología de un hospital en el norte, un mes previo a ingreso hospitalario fumaba ≥1 cigarrillos/día, usa teléfonos inteligentes</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Abstinencia verificada</th> <th>GI (n=57)</th> <th>GC (n=64)</th> <th>chi-cuadrado</th> <th>IC del 95 %</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Seguimiento 3 meses</td> <td>36,0%</td> <td>17,2%</td> <td>X²= 5,07, p< .05).</td> <td>[0,98; 5,59], p= 0,055</td> </tr> </tbody> </table>	Abstinencia verificada	GI (n=57)	GC (n=64)	chi-cuadrado	IC del 95 %	Seguimiento 3 meses	36,0%	17,2%	X ² = 5,07, p< .05).	[0,98; 5,59], p= 0,055
Abstinencia verificada	GI (n=57)	GC (n=64)	chi-cuadrado	IC del 95 %										
Seguimiento 3 meses	36,0%	17,2%	X ² = 5,07, p< .05).	[0,98; 5,59], p= 0,055										

	intervenciones de apoyo a través de redes sociales móviles.		<p>y sabe leer y escribir.</p> <p>GI: 2 entrevistas motivacionales (50 minutos), una durante hospitalización y otros 3 meses después del alta + soporte mensual en redes sociales durante 3 meses (consultar dudas, brindar apoyo, fomentar intercambio de experiencia, etc)</p> <p>GC: educación habitual para dejar de fumar (10-15 minutos) + un manual para dejar de fumar.</p>									
<p>6ª Artículo</p> <p>Autores: Krigel SW, Grobe JE,</p>	<p>Valorar la efectividad de la entrevista motivacional y el</p>	<p>Ensayo clínico aleatorizado</p>	<p>GI: 41 y GC: 41</p> <p>Participantes: universitario ≥18 años</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Reducción del número de cigarrillos</th> <th>GI (n=32)</th> <th>GC (n=31)</th> <th>P</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Reducción del número de cigarrillos	GI (n=32)	GC (n=31)	P				
Reducción del número de cigarrillos	GI (n=32)	GC (n=31)	P									

<p>Goggin K, Harrisd KJ, Morenomi JL, Catley D.</p> <p>Año: 2017</p>	<p>procedimiento de balance decisional para la inducción al abandono en fumadores sin intención de dejar de fumar.</p>	<p>fumador de ≥ 1 cigarrillo/día durante los últimos 7 días, no intenciones de dejar de fumar en los próximos 30 días y con disponibilidad telefónica o electrónica.</p> <p>GI: 1 sesión (no determinan tiempo) basada en los principios de la entrevista motivacional y en el ejercicio de equilibrio decisional. 4 preguntas abiertas sobre pros y contras de fumar frente a dejar de fumar, y tras cada pregunta valorar pros y contras del abandono tabáquico</p>				
			Seguimiento a las 4 semanas	11,24%	11,27%	p>0.05
			Abstinencia autoinformada	GI (n=32)	GC (n=31)	
			Seguimiento a las 4 semanas	9,4%	9,7%	>0.05

			<p>a través de estrategias de entrevista motivacional.</p> <p>GC: 1 sesión (no determinan el tiempo) de educación sanitaria. Valoración del historial tabáquico y de abandono + información sobre las consecuencias negativas de fumar y beneficios de dejar de fumar.</p>									
<p>Artículo 7</p> <p>Autores: Piñeiro B, Fernández del Río E, López-Durán A y Becoña E.</p>	<p>Analizar si los fumadores que reciben una intervención con entrevista motivacional antes de un tratamiento psicológico</p>	<p>Ensayo clínico cuasi experimental</p>	<p>GI: 29 y GC:29</p> <p>Participantes: ≥18 años, fumadores de ≥10 cigarrillos/diarios</p> <p>GI: 2 sesiones 10-15 minutos de entrevista motivacional</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Reducción del número de cigarrillos</th> <th>GI (n=29)</th> <th>GC (n=29)</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Al final del tratamiento</td> <td>78,48%</td> <td>74,12%</td> <td>>0.05</td> </tr> </tbody> </table>	Reducción del número de cigarrillos	GI (n=29)	GC (n=29)	p	Al final del tratamiento	78,48%	74,12%	>0.05
Reducción del número de cigarrillos	GI (n=29)	GC (n=29)	p									
Al final del tratamiento	78,48%	74,12%	>0.05									

