

LOGOS

VESTIGIUM

Programa de prevención
indicada para la cesación
del consumo de cigarrillo

Acciones basadas
en evidencia científica

■
Constanza Londoño Pérez
Karen Liseth Cabarcas Acosta
Marcela Velasco Salamanca

7



LOGOS VESTIGIUM

La colección editorial Logos-Vestigium comprende obras fruto de la actividad científica de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia. Su nombre exalta la búsqueda comprometida de vestigios —entendidos como respuestas tentativas a preguntas de investigación— que permitan aportar, desde el quehacer académico, al desarrollo social y de la ciencia psicológica. Vestigio, como señal de algo inacabado, es una exhortación a la persistencia, a la búsqueda, e invita a continuar con la averiguación y el estudio de lo psicológico en un entorno tecnológicamente cambiante, metodológicamente diverso y socialmente complejo. Son propios de esta colección reflexiones, teorías, procedimientos, métodos, instrumentos, protocolos, procesos, hallazgos, documentación de innovación y demás tipos de formatos de aportes derivados de los avances contemporáneos de sus líneas de investigación, que, bajo principios de excelencia teórica y metodológica, sean seleccionados en el proceso característico de las publicaciones científicas.

Constanza Londoño Pérez

Psicóloga y magíster en Psicología y Salud de la Universidad Nacional de Colombia, doctora en psicología de la Universidad de la Laguna con tesis Suma Cum Lauden, investigadora senior de Colciencias, investigadora del grupo ENLACE y docente del Doctorado de Psicología de la Universidad Católica de Colombia. Ganadora de múltiples distinciones por su labor investigativa y calidad académica. Ha escrito más de cuarenta artículos de investigación y varios libros y capítulos sobre la prevención del consumo de drogas y la política pública. Ha sido asesora de la OMS y el MSPS en políticas de acompañamiento para la cesación de consumo de drogas, y cuenta con una amplia trayectoria en el diseño y validación de instrumentos que evalúan los aspectos psicológicos del proceso salud-enfermedad. Además, es reconocida por sus trabajos en afrontamiento, depresión masculina e imagen corporal..

Karen Liseth Cabarcas Acosta

Psicóloga de la Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Psicología con énfasis en Psicología Clínica de la Universidad Católica de Colombia. Docente de pregrado y postgrados e investigadora del grupo ENLACE de la Universidad Católica de Colombia. Certificada por COLCIENCIAS como investigadora Junior. Actualmente investiga en temas de prevención de consumo de cigarrillo y conducta alimentaria. Ha hecho varias publicaciones en el campo.

Marcela Velasco Salamanca

Psicóloga. Magíster con énfasis en adicciones y violencia. Con distinción en su tesis de grado de maestría. Docente de pregrado y postgrados e investigadora del grupo ENLACE de la Universidad Católica de Colombia. Certificada por COLCIENCIAS como investigadora Junior. Ganadora de un premio de investigación en 2009. Actualmente investiga en temas de prevención de consumo de cigarrillo en Colombia y América Latina. Reconocida por diversas publicaciones en el campo.

Programa de prevención
indicada para la cesación
del consumo de cigarrillo
"Libre de Tabaco Px4"

Acciones basadas en evidencia científica



Constanza Londoño Pérez
Karen Liseth Cabarcas Acosta
Marcela Velasco Salamanca



Londoño Pérez, Constanza

Programa de prevención indicada para la cesación del consumo de cigarrillo “Libre de Tabaco Px4”: acciones basadas en evidencia científica / Constanza Londoño Pérez, Karen Liseth Cabarcas Acosta y Marcela Velasco Salamanca.— Bogotá: Universidad Católica de Colombia, 2020
88 páginas; 17 x 24 cm.- (Colección Logos Vestigium; no. 7)

ISBN: 978-958-5133-05-1 (impreso)

978-958-5133-06-8 (digital)

I. Título II: Cabarcas Acosta, Karen Liseth III. Velasco Salamanca, Marcela

1. Hábito de fumar 2. Consumo de Tabaco

Dewey 616.865 ed. 21

PROCESO DE ARBITRAJE

Primer concepto de evaluación:

26 de agosto de 2019

Segundo concepto de evaluación:

30 de septiembre de 2019

© Universidad Católica de Colombia

© Constanza Londoño Pérez

© Karen Liseth Cabarcas Acosta

© Marcela Velasco Salamanca

CÓMO CITAR EN APA

Londoño-Pérez, C., Cabarcas-Acosta, K. L. y Velasco-Salamanca, M. (2020). *Programa de prevención indicada para la cesación del consumo de cigarrillo “Libre de Tabaco Px4”: acciones basadas en evidencia científica*. Bogotá, D. C.: Editorial Universidad Católica de Colombia.

Primera edición, Bogotá, D.C.

Junio de 2020

DIRECCIÓN EDITORIAL

Stella Valbuena García

COORDINACIÓN EDITORIAL

María Paula Godoy Casasbuenas

CORRECCIÓN DE ESTILO

Gustavo Adolfo Farías Ortiz

DISEÑO DE COLECCIÓN

Juanita Isaza

DIAGRAMACIÓN

Juanita Isaza

PUBLICACIÓN DIGITAL

Hipertexto Ltda.

www.hipertexto.com.co

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Avenida Caracas # 46-22

Bogotá, D. C.

psicologia@ucatolica.edu.co

EDITORIAL

Universidad Católica de Colombia

Av. Caracas 46 - 72 piso 5

Bogotá, D. C.

editorial@ucatolica.edu.co

Licencia Creative Commons Atribución Sin Derivar 4.0

Las pruebas citadas en este libro han sido obtenidas de publicaciones electrónicas, tesis de grado y web relacionados. No son ni pretenden ser autoría de las autoras que escribieron la presente obra.

CONTENIDO

PRÓLOGO	7
CAPÍTULO 1	
Justificación y planteamiento del problema	9
CAPÍTULO 2	
Marco teórico.....	19
CAPÍTULO 3	
Método	47
CAPÍTULO 4	
Resultados.....	53
CAPÍTULO 5	
Discusión y conclusiones.....	57
REFERENCIAS.....	65
APÉNDICES.....	81

GRUPO: Enlace

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Psicología clínica, de la salud y las adicciones

PROYECTO:

Validación del protocolo modificado de prevención indicada basado en el PAP para cesación del consumo de cigarrillo en jóvenes y adultos fase 2

Resumen

El objetivo de este trabajo es presentar la validación de un programa de acompañamiento por etapas para la cesación del consumo de cigarrillo basado en el Proceso de Adopción de Precauciones (PAP) con acciones de información, tamizaje, acompañamiento y seguimiento para la cesación; aplicado a docentes, administrativos y estudiantes de dos instituciones de educación superior. Las acciones se dirigieron a fumadores según la etapa de cambio en la que se encontraban. Para el tamizaje por etapas 1 y 2 se usó el *Cuestionario de Clasificación de Consumidores de Cigarrillo (C4)*, mientras que para las etapas 3 y 4 se usó el *Cuestionario de Expectativas hacia el Cigarrillo (CEC)*, el *Cuestionario de Motivación (tentación)*, el *Cuestionario de Identidad de Consumo de Cigarrillo (CICC)*, y el *Cuestionario de Clasificación de Etapas en Consumidores de Cigarrillo (CECC)*, además de la toma de medidas fisiológicas (tensión arterial, CO pulmonar y capacidad física). Adicional a esto, se realizó una entrevista motivacional breve para evaluar la disponibilidad al cambio. Una vez obtenidos los datos, se realizaron análisis estadísticos descriptivos, comparativos y pilotajes de las medidas de seguimiento, y se concluyó que buena parte de los fumadores presentaba policonsumo de sustancias, que las principales barreras reconocidas estaban relacionadas con el tiempo para asistir a las sesiones, que el principal motivo de recaída era la pobre autorregulación emocional, y que es preciso hacer énfasis en el manejo de recaídas durante la intervención. Finalmente, se evidencia que las sesiones deben ocurrir una vez por semana para facilitar la práctica de las habilidades de cesación y lograr la abstinencia.

Palabras clave: tabaco, cesación, etapas, recaídas.

Abstract

This book seeks to present the validation of a step-by-step support program on cigarette consumption prevention based on the Precautions Adoption Process (PAP) including information, screening, support and follow up actions for teachers, administrative staff and to stop smoking. These actions are directed at smokers according to their current stage. For the screening of stages 1 and 2, the *Cigarette consumption classification survey* (C4) was used. For stages 3 and 4, the *Motivation (temptation) survey*, the *Cigarette consumption identity survey* (CICC) and the *Cigarette consumption stage classification survey* (CECC) were used. Physical measurements (blood pressure, lung capacity and physical ability) were also taken. Additionally, a short motivational interview was carried out in order to evaluate the possibility to change. Once the data was collected, descriptive, comparative and pilot statistical analysis of the follow-up results took place. Conclusions indicate that most smokers presented multiple substance consumption. The main reported barriers were time constraints to attend sessions. The main reason for relapse was poor emotional self-regulation. The importance of emphasizing relapse control during intervention was also reported. Finally, it was proven that sessions should take place once a week in order to facilitate and practice techniques to stop smoking and achieve abstinence.

Keywords: Tobacco, ceasing, stages, relapse.

PRÓLOGO

Las psicólogas Constanza Londoño, Marcela Velasco y Karen Cabarcas tienen una gran trayectoria y liderazgo investigativo que vincula y fortalece la línea de investigación en *Psicología Clínica, de la Salud y las Adicciones* del grupo de investigación ENLACE de la Universidad Católica de Colombia. A través de sus diferentes trabajos, contribuyen con productos que facilitan el proceso de evaluación e intervención en el campo de la psicología de la salud y las adicciones, sobre todo en lo relacionado con la reducción del abuso de sustancias, del tiempo de consumo y de las secuelas del consumo de nicotina.

En este texto, las autoras nos presentan su trabajo investigativo, con el cual denotan y fundamentan la estructura y el proceso sistemático que utilizaron para validar un programa de acompañamiento por etapas para la cesación del consumo de cigarrillo basado en el *Proceso de Adopción de Precauciones* denominado “*Libre de Tabaco Px4*”, con acciones de información, tamizaje, acompañamiento y seguimiento para la cesación.

Inicialmente, en el primer capítulo se encuentra, por una parte, información importante con respecto a las estadísticas sobre el consumo de cigarrillo y el impacto negativo que tiene en los consumidores de primera, segunda y tercera mano, así como a nivel social y económico en la sociedad; y, por otra, los lineamientos establecidos desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) encaminados a trabajar desde tres focos de atención el tema adicciones, a saber: (a) generar programas de prevención del consumo de cigarrillo que incluyan acciones basadas en la evidencia científica y con el apoyo de profesionales de la salud; (b) realizar intervenciones multinivel en escenarios comunitarios, educativos, laborales y sanitarios, que incluyan su respectivo registro, seguimiento y monitoreo; y (c) promover la participación responsable de cada uno de los sectores políticos y sociales en la política pública.

Posteriormente, en el segundo capítulo, donde se encuentra un amplio marco teórico, las autoras relacionan información relativa al consumo del tabaco —niveles y factores predictores—, la prevención —basada en la evidencia e integral—, las técnicas de intervención usadas en programas de prevención integral —como la entrevista motivacional, la consejería breve y algunos modelos de prevención, como el proceso de adopción de precauciones (PAP)—, y dan cuenta de varias fuentes de evidencia con respecto a los modelos que se consideran efectivos para facilitar la cesación del consumo de tabaco.

A continuación, en el tercer capítulo se encuentra el método utilizado para la validación del programa. Allí, las autoras presentan el diseño, los participantes por etapa de intervención, los instrumentos —tanto los cuestionarios aplicados como las

muestras biológicas empleadas—, el procedimiento y las consideraciones éticas que se tuvieron en cuenta para la validación. En este apartado, las investigadoras denotan la importancia de diseñar el programa con base en la evaluación de las necesidades de la población; realizar la preparación e implementación de las acciones y estrategias basadas en la evidencia científica disponible; y efectuar la evaluación para determinar el alcance de las intervenciones y su respectivo impacto tanto al finalizar la intervención como tras unos meses, en la fase de seguimiento.