Año: 2014	cognitivo conductual para dejar de fumar mejoran la adherencia y la eficacia del tratamiento y reducen la recaída en los seguimientos, en comparación con fumadores que únicamente reciben un tratamiento psicológico cognitivo conductual para dejar de fumar.		(escucha activa, preguntas abiertas, empatía afirmaciones, etc) + 6 sesiones grupales de 1h de tratamiento psicológico cognitivo conductual (contrato terapéutico, autorregistros, información, reducción de nicotina y alquitrán, control de estímulos, estrategias para no padecer síndrome de abstinencia, feedback, prevención de la recaída y mantenimiento). GC: 6 sesiones (1h) en grupo basadas en el tratamiento psicológico cognitivo	Seguimiento 1 mes	57,4%	51,8%	>0.05
				Seguimiento 3 meses	50,9%	36,76%	>0.05
				Seguimiento 6 meses	40,5%	30,49%	>0.05
				Seguimiento 12 meses	27,68%	35,9%	>0.05
				Abstinencia autoinformada	GI (n=29)	GC (n=29)	p
				Al final del tratamiento	49,3%	68,97%	>0.05
				Seguimiento 1 mes	37,9%	34,4%	>0.05
				Seguimiento 3 meses	17,2%	27,6%	>0.05
				Seguimiento 6 meses	13,8%	20,7%	>0.05

			conductual para dejar de fumar.	Seguimiento 12 meses	13,8	24,1	>0.05	
Artículo 8	Valorar la efectividad de capacitar a farmacéuticos en el modelo de etapas de cambio para dejar de fumar y en las entrevistas motivacionales; así como comprobar si esto influye en la reducción del consumo tabáquico de los clientes de farmacia.	Ensayo cuasi experimental.	GI: 124 y GC: 63 Participantes: fumadores que buscaron asesoramiento para dejar de fumar en farmacias ajenas al estudio o aquellos que compraron un producto antibacaco de venta libre en preparación para un nuevo intento de dejar de fumar. GI: no especifican sesiones ni duración. Farmacéuticos brindan asesoramiento basado en la EM y	Reducción del número de cigarrillos	GI (n=124)	p (GI)	GC (n=63)	p (GC)
Autores: Caponnetto P, DiPiazza J, Aiello MR, Polosa R.				Seguimiento o semana 24	66,52%	0,001	27,75%	0,001
Año: 2017								



			<p>teoría de la etapa de cambio.</p> <p>GC (63): no especifican sesiones ni duración. Los farmacéuticos brindan soporte profesional estándar.</p>																					
<p>Artículo 9</p> <p>Autores: Mujika A, Forbes A, Canga N, de Irala J, Serrano I, Gascó P, Edwards E.</p> <p>Año:2014</p>	<p>Probar la eficacia, aceptabilidad y viabilidad de una intervención para dejar de fumar basada en entrevistas motivacionales con enfermeras.</p>	<p>Ensayo clínico aleatorizado.</p>	<p>GI:15 y GC:15</p> <p>Participantes: enfermeras fumadoras que trabajaban en el hospital de Pamplona, independientemente de si estaban pensando en dejar de fumar o no.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Abstinencia verificada</th> <th>GI (n=15)</th> <th>GC (n=15)</th> <th>Pag</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Inicio de la intervención</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>Al final de la intervención</td> <td>6,6%</td> <td>6,6%</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>Seguimiento 3 meses</td> <td>40%</td> <td>6,7%</td> <td>0.04</td> </tr> <tr> <th>Reducción del número de cigarrillos</th> <th>GI (n=15)</th> <th>GC (n=15)</th> <th>Pag</th> </tr> </tbody> </table>	Abstinencia verificada	GI (n=15)	GC (n=15)	Pag	Inicio de la intervención	0%	0%	N/A	Al final de la intervención	6,6%	6,6%	N/A	Seguimiento 3 meses	40%	6,7%	0.04	Reducción del número de cigarrillos	GI (n=15)	GC (n=15)	Pag
Abstinencia verificada	GI (n=15)	GC (n=15)	Pag																					
Inicio de la intervención	0%	0%	N/A																					
Al final de la intervención	6,6%	6,6%	N/A																					
Seguimiento 3 meses	40%	6,7%	0.04																					
Reducción del número de cigarrillos	GI (n=15)	GC (n=15)	Pag																					