Seguidamente, en el cuarto capítulo se presentan los resultados de la validación, donde se logra identificar las variables que tuvieron peso significativo en la disposición al cambio por medio de la aplicación del programa de prevención. Y, por último, en el quinto capítulo, las autoras realizan un análisis por etapas de las acciones del programa, así como de los efectos de la intervención, con el propósito de aportar a la búsqueda de soluciones de uno de los problemas más críticos en la ciudadanía con respecto a su estado de salud. Este último apartado cuenta con aportes importantes frente a la necesidad de reconocer que los procesos de cambio ocurren bajo condiciones individuales que generan cambios temporales en la adopción de una acción saludable; que estos mismos, por lo general, se ven representados en situaciones reconocidas que provocan recaídas; y que se debe facilitar el desarrollo de acciones públicas de promoción que favorezcan el inicio del cambio.

En general, considero que con este trabajo de alto nivel las psicólogas investigadoras materializan y dejan a disposición de la comunidad académica nacional e internacional un referente con la suficiente fundamentación teórica y los respectivos lineamientos metodológicos utilizados para una aproximación a la problemática del consumo de cigarrillo. Es innegable que este programa cuenta con acciones basadas en la evidencia científica, que su desarrollo cumple con el propósito de aportar a la búsqueda de soluciones a este problema, y que su implementación contribuye en la reducción de la prevalencia del consumo y de los riesgos derivados del mismo.

La proyección en la línea de investigación en *Psicología Clínica, de la Salud y de las Adicciones* es continuar abordando la problemática del consumo de cigarrillo con el liderazgo de las autoras de este texto y con la colaboración de universidades y entidades que denoten interés en generar investigación e intervención en este campo. Esperamos que los lectores continúen con su compromiso en la práctica profesional de utilizar acciones basadas en la evidencia científica.

María Margarita Roza Sánchez

Coordinadora de la Maestría en Psicología
Universidad Católica de Colombia
Bogotá, D. C., febrero de 2020

1

JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo de tabaco es considerado un evento de salud tipo epidemia debido al aumento de la cantidad de población que fuma con y sin humo —shisha y cigarrillos electrónicos—, al número de personas expuestas al humo ajeno, y al incremento de enfermedades crónicas de alta morbilidad con estrecha relación con la conducta de fumar y exposición al humo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018a). Cerca de seis millones de fumadores y casi un millón de no fumadores se enferman y mueren debido a su exposición a los múltiples efectos negativos del tabaco, como lo son las enfermedades cardio y cerebrovasculares o los cánceres de pulmón, bronquios y tráquea; cifras que se han incrementado en jóvenes y que se espera lleguen a más de ocho millones de personas en el 2030 (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], 2018; OMS, 2018b; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018).

En América, la mortalidad de personas mayores de 30 años atribuible al tabaco en hombres y mujeres es del 14 %, y la exposición pasiva al humo provoca cerca de un millón de muertes que en buena parte son prematuras. En Colombia, el panorama no es más alentador, ya que casi la mitad de la población usa con frecuencia el tabaco, el 18 % lo hace habitualmente, y la quinta parte presenta problemas asociados a su abuso. Teniendo esto en cuenta, el gobierno colombiano ha invertido cerca de 4.23 billones de pesos en el sistema de salud para la atención a población afectada por tabaquismo (Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud [IETS], 2013; Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2011), sin embargo, cabe anotar que, aunque en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de 2016 y 2017 muestran una leve disminución de consumo (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2018), su uso no deja de preocupar, pues no existe ningún nivel de uso de nicotina que pueda considerarse saludable.

Asimismo, se ha reportado que en Colombia aproximadamente 17 millones de personas fuman; cifra nada despreciable, especialmente si se toma en cuenta que el humo de segunda y tercera mano afecta la salud de otra porción igualmente grande de niños y adultos (Instituto Nacional de Cancerología, 2015). Además, las prevalencias más altas de consumo se concentran en las ciudades principales, como lo son Medellín, Bogotá, Pereira y Villavicencio (MSPS, 2015a).

Como se dijo anteriormente, este comportamiento se relaciona con más del 70 % de muertes por cáncer —pulmón, bronquios y tráquea—, y se prevé que para el 2030 más de ocho millones de personas mueran a consecuencia del tabaquismo (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], 2018; Drope et al., 2018; Liga Colombiana Contra el Cáncer en OPS, 2013; OMS, 2014, 2018a; OPS, 2013; Regueiro, Morales, Hernández & González, 2012), ya que sus componentes afectan a todos los órganos del cuerpo y se asocian a la aparición y agudización de diversas enfermedades (OMS, 2018b).

Específicamente, las enfermedades no transmisibles (ENT) matan prematuramente de manera directa a más de 15 millones de personas por año, y de estas se suelen registrar cuatro enfermedades principales: las afecciones cardiovasculares —que encabezan la lista—, las patologías oncológicas, las enfermedades respiratorias y la diabetes. En los primeros tres casos, el riesgo de muerte es exacerbado por el consumo de tabaco, ya sea porque este facilita su aparición o porque aumenta su severidad en una función progresivamente ascendente (OMS, 2018a; Seung Hee & Stommelm, en prensa). Adicional a esto, el impacto del consumo de cigarrillo sobre la aparición de otras enfermedades que se suman a la generación de altos costos del diagnóstico e intervención de las ENT afectan negativamente el desarrollo social y económico de los países, especialmente de aquellos que se encuentran en vías de desarrollo (Instituto Nacional de Cancerología, 2015; OMS, 2013a, 2017a).

Al respecto, según diversos estudios, el tabaquismo es responsable de una cantidad importante de muertes, enfermedad y altos costos sanitarios en Colombia, ya que cerca de 10 606 personas son diagnosticadas por año con un cáncer asociado al tabaco, y se considera que este hábito poco saludable es el responsable del 15.9 % de todas las muertes —24 460 muertes por año—, representadas en 112 891 infartos y hospitalizaciones por enfermedad cardíaca y cerca de 674 262 años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad. Además, los costos cargados al sistema de salud por estas patologías superaron los 4.3 billones de pesos en ese año, lo que equivale al 0.6 % del producto interno bruto (PIB) de Colombia para ese momento (Gallardo, Benavides & Rosales, 2016).

Cabe señalar que las altas cifras alcanzadas se deben a que, a pesar de los esfuerzos, el uso de cigarrillo ha aumentado, probablemente porque un número importante de

factores personales, sociales, ambientales y económicos favorecen el inicio y mantenimiento de este comportamiento poco saludable; por lo tanto, es importante y urgente generar procesos de cesación efectiva para optimizar la salud y disminuir su impacto negativo a nivel tanto económico como social (Becoña, 2007; OPS, 2018; Vázquez, Rodríguez, Valdez, Perdomo & Marrero, 2016; Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Ahora bien, la cultura de consumo de tabaco se ha mantenido porque, probablemente, los consumidores asocian el hecho de fumar con el efecto reforzante del tabaco en el sistema nervioso central (da Silva Reis dos Santos Ferreira & de Freitas Paúl Reis Torgal, 2010; Gaete & Araya, 2017); o por el bajo costo y fácil acceso a la sustancia (DANE, 2016), por la facilitación de las relaciones sociales, académicas, laborales y sexuales que este genera (Pérez-Milena et al., 2012; Velasco, Londoño & Pardo, 2018), por la indulgencia social frente al consumo (Ansari-Moghaddam et al., 2016), por la exposición a modelos consumidores aparentemente sanos (Aguilar, Rodríguez-Bolaños, Caballero, Arillo-Santillán & Reynales-Shigematsu, 2017; Pérez-Milena et al., 2012); e, incluso, porque la mayor parte de los riesgos para la salud a los que aluden las campañas solo aparecen después de un tiempo prolongado de consumo (Liquete-Arauzo et al., 2017).

Es importante tener en cuenta que el impacto negativo del consumo de tabaco afecta no solo a quien lo consume —ya que el fumador se expone por decisión propia de manera directa a los productos químicos que deja el tabaco en su cuerpo—, sino también a las personas que inhalan el humo producido por el cigarrillo encendido de un fumador —lo que se conoce como humo de segunda mano—, y a quienes permanecen en sitios en los que se fuma con frecuencia, ya que el mobiliario aloja residuos de nicotina —lo que se entiende como humo de tercera mano— (Rubio, Rubio & Álvarez, 2011).

Por otra parte, el consumo de cigarrillo también tiene impacto negativo a nivel económico y social, pues debido a las condiciones médicas derivadas del consumo se genera tanto una reducción en la productividad laboral como un incremento en el gasto sanitario, ya que en caso de requerir atención médica los costos en los tratamientos son de mayor valor y se registra un deterioro progresivo de las condiciones de salud de quien fuma y de quienes lo rodean; lo cual, de igual forma, genera un incremento en la inversión económica y social que debe realizar el Estado (OPS, 2013).

Incluso, la calidad de vida de los fumadores también se ve afectada tanto por el empobrecimiento de la salud como por la instauración progresiva del hábito de consumo de esta y otras drogas (Becoña, 2007); tal como ocurre con el sedentarismo, ya que los fumadores tienen bajo rendimiento físico, además de desorden en los hábitos alimentarios y alteraciones en el ciclo de sueño (OMS, 2018b) que impactan de forma

negativa su bienestar. Por esto mismo, la OMS (2008) reconoce la importancia de que las acciones preventivas incluyan educación acerca del impacto nocivo de la exposición a humo de primera, segunda y tercera mano; en especial en grupos de mayor riesgo, como niños, ancianos, mujeres gestantes o en lactancia y personas enfermas (Homa et al., 2015; Jain, 2016), debido a que el impacto sobre su salud es aún más nocivo que el que tienen los grupos directamente expuestos al consumo (Roberts, Wagler & Carr, 2017; Suárez, Galván, Oliva, Aquirre-Jaime & Vásquez, 2013).

Adicionalmente, se ha reportado que cerca de 2700 millones de personas están expuestas al humo de tabaco debido a la falta de un control real del tabaquismo (OMS, 2017a), razón por la cual ha sido necesario implementar políticas mundiales que busquen disminuir la mortalidad asociada a la conducta de fumar.

Por dar un ejemplo, en el año 2003, la OMS propuso el convenio MPOWER, el cual buscaba vigilar el consumo, proteger a la población, ofrecer ayuda y advertir sobre los peligros del tabaco, con el fin de hacer cumplir las normas de prohibición desde una perspectiva de prevención frente a la reducción de la oferta del cigarrillo, por medio de acciones como el incremento en impuestos a tabacaleras, mayor precio en la compra, normas ambientales con la creación de espacios libres de humo, advertencia de daños en la salud y prohibición de publicidad del tabaco, entre otras (OMS, 2008).

Esta política ha tenido acogida mundial, especialmente en países como Colombia, que se adhirió a este convenio en el año 2008 y fruto de ello promulgó la “ley anti-tabaco” en el 2009, para dar cumplimiento cabal a la política de la OMS. Sin embargo, su avance se vio enlentecido por la acción opositora de barreras como la cultura mundial de consumo, la resistencia del cliente, la falta de recursos, que el personal de salud fumara, la infraestructura del sistema sanitario, y diversas barreras ambientales; de modo que se promulgó la ley 1335 de 2009, en la cual se plantea que las disposiciones para prevenir los daños ocasionados tanto en población infantil como adulta y se estipulan políticas públicas encaminadas a la prevención de la conducta de consumo de tabaco y se promocionan estilos de vida saludables con el fin de promover el abandono del consumo de tabaco.

Asimismo, se formuló la ley 1122 de 2007, en la que se definieron los alcances individuales y colectivos de la salud pública y la importancia de promover la participación responsable de cada uno de los sectores políticos y sociales en la política pública. Esta ley incluyó la formulación de un decálogo de las conductas saludables para evitar y controlar las enfermedades no transmisibles, en la cual se presentó la recomendación explícita del abandono del consumo de tabaco, así como la evitación a la exposición a humo y el principio de universalización de la atención sanitaria oportuna (MSPS, 2017).

Sin embargo, aunque se ha logrado frenar el consumo de tabaco y la exposición a humo de segunda mano es menor que en años anteriores a la implementación de la ley, las acciones se han concentrado en prohibir el consumo en espacios públicos cerrados, pero no en los abiertos, y no se ha trabajado en eliminar la exposición de los familiares y personas cercanas que habitan en los hogares de los fumadores (Azagba, 2015; Fernández et al., 2015; Fu et al., 2016; Hargreaves et al., 2010). Incluso, tampoco se ha atendido la necesidad de evitar que el humo de tabaco proveniente del consumo al aire libre ingrese a los espacios cerrados (Fu et al., 2016), ni se han ofrecido oportunidades de atención efectiva a los fumadores para que abandonen el consumo.

Por otra parte, en oposición a estos los esfuerzos mundiales en la lucha antidrogas, las tabacaleras han creado mecanismos para comercializar su producto sin incurrir en faltas legales bajo la promoción del uso de otros productos que contienen tabaco, como sucede con las hojas sueltas, el rapé húmedo, el snus, los absorbibles y los cigarrillos electrónicos, así como con formas más atractivas para los adolescentes, con sabores y presentaciones particulares como “clové”, “bidis” y “hookahs” (American Cancer Society, 2018), presentados como suplencias nicotínicas usadas para apoyar a las personas que desean e intentan dejar de fumar, aunque no se hacen evidentes las consecuencias adictivas y perjudiciales para la salud que tiene su uso (Popova & Pamela, 2013).

Incluso, la publicidad que incita al consumo de tabaco ha tenido tal efecto que se relaciona con el hecho de que se inicie tempranamente en menores de 13 años (Kaya & Ünalán, 2010; Rueda-Jaimes, Camacho, Rangel-Martínez & Campo-Arias, 2009). En particular, en Colombia y otros países de América Latina la edad de inicio ha sido ubicada en los 12 años (Callejas, 2012; Gaete & Araya, 2017), con el consecuente aumento de problemas de salud y otras dificultades igualmente importantes, como el consumo de otras drogas a la par, problemas de salud mental (Iakunchykova, 2015; Muñoz, Ogawa, Foncerrada, Rebollo & Cortesano et al., 2006), bajas en el rendimiento académico y dificultades económicas, laborales, familiares y sociales (Beato-Fernández, Rodríguez-Cano, Belmonte-Llario & Pelayo-Delgado, 2005; Guydish, Yu, Le, Pagano & Delucchi, 2015; Stiby et al., 2015).

Bajo este panorama, Becoña (2002) menciona que la prevención del consumo de sustancias psicoactivas es insuficiente si solo se dirige a promover la reducción de la oferta de la sustancia, y que es necesario complementarla con el control de la demanda, ya que dicha intervención está centrada más en las personas que en el control ambiental. Por esta razón, las intervenciones se deben basar en la modificación de actitudes, creencias y control de factores de riesgo y protección, lo cual se encuentra en manos de los profesionales de la salud, quienes deben conocer de forma suficiente las formas de consumo y los tipos de consumidores, todo para facilitar la prevención del inicio y el abandono del hábito en los fumadores.

Teniendo esto en cuenta, es preciso evaluar la acción de las distintas variables socio-culturales facilitadoras del consumo, la exposición al humo y la cesación (Deressa & Azazh, 2011; Yoong et al., 2014), y después determinar las estrategias preventivas y de atención más costoefectivas que pueden ser implementadas en el país.

Al respecto, es importante resaltar que en Colombia se ha avanzado en la aplicación de algunas de las acciones previstas en la estrategia MPOWER por medio de encuestas generales de prevalencia —como monitorear y vigilar el consumo de tabaco y generar políticas de prevención—, pero no se han evaluado en detalle los distintos patrones de consumo (Gómez & Londoño, 2017b).

Tanto entidades gubernamentales como privadas han investigado y publicado datos epidemiológicos con respecto al consumo, en donde se reporta, por ejemplo, el porcentaje de fumadores, la edad de inicio y la frecuencia de consumo, lo que permite conocer la topografía de la conducta de fumar y describir someramente las características generales de los fumadores, sin que se discriminen los diversos tipos de consumo. Por tanto, queda aún por conocer los tipos de consumidores de cigarrillo, describir en detalle sus características e identificar los problemas asociados al consumo, para así elaborar propuestas de prevención y atención específicas, dar atención oportuna a los consumidores y, en definitiva, disminuir la prevalencia e incidencia de enfermedades asociadas al uso de tabaco.

Es importante resaltar que la cesación depende de condiciones ambientales y del entorno que exponen a los fumadores a una amplia variedad de información promotora del consumo, unida al hecho de que la sustancia tiene bajo costo económico, alta disponibilidad y que a nivel psicológico se encuentran creencias, actitudes y altas motivaciones frente al consumo (Castellanos & Londoño, 2017; Velasco, Londoño, Forero, Romero, Ruíz, 2017).

Por tanto, para desarrollar acciones dirigidas a disminuir el riesgo de mortalidad altamente prevenible en el mundo es necesario abordar los principales factores de riesgo de iniciar y mantener el consumo, entre los que se encuentran, entre otros: (a) las características culturales reflejadas en la tradición de consumo de cada país, pues fumar es una práctica aceptada socialmente en muchos lugares del mundo; (b) las condiciones legales vigentes y su falta de aplicación estricta por parte de las entidades competentes, ya que de por sí el cigarrillo es una sustancia de venta y consumo con baja restricción y los frecuentemente controles son escasos; (c) las condiciones ambientales y del entorno que hacen que las personas estén expuestas a una amplia variedad de información promotora del consumo, lo que se suma a la fácil adquisición de cigarrillo para cualquier grupo poblacional y en distintos contextos; y (d) los factores psicológicos, entre los que se encuentran las creencias, actitudes y motivaciones frente al consumo que permiten una valoración del consumo de cigarrillo que motivan a que dicho consumo se normalice (Castellanos & Londoño, 2017).

De este modo, el diseño de protocolos de intervención realizados en estudios de replicación y ajuste representa nuevos retos y desafíos para el trabajo en el campo de la salud debido a la alta prevalencia e incidencia de consumo de cigarrillo que existe en Colombia y en el resto del mundo; sin embargo, el desarrollo de programas eficaces para controlar el uso de la sustancia y el desarrollo de estrategias que le permitan a las personas adquirir conductas saludables es uno de los intereses principales en esta década para la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013).

En el contexto iberoamericano, uno de los modelos considerados más efectivos para facilitar la cesación es el Proceso de Adopción de Precauciones (PAP), que ha sido aplicado en distintas situaciones para fomentar la adopción de conductas protectoras salud. Por ejemplo, Velásquez, Torres-Neira y Díaz-Martínez (2006), y Velandia (2006), adaptaron el modelo PAP para medir los factores psicológicos en distintas poblaciones e hicieron estudios en los que pretendían delimitar y explicar los factores psicológicos relacionados con la no práctica, la práctica y el mantenimiento de la actividad física en población estudiantil de una universidad pública colombiana.

Así, tanto Velásquez et al. (2006) como Velandia (2006) concluyeron que el modelo PAP está basado en un constructo teórico-metodológico sólido que incluye de forma adecuada los principales factores psicológicos que intervienen en la práctica de la actividad física, de modo que este modelo puede ser utilizado en el desarrollo de estrategias de intervención en promoción de la salud y prevención de enfermedad. Incluso, el PAP también se ha aplicado en la toma de precauciones relacionadas con la enfermedad de Lyme y en la medición de niveles de radón en las casas en población norteamericana, con resultados que denotan un alto nivel de efectividad (Weinstein & Lyon, 1998; Weinstein & Sandman, 2002).

En Colombia, Flórez-Alarcón (2007) propuso una investigación para evaluar la efectividad del uso del modelo PAP en un programa de educación para la salud dirigido a adolescentes gestantes y concluyó que este modelo (PAP) puede ser visto como una herramienta eficaz cuando se quiere trabajar procesos individuales en el campo de la salud. Incluso, ya McWhirter, Florenzano y Soubette (2002) habían determinado que el PAP tiene en cuenta el nivel de disponibilidad frente al cambio, lo cual permite, por una parte, que la persona pueda sentirse interesada en modificar su conducta y vea como propia la decisión de ingresar a un tratamiento, y, por otra, diferencie las situaciones de riesgo de las de protección, lo cual incentiva la participación voluntaria en el cuidado de la salud cuando se percibe el efecto positivo de la salud mental en los procesos de cambio.

Adicional a esto, en el campo del uso de drogas, Rodríguez y Londoño (2010) utilizaron el PAP para acompañar la cesación del consumo de tabaco-cigarrillo en una

investigación donde se encontró que la intervención provocaba el paso por las etapas de manera favorable, y que se presentaban diferencias significativas entre las personas que participaron en el plan de intervención diseñado a partir de este modelo y las que hacían parte del grupo control de espera.

También, en investigaciones como la de Flórez-Alarcón (2007) se resalta la similitud que existe entre el PAP y el MTT, haciendo énfasis en los procesos de cambio propuestos en cada modelo y en lo que hace referencia al cambio como un proceso continuo y dado por etapas; asimismo, se recalca el interés del PAP por comprender los comportamientos de precaución tomados por el individuo, para así disminuir el riesgo de experimentar algún problema de salud.

Ahora bien, algunos de los alcances del PAP son el hecho de que este modelo: (a) asume la adquisición de conductas saludables como un proceso en el que intervienen diferentes factores, razón por la cual que el cambio no es solamente cognitivo, sino también conductual; (b) permite que se realicen intervenciones tanto grupales como individuales, las cuales deben ser diseñadas de acuerdo con las características que tiene cada etapa propuesta; (c) se puede centrar en una sola problemática; (d) permite que se realicen seguimientos postintervención; (e) recoge una serie de fases —entre las que se encuentran lo epidemiológico, social, educacional y conductual— en las cuales se debe trabajar arduamente para identificar las situaciones, creencias y comportamientos que el individuo emite en cada una de ellas; (f) es un modelo considerado eficaz, ya que entiende la acción preventiva como una acción que requiere situaciones sucesivas que están ligadas a diferentes objetivos e incrementan la probabilidad de lograr llegar a la etapa final; y (g) tiene una concepción del cambio diferente a la de otros modelos —como el MTT—, en la que la conducta no se ve de manera tan continua y permite entenderla como un proceso que puede detenerse en alguna etapa específica (Flórez, 2007; Martínez, 2007; Masías, 2007; Romero et al., 2003).

Adicional a esto, otro aspecto por resaltar es el concepto de invulnerabilidad percibida considerada en el PAP, pues en investigaciones como la de Sanabria, González y Urrego (2007) se analiza la manera en que personas, incluso conociendo todo lo concerniente a las conductas de riesgo y protectoras, ejecutan en varias ocasiones comportamientos riesgosos para la salud y presentan frecuentes recaídas. Además, también sobresale que, en investigaciones como la de Grandes, Cortada y Arrazola (2000), se resalta que el PAP es un modelo de fácil comprensión gracias a su estructura —lo que facilita la utilización y empatía de las personas a intervenir— y de gran interés por su énfasis en los procesos de cada etapa de cambio, sobre todo en las etapas iniciales en las que la persona aun no percibe el riesgo de la conducta

problema, y mucho menos se muestra interesada en modificar su comportamiento. Por último, cabe resaltar que en distintos países de Europa se realizaron estudios con población joven que indican que el PAP puede ser utilizado de forma eficiente en la prevención de diversos problemas de salud, entre los que se encuentra la cesación del consumo de tabaco (Fassier et al., 2016).

En suma, el tabaquismo es una problemática de alta prevalencia a nivel mundial, y aunque se han hecho grandes avances en las políticas públicas sobre control y prevención, y en Colombia se han definido lineamientos para el diseño de programas para la cesación de consumo y atención del tabaquismo por entidades como el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS, 2017a), aún estos no han sido desarrollados debido a los diversos problemas que las agendas sanitarias del país deben atender, a la priorización de otras sustancias —como el alcohol y las drogas ilegales—, y a que las intervenciones de las conductas adictivas en general no son aceptadas por los consumidores debido a la falta de motivación para el cambio —en el caso concreto del tabaquismo, la mayoría de los fumadores se encuentran ambivalentes o poco motivados para dejar de fumar— (Piñeiro, Fernández del Río, López-Durán & Becoña, 2014; Piñeiro, Míguez & Becoña, 2010).