			<p>GI: 4 sesiones semanales (no específica duración) basadas en un protocolo y centrado en 3 intervenciones:</p> <p>1ª intervención: entrevista motivacional (autonomía, ambivalencia, motivación y plan de cambio), 2ª intervención: juego de herramientas (balance resolutorio, apoyo social y farmacológico) y 3ª intervención: prevención de recaídas (estrategias de mantenimiento).</p> <p>GC: 1 sesión (1 hora) de atención habitual</p>	<table border="1"> <tr> <td>Seguimiento 3 meses</td> <td>12,2%</td> <td>19,48%</td> <td>0.03</td> </tr> </table>	Seguimiento 3 meses	12,2%	19,48%	0.03
Seguimiento 3 meses	12,2%	19,48%	0.03					

			basada en el protocolo de las 5A (preguntar, aconsejar, motivación, ayudar con tratamiento y derivaciones y seguimiento)																					
<p>Artículo 10</p> <p>Autores: Ridner SL, Ostapchuk M, Nube RN, Myers J, Jorayeva A, y Ling J</p> <p>Año: 2014</p>	<p>Comparar los efectos de la entrevista motivacional ofrecida por el médico residente, la entrevista motivacional ofrecida por el médico residente más la enfermera y el enfoque de asesoramiento estándar sobre los comportamientos de los fumadores</p>	<p>Ensayo clínico cuasiexperimental</p>	<p>G1 (30 participantes) G2 (30) G3 (30)</p> <p>Participantes: no ofrecen información de las características de los pacientes.</p> <p>G1: 1 sesión (5-10 minutos) proporcionado por un médico y enfermera y basada en los principios de la entrevista motivacional (evocar</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Abstinencia autoinformada</th> <th>G1 (n=30)</th> <th>G2 (n=26)</th> <th>G3 (n=28)</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Seguimiento 3 meses</td> <td>17%</td> <td>4%</td> <td>14%</td> <td>>0.05</td> </tr> <tr> <th>Reducción del número de cigarrillos</th> <th>G1 (n=30)</th> <th>G2 (n=26)</th> <th>G (n=28)</th> <th>p</th> </tr> <tr> <td>Seguimiento 1 mes</td> <td>17,88%</td> <td>21,16%</td> <td>0%</td> <td>G1 p>0,05 G2 p>0.05 G3 p>0.05</td> </tr> </tbody> </table>	Abstinencia autoinformada	G1 (n=30)	G2 (n=26)	G3 (n=28)	p	Seguimiento 3 meses	17%	4%	14%	>0.05	Reducción del número de cigarrillos	G1 (n=30)	G2 (n=26)	G (n=28)	p	Seguimiento 1 mes	17,88%	21,16%	0%	G1 p>0,05 G2 p>0.05 G3 p>0.05
				Abstinencia autoinformada	G1 (n=30)	G2 (n=26)	G3 (n=28)	p																
				Seguimiento 3 meses	17%	4%	14%	>0.05																
				Reducción del número de cigarrillos	G1 (n=30)	G2 (n=26)	G (n=28)	p																
				Seguimiento 1 mes	17,88%	21,16%	0%	G1 p>0,05 G2 p>0.05 G3 p>0.05																