De aquí la importancia y urgencia de trabajar en el diseño, validación y factibilización de estrategias costoefectivas relevantes culturalmente dirigidas a promover el no inicio del consumo, la no exposición al tabaco, y un especial énfasis por la exposición al riesgo y a promover y acompañar la cesación efectiva del consumo de tabaco en Colombia. Por ello, es válido preguntarse: *¿Qué efectividad tiene el Programa de Prevención indicada para la cesación del consumo de cigarrillo basada en el PAP denominado “Libre de Tabaco Px4?”*

Este trabajo está enmarcado en la Línea de Investigación de *Psicología Clínica, de la Salud y las Adicciones* del Grupo de Investigación ENLACE, ya que responde al objetivo global de aportar en el conocimiento de las adicciones y los distintos factores asociados al consumo de drogas.

2

MARCO TEÓRICO

El consumo de tabaco es un hábito altamente nocivo y adictivo que se ha hecho cada vez más frecuente en la actualidad. En dicha conducta, el consumidor de tabaco, o fumador —como se llamará de acá en adelante—, aspira el humo del cigarrillo, mastica concentrados de tabaco, o realiza estas dos actividades de forma consecutiva —aunque es más frecuente la primera modalidad de uso—, con lo cual pone en riesgo su vida y la de otras personas, debido a que el tabaco es considerado nocivo por el efecto negativo que tiene la nicotina sobre la salud de las personas que la consumen y de quienes se exponen al humo de segunda y tercera mano (OMS, 2012). Adicional a esto, la ejecución de esta conducta tiene un efecto adictivo que ocurre debido a la rápida absorción de la nicotina y a la alta liberación de dopamina en el Sistema Nervioso Central (SNC), ambas asociadas a la dependencia física y psicológica que surge debido al consumo intenso y mantenido, ya que cuando hay una rápida absorción de esta sustancia, el fumador se ve llevado a buscar dosis cada vez más frecuentes (Corvalán et al., 2017; Fernández-Cruz, 2011; Hatsumaky, Stead & Gupta, 2016; Jiménez et al., 2004).

Asimismo, la nicotina estimula los centros de placer y genera que el cerebro se habitúe a funcionar bajo su efecto hasta el punto de provocar un síndrome de abstinencia o *craving* ante su ausencia (Carter, Bordnick, Traylor, Day & Paris, 2008), a la vez que produce efectos periféricos secundarios, como la taquicardia, la vasoconstricción periférica, el incremento de presión arterial, náuseas, vómitos, exceso de salivación, hipermotilidad gastrointestinal, y el aumento de la tasa metabólica basal y de la liberación de glucosa y cortisol (Fernández-Cruz, 2011; Onor et al., 2017). Es importante anotar que los efectos negativos del humo de tabaco sobre la salud están derivados tanto de las bocanadas que toma el fumador mismo como de la exposición directa al

humo derivado de la conducta de consumo de otros —humo de segunda de mano— y de los residuos ambientales de nicotina que se alojan en tela, ropa, muebles, paredes, techos y cortinas —humo de tercera mano— (OMS, 2017a).

Consumo de tabaco o cigarrillo

En la conducta de consumo de tabaco las personas consideradas fumadoras inicialmente inhalan el humo del cigarrillo encendido, luego lo llevan a la boca, posteriormente este va hasta la garganta, y, cuando fumar se hace más intenso, lo inhalan hasta los pulmones para después exhalarlo ya sea por la boca, nariz o ambas; acción que se repite luego de la prueba inicial hasta alcanzar distintos niveles de intensidad y frecuencia (MSPS, 2018). Sin embargo, la conducta misma de fumar es mucho más compleja, pues incluye desde la elección de la marca hasta el manejo de las colillas, e incluso los intentos por abandonar el consumo (Gómez & Londoño, 2017a). El patrón está establecido cuando la persona consume durante el último mes al menos un cigarrillo diario (Nebot, 2008).

Sin duda, fumar es una de las conductas de consumo de sustancias más complejas debido a varios factores psicológicos y sociales que determinan el consumo de tabaco, como lo son: (a) el alto poder adictivo de la nicotina, que facilita la rápida escalada del uso a la dependencia; (b) la facilidad de acceso a la sustancia; (c) la naturalización del consumo; y (d) las múltiples razones aducidas por el fumador para su uso. De este modo, en este caso, la descripción de la conducta de fumar no se queda solo en lo que ocurre durante el consumo, sino que también incluye los distintos momentos de aproximación a la sustancia y hasta la disposición de los residuos, como el olor impregnado en piel y ropa, y las colillas (Becoña & Lorenzo, 2004; Gómez & Londoño, 2017b).

Niveles de consumo

La OMS (2013b) ha reconocido a lo largo del tiempo la existencia de grados de consumo, ya que en una primera clasificación se tenía a experimentadores, fumadores *chipping* y fumadores permanentes; mientras que en la segunda se incluyeron fumadores de consumo leve, consumo moderado, consumo fuerte y dependientes a la nicotina, sin excluir la primera forma de catalogarlos.

En la primera clasificación se señala que los fumadores experimentadores son personas que prueban la sustancia por curiosidad hasta tres veces sin establecer el hábito, es decir, que el consumo se detiene rápidamente; y que los fumadores *light* o *chipping* son aquellos que prueban y detienen el consumo sin ningún problema, y en cualquier

momento, incluso volviendo a consumir sin aumentar la cantidad a más de dos cigarrillos por mes, por lo que se puede decir que tienen alguna inmunidad a la adicción (Becoña, 2010; OMS, 2013b).

Sin embargo, para la segunda clasificación, que es mucho más completa, se tuvieron en cuenta aspectos adicionales relacionados con los intentos de abandono, las señales de dependencia y la cantidad de cigarrillos fumados por día (Becoña & Lorenzo, 2004). No obstante, en esta clasificación la OMS (2006) clasifica a los consumidores sin tener en cuenta elementos de gran importancia en el consumo, como lo son la intensidad del uso de la sustancia, la forma de consumir y los problemas asociados. Por esta razón, Londoño, Velasco y Pardo (2018), y Londoño, Pardo y Velasco (en prensa), proponen y comprueban la existencia de diversas características fisiológicas y psicológicas de al menos cuatro tipos de fumadores de tabaco, a saber:

1. El *fumador ocasional*, que (a) consume de vez en cuando, especialmente en ambientes sociales; (b) ha fumado por más de seis meses; y (c) no tiene conciencia de que es un fumador, por lo cual nunca ha intentado dejar de fumar.
2. El *fumador moderado de riesgo*, que (a) consume menos de seis cigarrillos; (b) lleva menos tiempo consumiendo que los fumadores fuertes o dependientes; (c) muestra una escalada de consumo acelerada; (d) ha fumado por más de seis meses; (e) fuma ocasionalmente, solo o en grupo; y (f) ha llegado a fumar aun estando enfermo.
3. El *fumador fuerte*, que (a) no tiene síntomas de abstinencia fisiológica; (b) presenta abstinencia psicológica que no depende directamente del número de cigarrillos fumados, sino de los efectos provocados en el retiro de la sustancia; (c) ha fumado por más de seis meses; (d) su deseo de consumo es fuerte, pero aún no afecta el desempeño de las labores cotidianas del fumador; (e) presenta claros efectos sobre la salud; (f) tiende a dejar de fumar cuando experimenta síntomas notables de enfermedad, pero retoma el consumo cuando estos remiten; y (g) hace inspiraciones fuertes, principalmente a garganta y ocasionalmente a pulmón.
4. Y el *fumador dependiente*, que (a) presenta señales de dependencia física y psicológica que no dependen directamente del número de cigarrillos fumados, sino de los efectos provocados en el retiro de la sustancia; (b) generalmente no desea seguir consumiendo; (c) ha fumado por más de seis meses; (d) su deseo de consumo es más imperioso que en otros fumadores, a tal punto que afecta el desempeño de las labores cotidianas; (e) tiene una afectación notable en su salud, que puede ser expresada en una enfermedad crónica no trasmisible; (f) le

cuesta trabajo renunciar a cigarrillos que representan apertura o cierre del día, pero no logra pasar más de cinco minutos luego de despertar sin fumar; (g) inhala el humo a pulmón; y (f) consume solo o acompañado, pero responde más rápidamente ante la aparición de señales sociales y estímulos discriminativos.

Es importante anotar que algunos autores sugieren que, adicional a los puntos tenidos en cuenta en esta clasificación, esta debe incluir la medición de niveles de cotinina en sangre, requeridos para valorar la frecuencia y nivel de gravedad de la exposición directa e indirecta al humo, por lo que se plantea que una mejor manera de clasificar sería aquella que combina tanto una evaluación “objetiva”, con la medición de niveles de cotinina en sangre, o del 4-(metilnitrosamino)-1-(3-piridil)-1-butanol (NNAL), que corresponde a un metabolito de un carcinógeno con una vida media entre los 40 y 45 días (Rodríguez & Hernández, 2006); como una valoración a través de cuestionarios auto o heteroaplicados acerca de la exposición al humo de tabaco (Fernández et al., 2015; Homa et al., 2015; Jain, 2016).

Factores predictores del consumo

A lo largo de las últimas décadas se ha logrado identificar un gran número de factores ambientales, culturales, sociales, biológicos y psicológicos más o menos estables que predicen el consumo de drogas en general y, en particular, el consumo de cigarrillo.

Así, entre los factores ambientales que promueven y mantienen el consumo de tabaco se encuentran: (a) el bajo cumplimiento de las legislaciones prohibitivas en venta, publicidad y consumo (OPS, 2013); (b) el uso de modelos que proyectan imágenes atractivas de lujo, belleza y poder que promueven el consumo (Rodríguez, 2013); (c) la entrega de muestras gratis (Pedraza, Calderón, Cárdenas & Agudelo, 2012); (d) el bajo costo de los cigarrillos, combinado con la venta en lugares cercanos al lugar de vivienda, trabajo o estudio (DANE, 2016, 2019; Ortiz & Martín, 2009), que estimulan el consumo; y (e) la abundante publicidad que incita a fumar con la motivación de que “fumar es sexy, da estatus y aumenta la autonomía” (Fernández, 2013; Rodríguez, 2013). Todos estos factores actúan en conjunción con estados emocionales negativos y con una baja competencia social que el fumador busca controlar a través del consumo (Gómez & Londoño, 2017b; Mae-Wood, Cano-Vindel, Iruarrizaga, Dongil & Martín Salguero, 2010). De igual forma, el fumador tiende a la construcción de una identidad de consumo fortalecida a través de la misma práctica de uso de la sustancia (Castellanos & Londoño, 2014; Velasco et al., 2017), ya que los ambientes facilitadores del consumo en los que el grupo social cercano despliega creencias positivas acerca de los efectos del consumo terminan facilitando, validando y motivando el uso del tabaco (Becoña et al., 2011;

Calleja, 2012; Cogollo & Gómez, 2013; Ferreira, Sivalli & Baldini, 2014; Halterman, Borrelli, Conn, Tremblay & Blaakman, 2010; Londoño, Velasco & Cabarcas, 2017), e incluso promoviendo su uso para otros fines, como lo es el control del peso (Bautista, Gómez, Aguilar, Herrador & Alfaro, 2016; Hanson, 2014).

Ahora bien, con respecto a los factores sociales y culturales, el panorama de riesgo al consumo incrementa si estos mismos —como el valor dado al consumo y las creencias positivas en torno al cigarrillo— tienen un alto valor e importancia y se asocian a situaciones de intercambio social (Novoa-Gómez, Barreto & Silva, 2012), o si se vinculan al consumo de licor o café, o al hecho de realizar actividades de descanso y placer (Campo-Arias, Barros-Bermúdez & Díaz-Martínez, 2009; Cogollo & Gómez, 2013), como departir con amigos o asistir a eventos sociales y culturales (Ortiz & Martín, 2009). Asimismo, que los pares fumen y presionen el consumo, o que miembros de la familia, profesores y otros adultos significativos fumen, también estimula el inicio y mantenimiento de esta conducta (Calleja, 2012; DeLay, Kiuru, Salmela-Aro & Nurmi, 2013; Ferreira, Sivalli & Baldini, 2014; Li, Mao, Stanton, & Zhao, 2010; Villena et al., 2009), especialmente si el fumador tiene déficit en habilidades sociales (Mae-Wood et al., 2010).

Finalmente, entre los factores psicológicos, que por lo general se presentan como formas positivas de pensar, sentir y actuar hacia el cigarrillo y la conducta de fumar, se pueden encontrar: (a) las creencias positivas acerca de los efectos de la nicotina sobre la disminución del peso, la reducción del estrés, el control de la ansiedad y la regulación del afecto (Baha & Le Faou, 2013; Halterman, Borrelli, Conn, Tremblay & Blaakman, 2010; Hanson, 2014; Rubinstein, Rait, Sen & Shiffman, 2014); (b) la creencia de que fumar les permite un manejo eficiente de situaciones negativas (Brown, Carpenter & Sutfin, 2011); (c) la percepción de barreras para dejar de consumir; (d) la percepción de bajos costos conductuales (Darville & Hahn, 2014; Sindelar & O'Malley, 2014; Strasser et al., 2011); (e) la falta de habilidades para resistir la presión directa e indirecta de los pares en torno al consumo (Calleja, 2012); y (f) la sobreestimación del control conductual y de la autonomía por parte de los consumidores (Novoa-Gómez et al., 2012; Solano, García-Tenorio & De Granda, 2003).

Siguiendo con los factores psicológicos, la percepción de riesgo y vulnerabilidad hacia el abuso en el consumo y la dependencia han sido estudiadas ampliamente, y se ha detectado que los adolescentes y los jóvenes perciben un menor riesgo y ven como poco probable el establecimiento de la conducta de fumar durante la edad adulta (Hanson, 2014), además de que procesan la información nueva acerca del riesgo usando sesgos cognitivos a favor del consumo, o sencillamente ignorando el contenido del mensaje (Dirțu & Soponaru, 2014). Ahora, la aparición de razones o motivaciones para consumir, que pueden ser las mismas expectativas positivas, suelen ser

activadas por disparadores ambientales del consumo, como ver una taza de café o un vaso de licor, esperar a alguien, tener frío o calor excesivo, percibir el olor a cigarrillo, asistir a reuniones sociales e, incluso, tener una alta demanda laboral o académica (Haight, Dickter & Forestell, 2012; Nodora et al., 2014; Novoa-Gómez et al., 2012) o ver a otros fumar de forma relajante (Shadel et al., 2012). Asimismo, algunas características de personalidad han sido asociadas al consumo, como la tendencia a la búsqueda de sensaciones y novedad (Michalowski & Erbllich, 2014), y algunos trastornos de personalidad (Zvolensky, Jenkins, Johnson & Goodwin, 2011).

Ahora bien, la interacción de estos factores psicológicos hace que la persona se identifique y etiquete como fumador y por tanto determina la posibilidad de que este desee y vea como posible dejar de fumar y transformar la etiqueta (Tombor, Shahab, Brown & West, 2013). Incluso, los consumidores pueden pensar que no necesitan cambiar el consumo, ya que este no les representa riesgo (Brown et al., 2011); aunque se sabe que con intervención oportuna y efectiva estas y otras creencias acerca del consumo pueden ser modificadas (Choi & Forster, 2014).

Sin embargo, el hecho de que se asuma un proceso de cambio para dejar de fumar depende en gran medida de la autoeficacia percibida que tiene el fumador, pues si este analiza como baja su capacidad para controlar el consumo, o si la sobreestima, puede pensar que no es posible o necesario dejar de consumir tabaco (Wilson & MacLean, 2013), y esta forma de ver la situación afecta la decisión de dejar de fumar, además de que ocasiona una disminución en la probabilidad de que el intento se logre (Darville & Hahn, 2014; Martínez et al., 2010). Cabe resaltar que en los fumadores fuertes la ansiedad por consumir les provoca incomodidad y dificultad para realizar las tareas diarias, razón por la cual se reduce la intención de dejar de consumir (Businelle et al., 2010), ya que el fumador piensa que fallará o que en cualquier otro momento podría dejar de fumar (Smit, Hoving, Schelleman-Offermans, West & De Vrie, 2014).

Adicional a esto, hay que tener en cuenta que la edad de inicio temprana también está asociada al consumo fuerte y dependiente durante la vida adulta, lo que se asocia más directamente tanto a una amplia morbimortalidad por acumulación de nicotina en el cuerpo (American Cancer Society, 2018; Ayesta, Galán & Márquez, 2008; Díez et al., 2010), sea en el fumador o en las personas expuestas al humo de segunda y tercera mano (Báezconde et al., 2010; OMS, 2013); como a complicaciones maternoinfantiles durante el embarazo y la etapa neonatal (American Cancer Society, 2014).

En este sentido, para Becoña y Lorenzo (2004), así como para la Liga Colombiana de Lucha Contra el Cáncer (2018), el proceso de instauración del hábito, que depende de la edad, inicia con la existencia de condiciones biológicas que predisponen el

consumo —aunque no en todos los casos—, que se dispara cuando la persona tiene el primer conocimiento de la sustancia, debido a la disponibilidad de esta en el entorno y a que observa el efecto de su consumo. Estos dos factores facilitan que ocurra la experimentación y que poco a poco se consolide el hábito, debido a que el fumador le otorga un sentido a la acción de fumar; así, en sentido contrario, para la cesación del consumo se requiere que el consumidor modifique sus expectativas, motivaciones y aprenda a afrontar las situaciones en las que el cigarrillo alcanzó el estatus de control.

Todo lo anterior, sumado al efecto reforzante de la sustancia en los centros de placer (Portugal & Gould, 2008), y a una cierta susceptibilidad biológica de algunas personas a la adicción, que se representan no solo en la aparición temprana de síntomas de abstinencia, sino también en una tendencia clara a tener mayor número de intentos fallidos y síndromes de abstinencia más agudos (Lerman, Schnoll & Munafò, 2007), conlleva a una mayor dificultad para llevar a cabo de forma eficiente procesos de toma de decisiones respecto a la cesación del consumo (Wilson, Creswell, Sayette & Fiez, 2013).

Asimismo, se ha reconocido que las personas que desean dejar de fumar deben vivir un proceso de cambio en el que se involucran casi la totalidad de los factores antes mencionados (Sindelar & O'Malley, 2014; Strasser et al., 2011), con especial énfasis en la motivación para consumir o dejar de hacerlo, y en el análisis acerca de las propias capacidades para controlar y abandonar el consumo (Darville & Hahn, 2014; Londoño et al., 2017; Martínez et al., 2010; Wilson & MacLean, 2013).

Finalmente, cabe mencionar, en este campo de los factores psicológicos asociados al consumo, que entre los principales motivos aducidos por las personas para abandonar el consumo se encuentran la salud a corto y largo plazo, mejorar la apariencia física, cambiar la imagen personal proyectada hacia los demás, ahorrar dinero, recuperar la capacidad respiratoria para realizar actividad física, y aliviar sentimientos de culpa (Hanson, 2014; Londoño et al., 2017; Rodríguez & Londoño, 2010). Sin embargo, aunque el fumador motivado a la cesación aduce varias razones importantes para dejar de fumar, estas no siempre son lo suficientemente instigadoras para iniciar la cesación, ya que muchos estímulos neutrales ya han adquirido el estatus de discriminativos del consumo, y es así como una taza de café, esperar a alguien o tener problemas en el trabajo, entre otros, le compiten a la motivación por cesar el hábito (Haight et al., 2012; Novoa-Gómez et al., 2012).

Prevención

Ahora, después de tener clara la conducta de consumo, así como los tipos de fumador y los factores que influyen en su aparición y mantenimiento, es importante presentar algunas de las estrategias de prevención del consumo, y, por tanto, de la adicción a

esta sustancia. En primera medida, la prevención consiste en un grupo de acciones programadas que tienen el objetivo es retardar o impedir la aparición de un evento de salud no deseado, y que, además, implica la modificación de hábitos de riesgo y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas por medio del incremento del autocontrol y de la resistencia a la oferta de sustancias (Martin, 1995; Martínez & Escamez, 2006).

En la literatura sobre el tema se han propuesto diversas clasificaciones con respecto a las acciones de prevención, y algunas de ellas resultan más o menos precisas. Por ejemplo, una primera clasificación hace referencia a la prevención primaria, secundaria y terciaria, pero esta no tiene una verdadera delimitación entre prevención primaria y promoción de la salud, ni entre prevención terciaria y rehabilitación. Por esto, se prefiere manejar una clasificación más precisa, compuesta por tres categorías (Martínez, 2006), a saber:

- a. La *prevención universal*, que hace referencia a la prevención concebida como el grupo de acciones dirigidas a prevenir el inicio o demorar el consumo de sustancias, donde la población objeto es global.
- b. La *prevención selectiva*, que se define como el grupo de acciones dirigidas a un subgrupo de la población organizado según determinadas características y que está en mayor riesgo de consumir sustancias.
- c. Y la *prevención indicada*, que se entiende como el grupo de acciones dirigidas a atender un grupo de alto riesgo de dependencia, debido a que se encuentra consumiendo de una manera intensa y frecuente, y su objetivo principal es la reducción de la prevalencia y de los riesgos derivados. Específicamente, acá la meta es la reducción del abuso de sustancias, así como la reducción en el tiempo del consumo y en las secuelas del consumo de nicotina.

Es importante mencionar que tanto la prevención selectiva como la indicada han mostrado mayor eficacia, ya que se basan en la filosofía de que a cada quien se le ofrece lo que necesita.

Ahora bien, dentro de los tipos de prevención también se pueden encontrar lo que se conoce como prevención basada en la evidencia y la prevención integral. A continuación se describen estas dos formas de llevar a cabo la prevención, en este caso, del consumo de tabaco.

Prevención basada en evidencia

La prevención basada en evidencia implica asumir una postura ética de responsabilidad sobre el derecho de los usuarios y de las poblaciones objetivo para que reciban

la mejor intervención disponible. Esta postura proviene de la propuesta de construir una psicología con sustento científico que esté al alcance en términos de costo y disponibilidad para quienes la necesiten (Messer, 2016; Trull & Phares, 2003), por lo cual las intervenciones incluidas dentro de este tipo deben cumplir al menos tres criterios básicos para ser consideradas costoefectivas: que la *eficacia* referida a la magnitud proporcione resultados positivos, que la *efectividad* de la intervención cuente con una utilidad clínica, y que su *eficiencia* garantice un adecuado balance entre los costos y los beneficios (Chambless & Hollon, 1998); aspectos que son garantizados a partir de investigaciones en las que se valora la calidad de la evidencia aportada (Moriani & Martínez, 2011) y las distintas variables que entran en juego en la intervención y determinan sus alcances (Daset & Cracco, 2013; Londoño, Cabarcas, Pulido & Vélez, 2016).

Prevención integral

Ahora bien, las acciones sanitarias previstas para evitar o abandonar el consumo de tabaco deben estar dirigidas tanto a la prevención del inicio del consumo como al acompañamiento que se le ofrece a los fumadores para que abandonen de forma efectiva el consumo (OMS, 2017a, 2018a). Estas acciones preventivas implican, inicialmente, la educación en salud, cuyos objetivos incluyen el ofrecimiento de información acerca de los riesgos, la desmotivación del inicio del consumo, la facilitación de la adquisición de hábitos saludables y, en general, el incremento de la motivación para que la comunidad trabaje por la promoción de la salud en escuelas, empresas, hogares y asociaciones comunitarias (García, Owen & Flórez-Alarcón, 2005).

Adicional a esto, la educación en salud, y, en particular, la educación para la prevención debe ocurrir de tal modo que se trascienda el nivel meramente individual y se posibilite la construcción de ambientes sociales libres de humo de tabaco, y es por ello que las acciones multinivel deben dirigirse a la modificación o mantenimiento de los factores políticos, legislativos, individuales, familiares, sociales y comunitarios (Banderas, Martínez & Romo, 2010; Nilson, Stenlund, Bergstrom, Weinehall & Janlert, 2007) que determinan el comportamiento de consumo de tabaco y facilitan el mantenimiento de una vida libre de humo de tabaco, y, por lo tanto, del proceso de cesación del consumo.