	actuales.		<p>cambio y desarrollo de plan para dejar de fumar) + llamada de seguimiento + refuerzo.</p> <p>G2: 1 sesión (5-10 minutos) proporcionado por un médico y basada en los principios de la EM (evocar conversaciones de cambio y desarrollar un plan para dejar de fumar)</p> <p>G3: 1 sesión (3 minutos) basada en las 5As. Consejos individualizados basados en el historial médico + material sobre dejar de fumar + contacto</p>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Seguimiento 3 meses</td> <td>58,06%</td> <td>50,89%</td> <td>31,08%</td> <td>G1 p<0,05 G2 p<0.05 G3 p>0.05</td> </tr> </table>										Seguimiento 3 meses	58,06%	50,89%	31,08%	G1 p<0,05 G2 p<0.05 G3 p>0.05
Seguimiento 3 meses	58,06%	50,89%	31,08%	G1 p<0,05 G2 p<0.05 G3 p>0.05														

			de seguimiento.				
<p>Artículo 11</p> <p>Autores: Caponnetto P, Maglia M, Floresta D, Ledda C, Vitale E, Polosa R, Rapisarda V</p> <p>Año:2020</p>	<p>Evaluar la efectividad de las entrevistas motivacionales y los consejos breves en el lugar de trabajo con la intención de poder involucrar a parte de los trabajadores en un proceso de concienciación y reducción en el consumo de tabaco.</p>	<p>Ensayo clínico aleatorizado</p>	<p>GI:258 GC:232</p> <p>Participantes: hombres y mujeres, 18 y 65 años, empleados en supermercados italianos, fumadores de ≥5 cigarrillos/día, que habían fumado cigarrillos durante el mes anterior y tenían una concentración de monóxido de carbono (CO) en el aire espirado de > 10 ppm.</p> <p>GI: 4 sesiones (2 horas) de asesoramiento para dejar de fumar basada en la entrevista</p>				
				Abstinencia verificada	GI (n=258)	GC (n=232)	P
				Seguimiento semana 12	22,6%	5,1%	<0.001
				Seguimiento semana 24	17,1%	4,7%	<0.001
				Seguimiento semana 52	13,2%	4,3%	<0.001
				Reducción del número de cigarrillos	GI (n=258)	GC (n=232)	P
				Seguimiento semana 12	8,5 %	1,5 %	<0.001
				Seguimiento semana 24	12,5%	1,2%	<0.001



			<p>motivacional (generar motivación, ambivalencia y autonomía).</p> <p>GC: 4 sesiones (30 minutos) de consejos breves que constaban de 3 pasos: conocer historial de fumador, asesorar sobre riesgos de fumar y beneficios de dejar de fumar, y actuar.</p>															
<p>Artículo 12</p> <p>Autores: Pardavila-Belio MI, García-Vivar C, Marçal Pimenta A, Canga Armayor A, Pueyo-Garrigue</p>	<p>Evaluar la eficacia de una intervención enfermera multicomponente dirigida a ayudar a estudiantes universitarios españoles fumadores a dejar</p>	<p>Ensayo clínico aleatorizado</p>	<p>GI: 133 y GC: 122</p> <p>Participantes: estudiantes de grado o máster de la universidad de Navarra, 18-24 años, que habían fumado una media de al menos un cigarrillo a</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Abstine ncia autoinf ormada</th> <th>GI (n=13 3)</th> <th>GC (n= 122)</th> <th>P</th> <th>Diferenci a (95% IC)</th> <th>Sin ajustar RR†</th> <th>Equilibra do RR†</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Seguimi ento 6 meses</td> <td>22,6%</td> <td>8,2 %</td> <td>0.00 2</td> <td>14,4 (5,5–23)</td> <td>2,75 (1,40–5,4 0)</td> <td>2,82 (1,42–5,5 2)</td> </tr> </tbody> </table>	Abstine ncia autoinf ormada	GI (n=13 3)	GC (n= 122)	P	Diferenci a (95% IC)	Sin ajustar RR†	Equilibra do RR†	Seguimi ento 6 meses	22,6%	8,2 %	0.00 2	14,4 (5,5–23)	2,75 (1,40–5,4 0)	2,82 (1,42–5,5 2)
Abstine ncia autoinf ormada	GI (n=13 3)	GC (n= 122)	P	Diferenci a (95% IC)	Sin ajustar RR†	Equilibra do RR†												
Seguimi ento 6 meses	22,6%	8,2 %	0.00 2	14,4 (5,5–23)	2,75 (1,40–5,4 0)	2,82 (1,42–5,5 2)												