En cualquier caso, la prevención del consumo de tabaco busca reducir el riesgo de exposición al humo, el de inicio del consumo y el riesgo derivado del consumo mismo, ya que, como se ha mencionado anteriormente, las personas que reciben el humo de forma directa debido a que fuman presentan un riesgo bastante alto —humo de primera mano—, al igual que aquellas que se exponen al humo de forma

indirecta —humo de segunda y tercera mano—; riesgo que se ve exacerbado si la persona recibe el humo de tabaco de más de una fuente (Baryona & Glantz, 2005; Velasco et al., 2017).

También, es preciso que las acciones de prevención sean dirigidas específicamente a los grupos de riesgo —es decir, con una prevención indicada, o *target*— (MSPS, 2016), que ocurran de forma planeada, y que incluyan al menos tres fases en su desarrollo, a saber: (a) una de *creación*, en la que se realiza un diagnóstico global de la situación y se definen las necesidades y recursos del grupo social; (b) una de *implementación*, en la que se preparan y aplican las acciones previstas basadas en la evidencia científica disponible, ajustadas según las necesidades y características propias del grupo cultural que es atendido; y (c) una de *evaluación*, que inicia con la determinación del alcance de las intervenciones, para luego analizar el impacto a largo plazo de las mismas (Silvestre, 2012).

Específicamente, la prevención indicada —o *target*— se dirige a un grupo de alto riesgo para solucionar un problema específico de salud —como a diabéticos, para prevenir su deterioro físico y mental, por ejemplo—, mientras que la prevención selectiva se dirige a un grupo de riesgo específico para tratar un problema que afecta real o potencialmente a dicha población —como el consumo de sustancias psicoactivas legales en universitarios— (Observatorio de Drogodependencias Castilla-La Mancha, 2019).

Con respecto a la prevención del consumo de tabaco, es importante mencionar que para el Observatorio de Drogas de Colombia (ODC, 2017), los programas de prevención integral del consumo de drogas deben manejar cuatro ejes fundamentales: (a) la prevención primaria, dirigida a no fumadores jóvenes; (b) la prevención secundaria, cuyo objetivo es reducir el riesgo ocasionado por el consumo o la exposición a humo de tabaco; (c) la asistencia e inclusión social a los consumidores de cigarrillo; y (d) la intervención sobre los factores psicológicos y sociales que favorecen el consumo.

Técnicas de intervención usadas en programas de prevención integral

Entre las intervenciones de prevención integral más efectivas es común encontrar técnicas o estrategias transversales que hacen parte de un gran número de investigaciones que, como se mencionó anteriormente, cuentan con su respectiva evidencia, y, por tanto, eficacia, eficiencia y efectividad. Estas estrategias comunes son: (a) la *entrevista motivacional* (EM), (b) la *consejería breve* (CB), y (c) algunos *modelos de prevención*, como el proceso de adopción de precauciones (PAP).

Entrevista motivacional

En general, la EM es una técnica de intervención con efectividad basada en evidencia, útil para incrementar la motivación intrínseca para el cambio del individuo (Bien, Miller & Tonigan, 1993; Miller & Rollnick, 1991, 2002). Como condición, es importante que se lleve a cabo de manera directa, que se centre en la personas, que se lleve a cabo para explorar una situación, evento o problema de interés y que, por tanto, intente resolverla (Fernández et al., 2017); y que tenga efecto directo en la disminución del abandono del tratamiento y en el aumento en el cumplimiento de prescripciones médicas (Piñeiro et al., 2010), ya que su meta final es incrementar la motivación y compromiso al cambio en las personas a quienes se les aplica (Fernández et al., 2017).

Adicional a esto, la EM ha sido definida como un estilo de comunicación cuyo objetivo es provocar un cambio comportamental mediante la resolución de motivaciones propias en los entrevistados (Miller & Rollnick, 2002). Inicialmente, esta entrevista se creó con el fin de tratar el consumo de sustancias, pero después, debido a su utilidad y efectividad, se extendió su uso para personas con problemas de alimentación, ya que había un interés importante para incentivar el cambio en dichos pacientes (Fernández et al., 2017).

Específicamente, la EM es una estrategia de intervención que cuenta con cuatro acciones básicas, que consisten en expresar empatía, crear discrepancias, dar un giro a la resistencia, y fomentar y reforzar la autoeficacia (Miller & Rollnick, 1991, 2002; Rollnick, Miller & Butler, 2008). Según Prochaska, Hall y Bero (2008), para el caso del consumo de tabaco, con esta entrevista, y siguiendo dichas cuatro acciones, los fumadores pasan por una serie de fases que van desde no tener ninguna intención de dejar de fumar hasta buscar activamente ayuda para hacerlo, aspecto que representa la temporalidad requerida para que aumente la motivación del cambio intencional.

La EM ha sido clasificada como una intervención breve, ya que cuenta con evidencia empírica —representada en la acumulación de un número importante de estudios controlados— con pacientes con uso abusivo de una amplia variedad de sustancias, como alcohol, cocaína, marihuana y, por supuesto, tabaco (Brown et al., 2010; Burke, Arkowitz & Menchola, 2003; Butler et al., 1999; Dunn, Deroo & Rivara, 2001; Hetttema, Steele & Miller, 2005; McCambridge & Strang, 2004; Miller, Yahne, Moyers, Martínez & Pirritano, 2004; Rubak, Sandbaek, Lauritzen & Chirstensen, 2005; Smit et al., 2014; Smith et al., 2001; Valanis et al., 2001).

Por otra parte, la EM puede ser utilizada en intervenciones breves de prevención secundaria, tal como se ha hecho en acciones dirigidas a la reducción de consumo de sustancias lícitas en Colombia, en las que la reducción de la resistencia al cambio se combina con el aumento de la motivación personal para dejar consumir tabaco o

regular el uso de alcohol (Gantiva & Flórez-Alarcón, 2015; Torres, 2010). Además, se ha podido establecer que la EM cuenta con evidencia empírica creciente acerca de su alta utilidad en este campo sanitario (Carrol et al., 2006), y tiene una gran oportunidad de ser usada por su bajo costo si se cuenta con personal altamente entrenado en su uso.

Autores como Pedrero y Lloves (2011) han establecido que el uso de la EM en el cambio de conducta es una estrategia efectiva debido a que permite que el paciente aumente la importancia del cambio a partir de las afirmaciones que el experto en entrevista le ayuda a darse cuenta, como sucede con aspectos como la incompatibilidad entre el problema y los valores personales. Así, las verbalizaciones del terapeuta se convierten en estímulos ante la conducta del paciente, por lo que el profesional experto motiva y contribuye a que el paciente o usuario determinen qué hacer para salir de las incongruencias con las que se vaya encontrando (Froján, Alpañés, Calero & Vargas de la Cruz, 2010).

Ahora bien, los objetivos centrales de la EM están dirigidos, de manera empática, a escuchar y remarcar en la forma de pensar del entrevistado los motivos de resistencia al cambio y las razones personales para considerarlo y llevarlo a cabo; y para ello se analizan, por medio de confrontaciones empáticas, los valores, metas y razones de consumo que tiene la persona, con el fin de aumentar el deseo de cambiar y el compromiso de iniciar el proceso (Hall, Gibbie & Lubman, 2012; Miller, 2014). De acuerdo con Miller y Rollnick (1991), para alcanzar estos objetivos, las acciones se deben basar en los siguientes principios de la EM:

- a. *Expresar empatía*, que alude al hecho de escuchar al consumidor de tabaco de manera empática, para así lograr una escucha reflexiva y realizar un resumen analítico que facilite tanto la reflexión previa al cambio necesaria como el hecho de ubicar los dilemas que generan la sensación de ambivalencia, para posteriormente disiparlos.
- b. *Evidenciar discrepancias*, que implica la identificación de valores personales y sueños hacia el futuro que pueden producir malestar debido a la discrepancia existente entre ellos. Un ejemplo específico en el campo del consumo de tabaco o alcohol es la existencia de un deseo de mayor tiempo de vida que se contrasta con el uso de la sustancia, ya que este último puede impactar negativamente la salud y acortar el tiempo de vida. En este caso, la EM puede facilitar una reflexión analítica que les permitirá ver de qué modo el consumo puede aportar o limitar el alcance de su meta futura vital.
- c. *Avanzar con las resistencias*, con lo cual se indica que la mejora debe ocurrir debido al aumento de la confianza y sin que se den discusiones opositoras que

enjuicien el avance del consumidor, aunque sí con conversaciones analíticas de respeto de la postura personal y con la invitación al diálogo analítico situacional sobre el consumo.

- d. Y *promover la autoeficacia*, con lo que se busca que la persona reconozca su propia capacidad de iniciar un proceso de cambio. En el caso del tabaco, el objetivo sería abandonar el consumo, y en el caso del uso de alcohol, regular su ingesta.

Para lograr las metas, la EM implica que los encargados cuenten con ciertas habilidades, como lo son la escucha empática, la capacidad de promover en el consumidor la realización de declaraciones automotivadoras que resuelvan las ambivalencias, y la facilidad para resolver constructivamente las resistencias y así aumentar la disponibilidad al cambio. También, es importante tener en cuenta que la probabilidad de logro aumenta con el uso de estrategias, como el uso de preguntas abiertas reflexivas, la escucha reflexiva, la reestructuración positiva y la presentación periódica de resúmenes, todo con el fin de proporcionar elementos de autoanálisis de quien consume, y así facilitar la aparición de afirmaciones de automotivación, las cuales tienen un impacto positivo sobre el deseo y la adopción real de un proceso de cambio —que en el caso del tabaco se espera sea el abandono total y permanente de la sustancia— (Hall et al., 2012; Miller, 2014; Torres, 2010).

Ahora, entre las técnicas usualmente usadas en la EM para provocar el uso de los discursos de cambio se incluyen, además de preguntas abiertas y comentarios positivos, afirmaciones de reflejo de comprensión de la situación —que incluyen el reflejo simple, el reflejo complejo simple [mismo significado exacto y la misma emoción] y el reflejo complejo de doble sentido [afirmación de ambivalencia]—, y síntesis o resúmenes empáticos y comprensivos (Moore, Pavié, Véjar, & Corvalán, 2017).

Por último, la evidencia científica sobre la efectividad de la EM ha indicado que es preciso que sea desarrollada por profesionales altamente entrenados que logren alta empatía, que apliquen de manera óptima las técnicas del modelo de intervención, que promuevan el compromiso personal de cambio en el usuario, y que consideren las recaídas como una situación normal y reversible en un proceso de cesación del consumo (Hall et al., 2012; Houck & Moyers, 2008; Miller, 2014).

En conclusión, la colaboración, la evocación y la autonomía son el resultado del trabajo conjunto entre el paciente y el entrevistador, sin que se juzgue o se confronte, sino con la manifestación de respeto por la autonomía del entrevistado para cambiar la conducta foco de interés, y sin perder de vista que el estilo terapéutico marca la pauta y es crucial en el proceso de conversación para resolver las ambivalencias y promover el cambio (Templos-Nuñez & Marín-Navarrete, 2014).

Consejería breve

La CB es un proceso básico de intervención breve realizado en el primer nivel sanitario (Fiore et al., 2008), educativo, laboral o comunitario, ejecutado por profesionales de la salud o personas capacitadas, que consiste en identificar fumadores para extenderles la invitación formal de abandonar el consumo de tabaco como estrategia de prevenir la aparición de enfermedades asociadas (Alba et al., 2013). Según Salinas, Bello, Chamorro y González (2016), se reconoce a la CB como una estrategia de orientación y apoyo para dejar de fumar que resulta ser bastante eficaz para el abordaje del consumo de drogas, en especial cuando es realizada de forma sistemática por profesionales de la salud y bajo criterios de calidad.

De hecho, que el sistema de salud implemente la CB como estrategia de primera línea puede ayudar a reducir el riesgo de contraer enfermedades asociadas al consumo de cigarrillo, sin desconocer que la terapia farmacológica tiene eficacia demostrada, aunque esta no es necesaria en todos los pacientes, puesto que para algunos de ellos la CB es suficiente por la orientación y apoyo para dejar de fumar de manera sistemática que se ofrece al entrar en contacto con los profesionales de la salud, ya que esto permite que el paciente en algún momento se pueda motivar y estar preparado para el cambio —se ha reportado que aproximadamente el 40 % de los pacientes intenta dejar de fumar solo por el consejo de su médico (MSPS, 2015a)—. Por tanto, en apoyo a la postura de sistematicidad en el consejo, Alcántara-Gómez et al. (2016) sugieren que la CB debe ser firme, clara, precisa, personalizada y reiterativa en el tiempo, sin importar si en algunos casos esta se considera en un tiempo de uno a dos minutos; entre más se dé al paciente, más efectiva.

Ahora bien, la CB consta, en particular, de intervenciones de menos de 10 minutos, y dentro de ella se registra si el paciente fuma o no y si cuenta con información, apoyo o tratamiento acerca del consumo de cigarrillo; así, el profesional busca, por medio de estrategias sencillas, incrementar de manera significativa el interés o motivación por dejar de fumar. Como se ha reportado, el objetivo principal de la CB es generar un mayor número de intentos de dejar de fumar en el paciente con apoyo de información sobre los beneficios de dejar de fumar; incluso, en algunos países, como en Chile, se utilizan variaciones y no se hace de manera directa, sino por medio llamada telefónica (Moore et al., 2017).

Específicamente, el consejo se define como el intercambio de información y mensajes verbales entre profesionales de la salud y usuario que promueve el desarrollo de capacidades para dejar de fumar (Alba et al., 2013), y uno de los tipos de consejería que ha mostrado ser efectiva a bajos costos es la CB, la cual puede ser realizada por la mayoría de los profesionales de la salud, a pesar de contar con algunas limitantes,

como que los profesionales de la salud tienen restricciones de tiempo para llevarla a cabo o carecen de entrenamiento, y esto la puede convertir en inefectiva.

En resumen, la consejería breve debe proveer al paciente de elementos relacionados con el manejo de alguna situación importante de riesgo; reducir las situaciones o eventos que le pongan en riesgo de incrementar el consumo; adquirir información relevante sobre el consumo, así como sobre recaídas, riesgos, beneficios, habilidades de afrontamiento, toma de decisiones y manejo del estrés; identificar cuándo pedir soporte; e, incluso, contar con datos de contacto de personas o instituciones que le puedan proveer el tratamiento o intervención (Altunga & Bulut, 2019). Es importante mencionar que todas estas acciones no serán llevadas a cabo en la sesión de 2 a 10 minutos, sino que, según las necesidades del paciente, se puede proveer información sobre alguno de los tópicos mencionados (Ministerio de Salud Argentino, 2017).

Ahora bien, dentro de los modelos más utilizados de intervención breve se encuentran, por una parte, la estrategia de las 5A, que consiste en (a) *averiguar* sobre el consumo de tabaco, (b) *aconsejar* dejar de fumar, (c) *apreciar* el grado de disposición al cambio, (d) *asistir* en el caso de solicitud de ayuda para dejar de fumar por medio de la información y remisión del caso a profesionales encargados del proceso de cesación y prevención de la recaída, y (e) *ayudar* en el desarrollo de un plan a seguir para dar inicio a la cesación; y, por otra, el modelo de las 5R, que consiste en (a) la *relevancia*, es decir, la importancia que el paciente da a dejar de fumar, (b) los *riesgos*, es decir, si el paciente comprende las consecuencias de seguir fumando, (c) las *recompensas* al dejar de fumar, (d) las *resistencias*, o lo que le impide iniciar el cambio o mantenerse en la cesación, y (e) la *repetición* de la información y necesidad de dejar de fumar, lo que significa comunicar a los agentes sociales necesarios para motivar a la cesación del consumo (Moore et al., 2017); que en cada caso duran entre tres y cinco minutos, e implican cinco pasos (Fiore et al., 2008). A continuación se presentan algunas características específicas de estos modelos.

Modelo de las “5A”

Este modelo implica cinco acciones que ayudan al fumador que desea abandonar el consumo lograr su objetivo (Averiguar, Aconsejar, Apreciar, Ayudar y Acordar), que se realizan de forma personalizada, respetuosa, firme, clara, precisa y reiterativa, ya que por lo general la persona ha pensado de forma continua que debe dejar de fumar, pero siente que no es una acción posible (OMS, 2013b). De este modo, esta estrategia no se dirige a las personas que aún no desean abandonar el consumo de tabaco; para ello se plantea el uso de las 5R (OMS, 2014).

Con este modelo, el proceso inicia con una pregunta acerca de si la persona es consumidora, de qué tipo y si desea detener el consumo de tabaco (Averiguar); continua con la recomendación personal, clara, directa y amable de cesar el consumo (Aconsejar); seguida de ayudar a identificar los beneficios derivados del no uso de tabaco (Apreciar); para luego identificar la disposición de poner en práctica el deseo de cesación (Ayudar); y, por último, definir el momento y forma del inicio del abandono (Acordar). Si la persona duda o tiene una respuesta final negativa acerca del deseo de llegar al abandono, se inicia la aplicación del modelo de consejería de las 5R (OMS, 2014).

Modelo de las “5R”

Este modelo implica solo dos A (Averiguar si fuma y Aconsejar la cesación) para aumentar la motivación del abandono del tabaco, que implican el apoyo para la valoración de la pertinencia o importancia de desear el hecho de no fumar, reconocer los riesgos asociados al uso de tabaco, identificar los beneficios de la cesación, explorar las recompensas y obstáculos derivados del consumo, y cerrar la conversación con la repetición de la pregunta acerca del deseo de dejar de fumar (OMS, 2013b; OMS, 2014).

Posteriormente, sus acciones centrales son la Relevancia o análisis de importancia personal de dejar de fumar; los Riesgos, como comprensión individual del riesgo que representa el uso de tabaco; las Recompensas, que indican las ventajas y ganancias obtenidas con la detención del consumo; la Resistencia, representada en los temores y obstáculos que les hace temer la cesación; y la Repetición, que implica el compromiso de todos los profesionales de reforzar la información que invita a los usuarios a no fumar (Moore et al., 2017).

En general, cabe mencionar que diversos estudios han mostrado que cerca del 20 % de los fumadores que pasaron por intervención breve progresan en su fase de abandono (Patnode et al., 2015), además de que la CB incrementa la abstinencia a seis meses entre un 2.1 % y 5.1 % de los que reciben la intervención. Asimismo, se ha encontrado que el consejo de duración inferior a tres minutos no incrementa la cesación (RM = 1.3; IC 95 % = 1.01-1.6), mientras que el realizado entre tres y diez minutos lo hace en un 5.1 % de quienes lo reciben (RM = 1.6; IC 95 % = 1.2-2.0) (Alba et al., 2013); también, otros autores indican que la consejería alcanza un poder de hasta 25 % de efectividad dependiendo de la frecuencia de uso y de la oferta de opciones reales de acompañamiento para lograr el inicio del proceso de abandono del consumo (Moore et al., 2017).

De igual forma, es importante adicionar que la consejería se basa en la información *positiva* acerca de los beneficios del no consumo, la cual se presenta a través de publicidad especial, centrada en la persuasión y no en la amenaza, ya que resalta la

importancia de las necesidades y beneficios relacionados con la cesación del consumo en un lenguaje acorde con la cultura en donde se difunde.

Finalmente, estos dos tipos de consejería pueden realizarse a través de medios electrónicos y de comunicación para dar a conocer los efectos nocivos del uso de tabaco y de la exposición al humo, así como para promover ambientes libres de humo e invitar a la cesación, siempre utilizando publicidad positiva que motive la cesación a partir de los beneficios personales y sociales del no consumo de tabaco. Cabe anotar que este tipo de intervenciones puede ser desarrollada por diversos profesionales de salud que prestan sus servicios a personas con malos hábitos para su salud, además del consumo de tabaco (Alba et al., 2013).

Modelos de prevención

Ahora bien, se han planteado distintos modelos de prevención centrados en variables relacionadas con la adopción de estilos de vida saludables que han alcanzado diversos niveles de eficacia derivados del uso de distintas técnicas, entre los que se encuentran: (a) los *modelos de prevención global del consumo de sustancias*, que centran la atención en el proceso de desarrollo del individuo y la susceptibilidad de consumir (Martín, Torres & López, 2002); (b) los *modelos centrados en la reducción y manejo de los síntomas fisiológicos*, cuya explicación de base es la vulnerabilidad biológica (Pinet, Viñas & Ribalto, 2009); (c) los *modelos de formación y educación en habilidades generales*, como la autoestima, autoeficacia y otras variables mediacionales (Aguirre, Caro, Fernández & Silvero, 2016); (d) los *modelos centrados en el uso del tiempo libre*, basados en actividades deportivas, comunitarias y culturales (Varela, Gradaille & Teijero, 2016); y (e) los *modelos basados en componentes biológicos, psicológicos o sociales específicos*. Sin embargo, estos modelos no cuentan con suficiente evidencia acerca de su efectividad y, por el contrario, se ha anotado que su naturaleza global y genérica limita los alcances cuando se trata de reconocer el impacto de algunas condiciones particulares de personas y grupos sociales definidos.

Por otra parte, existe otro grupo de modelos que atienden los aspectos cognitivos y sociales que predicen la adopción de una conducta saludable, entre los que se encuentran: (a) el *modelo de creencias en salud* (MCS), que retoma la acción de las creencias relacionadas con la percepción de riesgo y vulnerabilidad y las valoraciones sociales acerca de la salud propia y de los demás (Moreno & Gil, 2003); (b) la *teoría de la acción razonada*, propuesta por Ajzen y Fishbein (1980), que incluye factores individuales y grupales, y su efecto en las creencias basadas en el análisis racional del riesgo personal y de otros cercanos (Arrivillaga & Salazar, 2005; Grandes, Cortada & Arrazola, 2000; Neipp, Quiles, León, Tirado & Rodríguez-Marin, 2015; Hagger &

Chatzisarantis, 2009); y (c) la *teoría de la conducta planeada*, que pretende prevenir el consumo teniendo en cuenta no solo la percepción de riesgo sino que además incluye aspectos sociales como la norma subjetiva (Ajzen, 1991). Estos modelos parciales han generado aportes importantes al campo explicativo del consumo de drogas pese a usar elementos parciales para ello; sin embargo, no dan cuenta de la complejidad del comportamiento de consumo de sustancias.

Asimismo, se encuentran los modelos integrativos, entre los que se cuenta con: (a) la *teoría de aprendizaje social* de Bandura (1998), que recoge los principios básicos del condicionamiento clásico, del condicionamiento operante, del aprendizaje vicario y de los modelos cognitivos —bajo los lineamientos de la psicología comportamental, esta teoría sostiene que cualquier conducta relacionada con el consumo de drogas, la eficacia personal en el manejo del consumo y el establecimiento del hábito de consumo es aprendida y se puede desaprender—; (b) los *modelos por etapas*, que pretenden reconocer no solo la complejidad de la conducta integrando variables cognitivas, sociales y comportamentales, sino que además consideran el cambio como un proceso temporal que ocurre de forma consecutiva y por etapas, entre ellos, el *modelo transteórico por etapas*, propuesto en la integración de 18 teorías, que intenta analizar los cambios por los que un individuo pasa durante el proceso de cambio de un comportamiento (Prochaska & DiClemente, 1982) —la crítica principal a este modelo radica en su falta de consistencia teórica y epistemológica, aunque ha demostrado validez empírica (Prochaska et al., 2008), y un factor fundamental es el diseño de acciones centradas en el aumento de la motivación y disponibilidad al cambio (Cabrera, Gómez & Mateus, 2013; McWhirter et al., 2002)—; y (c) el *modelo de adopción de precauciones*, que es la base de la propuesta a validar en este trabajo, y por ello se profundiza en el en las siguientes secciones.

Proceso de adopción de precauciones

El Proceso de Adopción de Precauciones (PAP), propuesto por Weinstein, Rothman y Sutton (1988), es el modelo de prevención por etapas que ha sido catalogado como efectivo en procesos de control de consumo de drogas, en especial del consumo de cigarrillo o tabaco (Cabrera, 2001; Cabrera et al., 2013; Rodríguez & Londoño, 2010). Este modelo tiene su base teórica en el enfoque cognoscitivo-conductual, ya que se basa en la idea de que la adquisición de una conducta saludable se da a través de cinco etapas determinadas por la percepción que el sujeto tiene acerca de la severidad de un riesgo y de su vulnerabilidad personal frente al mismo (Flórez-Alarcón, 2007); en él, el cambio es entendido como un proceso continuo y dado por etapas que facilitan la aparición y mantenimiento de comportamientos de precaución

tomados por el individuo con el objetivo de disminuir el riesgo de experimentar algún problema de salud (Flórez-Alarcón, 2007); y, adicionalmente, se asume que la adquisición de conductas saludables es un proceso en el que intervienen factores cognitivos y conductuales que pueden ser abordados mediante intervenciones grupales, las cuales deben ser diseñadas de acuerdo con la percepción que se da el consumo, las características de cada etapa de cambio, y el seguimiento realizado posterior a la intervención (Landeros-Oliveros, Benavides, Frederickson, Martínez-Reyes & Celis-García, 2013; Masías, 2007).