			<p>entrevista motivacional (20 minutos) y 4ª seguimiento: evaluación final (15 minutos).</p> <p>GC: 1 sesión (5-10 minutos) de consejos breves (aconsejar dejar de fumar e informar de los beneficios del abandono tabáquico) + folleto de autoayuda. No hubo seguimiento para este grupo.</p>											
<p>Artículo 13</p> <p>Autores: Lindqvista H, Forsberga LG,</p>	<p>Evaluar el efecto de agregar entrevistas motivacionales a la primera sesión de un protocolo de</p>	<p>Ensayo clínico cuasiexperimental</p>	<p>GI: 296 GC:476</p> <p>Participantes: fumadores que contactaron</p>	<table border="1"> <tr> <td>Abstinencia autoinform</td> <td>GI (n=296)</td> <td>GC (n=476)</td> <td>p</td> <td>IC del 95 %</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Abstinencia autoinform	GI (n=296)	GC (n=476)	p	IC del 95 %					
Abstinencia autoinform	GI (n=296)	GC (n=476)	p	IC del 95 %										

<p>Forsberga L, Rosendahl I, Enebrinka P, Helgasonb AR</p> <p>Año: 2013</p>	<p>tratamiento eficaz para dejar de fumar en un entorno clínico ordinario: la Línea Nacional Sueca para dejar de fumar (SNTQ).</p>		<p>telefónicamente con la línea Nacional Sueca para dejar de fumar (SNTQ), no presentaban grandes dificultades para comprender el sueco y no padecían enfermedades mentales.</p> <p>GI: No se especifica el número de sesiones ni su duración. Recibió entrevista motivacional.</p> <p>GC: No se especifica el número de sesiones ni su duración. Recibió tratamiento estándar.</p>	<table border="1"> <tr> <td>ada</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Seguimient o 7 días</td> <td>25%</td> <td>19,96%</td> <td>0.1</td> <td colspan="2">0,95–1,89</td> </tr> <tr> <td>Seguimient o 6 meses</td> <td>19,26</td> <td>13,87%</td> <td>0.047</td> <td colspan="2">1,00–2,19</td> </tr> </table>					ada						Seguimient o 7 días	25%	19,96%	0.1	0,95–1,89		Seguimient o 6 meses	19,26	13,87%	0.047	1,00–2,19	
				ada																						
Seguimient o 7 días	25%	19,96%	0.1	0,95–1,89																						
Seguimient o 6 meses	19,26	13,87%	0.047	1,00–2,19																						
<p>Artículo 14</p>	<p>Proporcionar una visión global de los</p>	<p>Revisión clínica</p>	<p>SON VARIOS</p>																							



<p>Autores: García-Gómez L, Hernández-Pérez A, Noé-Díaz V, Riesco-Miranda JA y Jiménez-Ruiz C</p> <p>Año: 2019</p>	<p>tratamientos para dejar de fumar, incluidas las opciones farmacológicas y psicológicas, y recopilar la evidencia científica actual disponible sobre los mismos.</p>		<p>ENSAYOS.</p>	
<p>Artículo 15</p> <p>Autores: Mantler T, Irwin JD, y Morrow D.</p> <p>Año: 2012</p>	<p>Comparar 3 dimensiones de la entrevista motivacional (apoyo social, motivación y adaptación de la intervención) y sus eficacias en el abandono del hábito tabáquico.</p>	<p>Revisión clínica</p>	<p>SON VARIOS ENSAYOS.</p>	

Anexo 6: Árbol categorial



Bibliografía

1)González-Enrriquez J, Salvador-Llivina T, López-Nicolás A, Antón de las Heras E, Musin A, Fernández E, et al. Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tratamiento del tabaquismo en España. Gac Sanit.2002;16(4):308-17.

Disponibile en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000400005#:~:text=Debido%20a%20los%20efectos%20del,morbilidad%20y%20mortalidad%20prematura%20prevenible.

2)Stanaway J, Afshin A, Gakidou E, Lim S, Abate D, Abbafati C et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Global Health Metrics. 2018; 392(10): 1923–94.

Disponibile en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32225-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32225-6)

3)INE. Determinantes de salud (consumo de tabaco, exposición pasiva al humo de tabaco, alcohol, problemas medioambientales en la vivienda). INE. 2022.

Disponibile en: https://www.ine.es/ss/Satellite?c=INESeccion_C&cid=1259926698156&p=1254735110672&pagenam e=ProductosYServicios%2FPYSLayout

4)Epdata. El consumo de tabaco en España y el mundo, en datos y gráficos. Epdata. 2022

Disponibile en: <https://www.epdata.es/datos/consumo-tabaco-espana-datos-graficos/377>

5)Ritchie H, Roser M. Smoking. Our World in Data. 2013

Disponibile en: <https://ourworldindata.org/smoking>

6)Becoña E. Dependencia del tabaco. Manual de casos clínicos. Madrid:TEA ediciones; 2010.

Disponibile en: https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=-2RQfgA9kg8C&oi=fnd&pg=PA11&dq=porque+es+t an+perjudicial+el+tabaco%C3%A7&ots=lfJamCUsYM&sig=9K0PnASbXC6bFVwWBD_hzwZQwdA#v =onepage&q&f=false

7)Molina R. Las 250 sustancias tóxicas del tabaco. EfeSalud.2018

Disponibile en:<https://efesalud.com/sustancias-toxicas-tabaco/>

8)American Cancer Society. Sustancias químicas nocivas en los productos de tabaco. American Cancer Society.

9)National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US). 2014

Disponibile en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/>

10)National Cancer Policy Forum, Board on Health Care Services, Institute of Medicine. Reducing Tobacco-Related Cancer Incidence and Mortality: Workshop Summary. Washington (DC): National Academies Press (US). 2013.

Disponibile en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK206891/>.

11) NIDA. Adicción al tabaco – Reporte de investigación. Nih national institute of drug abuse.2010

Disponible en: <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/el-tabaco-contiene-otras-su-stancias-quimicas-que-pueden-contribuir-su-adic>

12) Schwartz AG, Cote ML. Epidemiology of Lung Cancer. Adv Exp Med Biol. 2016; 893: 21-41.

Disponible en: doi:10.1007/978-3-319-24223-1_2.

13) Organización mundial de la salud. Cáncer. OMS. 2022

Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

14) Zuo L, He F, Sergakis GG, et al. Interrelated role of cigarette smoking, oxidative stress, and immune response in COPD and corresponding treatments. Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol. 2014;307(3): 205-218.

Disponible en: doi:10.1152/ajplung.00330.2013.

15) Organización mundial de la salud. Enfermedades cardiovasculares. OMS. 2017

Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

16) Reyes Méndez C, Fierros Rodríguez C, Cárdenas Ledesma R, Hernández Pérez A, García Gómez L, Pérez Padilla R. Efectos cardiovasculares del tabaquismo. Neumol Cir Torax. 2019; 78(1).

Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462019000100056#B5

17) JANO. El coste de las enfermedades cardiovasculares en España asciende a 5.900 millones. JANO. 2014.

Disponible en: <https://www.jano.es/noticia-el-coste-las-enfermedades-cardiovasculares-22758>

18) WHO. The top 10 causes of death 2010-2016. Geneve: World Health Organization. 2018

Disponible en: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

19) Goldman LR, Benowitz N, Bhatnagar A, Dominici F, Fienberg S, Friedman G et al. Secondhand Smoke Exposure and Cardiovascular Effects: Making Sense of the Evidence. Washington, DC: The National Academies Press. 2010. ppg 240.

20) Sánchez C. Impacto sociosanitario de las enfermedades neurológicas en España. Madrid: Informe FEEN; 2006.

21) Felipe KJ, Bu F, Polkey MI, Brown J, Steptoe A, Hopkinson NS, Fancourt D. Relationship of smoking with current and future social isolation and loneliness: 12-year follow-up of older adults in England. The Lancet Regional Health - Europe. 2022; 14.

Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100302>

22) Elias J, Hale Hendlin Y, Ling P. Public versus internal conceptions of addiction: An analysis of internal Philip Morris documents. PLoS Med. 2018;15(5).

Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002562>

23) Corvalán MP. El tabaquismo: una adicción. Rev. chil. enferm. respir. 2017;33(3):186-189

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-73482017000300186>

24) Benowitz NL. Drug therapy. Pharmacologic aspects of cigarette smoking and nicotine addiction. *N Engl J Med.* 1988;319(20):1318-30.

Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJM198811173192005>

25) Foulds J. The neurobiological basis for partial agonist treatment of nicotine dependence: varenicline. *Int J Clin Pract.* 2006;60(5):571-6.

Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1368-5031.2006.00955.x>

26) Ponciano RG. Tratamiento Integral del Tabaquismo. México: Trillas, 2007.

27) Nerina A, Crucelaeguib P, Novellab A, Beamontec N, Sobradielb V, Bernalb, P, et al. Evaluación de la dependencia psicológica mediante el test de Glover-Nilsson en el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol.* 2005; 41(9):493-498

Disponible en: DOI: [10.1157/13078651](https://doi.org/10.1157/13078651)

28) Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. 2nd edition New York: Guilford Press; 2002.

29) Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Helping People Change. 3ªEd. New York: Guilford Press; 2013

30) Moore P, Pavié J, Vejar L, Corvalán MP. Consejería y Entrevista Motivacional para reducir el consumo de tabaco. *Rev. chil. enferm. respir.* 2017;.33(3).

31) Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: helping people change. 3rd edition New York: Guilford Press; 2012

32) Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas. 1ª ed. ed. Barcelona: Paidós; 1999.

33) Benowitz, NL. Cotinine as a biomarker of environmental tobacco smoke exposure. *Epidemiologic Reviews.*1996; 18(2): 188-204.

34) Jarvis MJ, Fidler J, Mindell J, Feyerabend C, West R. Assessing smoking status in children, adolescents, and adults: Cotinine cut-points revisited. *Addiction.* 2008; 103(9):1553-1561.

35) SRNT Subcommittee on Biochemical Verification. Biochemical verification of tobacco use and cessation. *Nicotine & Tobacco Research.* 2002; 4(2):149-159.

36) Middleton, E. T., & Morice, A. H. (2000). Breath carbon monoxide as an indication of smoking habit. *Chest,* 117(3), 758-763.

37) Parodi C, Llambí ML, Barros ML, Esteves EI. Medición de monóxido de carbono en la unidad de cesación de tabaquismo: lecciones aprendidas. *Arch Med Interna.* 2013; 35(2):33-37

38) Mujika A, Forbes A, Canga N, de Irala J, Serrano I, Gascó P, Edwards E. Motivational interviewing as a smoking cessation strategy with nurses: An exploratory randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(8):1074-82.

Disponible en: doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.12.001. Epub 2013 Dec 15.

39) Yixuan C, Pengzhi W, Yulin K, Huiling W. Effects of Motivational Interview and Mobile Social Network Support on Smoking Cessation in Male Patients With Coronary Heart Disease. *Hu li za zhi The Journal of Nursing*. 2021, 68(2):53-64

Disponible en: doi: 10.6224/jn.202104_68(2).08

40) Louwagie G, Okuyemi KS, Ayo-Yusuf OA. Efficacy of brief motivational interviewing on smoking cessation at tuberculosis clinics in Tshwane, South Africa: a randomized controlled trial. *Addiction*. 2014;109(11):1942-52.

Disponible en: doi: 10.1111/add.12671. Epub 2014 Jul 18.

41) Caponnetto P, Maglia M, Floresta D, Ledda C, Vitale E, Polosa R, Rapisarda V. A randomized controlled trial to compare group motivational interviewing to very brief advice for the effectiveness of a workplace smoking cessation counseling intervention. *J Addict Dis*. 2020;38(4):465-474.

Disponible en: doi: 10.1080/10550887.2020.1782564. Epub 2020 Jul 7.

42) Pardavila-Belio MI, García-Vivar C, Marçal Pimenta A, Canga Armayor A, Pueyo-Garrigue S, Canga-Armayor N. Intervention study for smoking cessation in Spanish college students pragmatic randomized controlled trial. *Addiction*. 2015;110(10):1676-83.

43) Catley D, Goggin K, Harris KJ, Richter KP, Williams K, Patten C, et al. A Randomized Trial of Motivational Interviewing cessation Induction Among Smokers With Low Desire to Quit. *Am J Prev Med*. 2016;50(5):573-583.

Disponible en: doi: 10.1016/j.amepre.2015.10.013. Epub 2015 Dec 23.

44) Lindqvista H, Forsberga LG, Forsberga L, Rosendahla I, Enebrinka P, Helgasonb AR. Motivational interviewing in an ordinary clinical setting: a controlled clinical trial at the Swedish National Tobacco Quitline. *Addict Behav*. 2013;38(7):2321-4.

45) Klemperer EM, Hughes JR, Salomón CJ, Callas PW, Fingarb JR. Motivational, reduction and usual care interventions for smokers who are not ready to quit: a randomized controlled trial. *Addiction*. 2017;112(1):146-155.

Disponible en: doi: 10.1111/add.13594. Epub 2016 Oct 5.

46) Melnick R, Mendonça CS, Meyer I, Faustino Silva D. Effectiveness of motivational interviewing in smoking groups in primary healthcare a community-based randomized cluster trial. *Cad Saude Publica*. 2021;37(3).

Disponible en: doi: 10.1590/0102-311X00038820. eCollection 2021.

47) Piñeiro B, Fernández del Río E, López-Durán A y Becoña E. ¿Mejora la entrevista motivacional la eficacia del tratamiento psicológico para dejar de fumar?. *Anal. Psicol*. 2014;30(1): 123-132

Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.131961>

48) Ridner SL, Ostapchuk M, Nube RN, Myers J, Jorayeva A y Ling J. Using Motivational Interviewing for Smoking Cessation in Primary Care. *South Med J*. 2014;107(5):314-9.

49) Krigel SW, Grobe JE, Goggin K, Harrisd KJ, Morenomi JL, Catley D. Motivational interviewing and the decisional balance procedure for cessation induction in smokers not intending to quit. *Addict Behav.* 2017; 64:171-178.

Disponible en: doi: 10.1016/j.addbeh.2016.08.036.

50) Pasquale Caponnetto P, DiPiazza J, Aiello MR, Polosa R. Training pharmacists in the stage-ofchange model of smoking cessation and motivational interviewing: A randomized controlled trial. *Health Psychol Open.* 2017; 4(2).

Disponible en: doi: 10.1177/2055102917736429.

51) García-Gómez L, Hernández-Pérez A, Noé-Díaz V, Riesco-Miranda JA y Jiménez-Ruiz C. Smoking cessation treatments current psychological and pharmacological options. *Rev Invest Clin.* 2019;71(1):7-16.

52) Mantler T, Irwin JD, y Morrow D. Motivational Interviewing and Smoking Behaviors: A Critical Appraisal and Literature Review of Selected Cessation Initiatives. *Psychol Rep.* 2012;110(2):445-60.