Autores como Velandia (2006) establecen que en los distintos modelos del comportamiento de salud se formulan explicaciones de tipo social, cognitivo y comportamental para la promoción-prevención, y dejan claro que mientras unas teorías representan el comportamiento de salud en una línea continua —cuyos extremos son la ejecución y no ejecución del comportamiento de salud—, otras, como el PAP, lo caracterizan como un proceso que puede dividirse en etapas, las cuales se entienden, por una parte, desde una manera cognoscitiva, donde las actitudes o la motivación de la persona están ligadas al comportamiento que emite frente a algún comportamiento específico; y, por otra, conductualmente, donde la posición puede entenderse como ausencia de práctica, práctica o mantenimiento de la conducta (Flórez-Alarcón, 2007).

Adicionalmente, estas teorías de etapas proporcionan una forma de dividir una población de individuos en un grupo ordenado de categorías, en las cuales, según el planteamiento de Weinstein et al. (1998), los individuos de una misma categoría comparten similitudes unos a otros, lo que puede ayudar a predecir su comportamiento y guiar el desarrollo de intervenciones para promover el comportamiento saludable. Es por esto que, siguiendo la idea de las teorías de etapas, autores como Velandia (2006) destacan al PAP como un modelo que considera la adquisición de las conductas saludables como un proceso susceptible de dividirse en siete etapas o estados distintos, siendo el primero de ellos la ignorancia del riesgo y el último la acción completa de prevenirlo.

Ahora bien, las teorías de etapas parten de la noción de que las personas se comportan en formas cualitativamente diferente, asumiendo que las personas que no comparten la misma etapa requieren intervenciones distintas (Flórez-Alarcón, 2007; Velandia, 2006), y es por esto que las intervenciones que se proponen a partir de estos modelos necesitan estar hechas a la medida de las personas, para así focalizar las barreras que inhiben la transición a etapas superiores, precedidas por momentos basados en las creencias de la gente acerca de su situación de riesgo. De este modo,

una persona logra alcanzar una etapa cuando acepta la idea que la define, y para llegar a etapas avanzadas debe darse el paso por todas las etapas previas, que son acumulativas, dicotómicas —ya que una persona alcanza o no la etapa— y reversibles —porque la persona puede moverse hacia delante y hacia atrás en el transcurso a lo largo de estas etapas—.

De este modo, tal como lo describen Weinstein et al. (1998), el modelo teórico PAP tiene como características principales: (a) que no es un proceso continuo, sino que se trata de un proceso discontinuo que transcurre por diversas etapas; (b) que las etapas constituyen una sucesión obligatoria por la que la persona debe transcurrir si está interesada en seguir el camino hacia la adopción de la precaución —el movimiento entre ellas puede ser en sentido progresivo o regresivo—; y (c) que la progresión de una etapa a la siguiente implica la superación de barreras.

Adicional a lo anterior, en la aplicación del PAP se propone que se supervise estrechamente a los participantes para ver el movimiento entre las etapas, detectar si estas siguen la secuencia teórica sugerida y determinar las variables personales y sociales que pueden predecir el progreso entre ellas, ya que personas ubicadas en diferentes etapas muestran distintos patrones de comportamiento y de creencias. Además, la adopción de una conducta saludable en este modelo es un proceso dinámico y multideterminado, ya que en él influyen la competencia de la conducta saludable, las exigencias de la vida, la aparición tanto de costos como de beneficios a lo largo del tiempo, e incluso la forma en que el comportamiento real de toma de decisiones difiere del ideal racional implícito en la valoración de expectativas y en las teorías sobre la utilidad de los comportamientos saludables (Weinstein et al., 1988).

Ahora, pasando a la descripción de las etapas del PAP, Weinstein y Sadman (2002) proponen que estas van de un primer momento (etapa 1), en el que la persona desconoce la importancia de determinada conducta, a un momento avanzado (etapa 6), en el cual se ha incorporado dicha conducta a su repertorio conductual, y, por último, a un momento final (etapa 7), donde se logra prolongar el mantenimiento de la ejecución de dicha conducta. En particular, estas etapas son:

1. *Etapa 1: Susceptibilidad.* En esta, el sujeto, aunque posee una información global acerca del riesgo, desconoce la importancia de practicar conductas saludables y no manifiesta un interés expreso por realizarlas.
2. *Etapa 2: Severidad.* En esta, el sujeto tiene información acerca de la probabilidad de riesgo para otros, pero no manifiesta interés por poner en práctica conductas saludables.
3. *Etapa 3: Efectividad.* Acá, el sujeto reconoce su susceptibilidad personal ante el riesgo, pero aún no tiene conductas de cambio.

4. *Etapa 4: Decisión personal.* En esta, el sujeto decide que no desea practicar la conducta saludable o, por el contrario, toma la decisión de iniciar conductas saludables en su vida.
5. *Etapa 5: Acción.* En esta, la persona efectúa la conducta saludable.
6. *Etapa 6: Adopción.* Acá, la persona logra incorporar la conducta saludable a su repertorio conductual, y, por tanto, se espera el mantenimiento de la acción iniciada.
7. *Etapa 7: Mantenimiento.* En esta, finalmente, el individuo pone en práctica la conducta saludable, y se evidencia que la realiza de manera sostenida en el tiempo.

Cabe resaltar que las primeras cuatro etapas se definen en términos cognoscitivos, mientras que las últimas tres lo hacen en términos conductuales, ya que, por ejemplo, la segunda etapa se define en términos de actitudes, la etapa 3, en términos de motivaciones respecto a la conducta en cuestión, y la etapa 4, en creencias sobre su situación de riesgo; mientras que las etapas 5, 6 y 7 se definen en términos comportamentales, ya que se refieren a la ejecución, omisión o mantenimiento de la conducta protectora. Es así como se establecen entonces los dos términos en los que se define el modelo: el cognitivo, por el hecho de que la posición depende del conocimiento, de las actitudes o de la motivación del sujeto; y el conductual, ya que se tienen en cuenta los comportamientos específicos para el cambio, como lo son la ausencia de práctica, la práctica y el mantenimiento de la acción (Flórez-Alarcón, 2007; Weinstein, Lyon, Sandman & Cuite, 1998).

También, es importante ahondar un poco en lo que se refiere a la etapa 4, ya que es en esta donde se ubican aquellas personas que deciden no poner en práctica la conducta saludable, y esto se entiende porque la persona, además de percibir una gran cantidad de esfuerzos para poder adquirir la conducta, se ve a sí misma con poca vulnerabilidad hacia el riesgo, lo cual influye en su decisión; proceso que ha sido denominado “optimista no realista” (Weinstein et al., 1988; Flórez-Alarcón, 2007).

Cuando esto ocurre, es necesario remitirse al análisis de las barreras que aparecen en el paso por cada etapa del modelo PAP, pues entre ellas se pueden encontrar: (a) la expectativa de reforzamiento-resultado (etapas 1 y 2); (b) la controlabilidad percibida (etapas 2 y 3); (c) las actitudes normativas (etapas 3 y 4); (d) la toma de decisiones (etapas 4 y 5); y (e) la planificación del autocontrol (etapas 5 y 6). Estas barreras están directamente relacionadas con las categorías cognitivas (percepción, decisión, actitud, entre otras), y la superación de estas va a permitir que la persona pase por las etapas, lo cual la acerca más a practicar un comportamiento saludable (Flórez-Alarcón, 2007). Al respecto, cabe resaltar que cada etapa tiene su

momento y sus características principales, lo cual hace necesario que las intervenciones se adapten a la situación presente y se centren en la barrera específica por la que el individuo está transcurriendo (Weinstein & Sadman, 1992).

Por ejemplo, la expectativa de reforzamiento-resultado (barrera 1) se refiere al punto de partida con respecto a la motivación individual que se percibe para implementar comportamientos saludables, por lo cual es relevante tener en cuenta las potencias y valencias de la persona —siendo las primeras, las expectativas; y las segundas, los valores—, las cuales son utilizadas para poder predecir lo que espera la persona de sus comportamientos. Según el planteamiento Lewinianiano, la persona se encuentra expuesta a una serie de caminos que le ofrece el medio ambiente, los cuales pueden presentar barreras que deben ser superadas o, por el contrario, se debe actuar, moverse hacia otro camino (Mateos, 1996).

En este mismo aspecto, Bandura (1997), interesado en las prácticas del comportamiento, propuso que el curso de la acción del individuo inicia en el pensamiento, y que existen dos clases de expectativas que vale la pena definir para tener mayor entendimiento conceptual: las expectativas de resultado y las de autoeficacia. Específicamente, la expectativa de resultado se refiere a las creencias que tiene la persona acerca de que cierto comportamiento puede llegar a una consecuencia específica; mientras que la expectativa de autoeficacia se refiere a la creencia de la persona de que una habilidad propia puede permitir la ejecución de conductas.

De este modo, la primera barrera se centra en las creencias de la persona acerca de los riesgos y de susceptibilidad ante ellos, y así, la eficacia de la respuesta es vista como esas creencias y certezas de que la conducta realizada resultará efectiva contra los riesgos y brindará un resultado benéfico. Asimismo, en esta barrera se propone un proceso actitudinal en el cual se tiene en cuenta los juicios de la persona acerca del valor de los resultados obtenidos, y, finalmente, dichas creencias y juicios se ven influenciados por los dos tipos de reforzamiento, el reforzamiento negativo y el positivo, ya que la anticipación del logro de bienestar al ejecutarse un comportamiento sería refuerzo positivo, y, en cambio, la anticipación de eliminación de amenazas se convertiría en un tipo de refuerzo negativo.

Lo importante es que cualquier decisión tomada por la persona se dé bajo los términos claros de la situación, ya que en ocasiones la persona toma decisiones, pero lo hace bajo un nivel de ignorancia respecto de los riesgos que se presentan. De este modo, la superación de la primera barrera logra darse si el individuo adquiere la noción de severidad de riesgos y de su susceptibilidad ante estos, y es por ello que el programa debe demostrarle al individuo la probabilidad de que el comportamiento

saludable reduzca efectivamente los riesgos que se presentan, ya que de lo contrario la probabilidad de que se emita el comportamiento deseado se convertiría en cero (Flórez-Alarcón, 2007).

Por otra parte, la segunda barrera, denominada “controlabilidad percibida”, es vista como una barrera actitudinal, ya que se centra en las relaciones entre las actitudes, las intenciones y el comportamiento. Por ello, en el desarrollo conceptual de la misma han participado autores con la intención de definir qué es una actitud, ya que es vista como una variable que funciona bajo una serie de creencias por parte del individuo, las cuales juegan un lugar predisponente ante la acción. De acuerdo con esto, es importante analizar las razones que la persona atribuye a los resultados de los comportamientos, ya que se identifican las habilidades, el esfuerzo o simplemente la suerte que se presentaron para realizar dichos resultados (Flórez-Alarcón, 2007; Weinstein & Sadman, 2002).

Ahora bien, la controlabilidad percibida se refiere al control que percibe el individuo sobre la conducta a realizar y no al control sobre las consecuencias, y este concepto se encuentra ligado con la percepción de autoeficacia, por medio de la cual se determina el grado de control que posee sobre los comportamientos (Ajzen, 2006). Para entender la propuesta, es importante remitirse a la clasificación de atribuciones que la persona hace, es decir, el locus de control, la estabilidad y la controlabilidad, esta última definida como la distinción que hace la persona entre las cosas que puede controlar y las que no. De esta manera, lo importante del análisis es entender que mientras las creencias de la persona y las atribuciones que se den a los resultados se asemejen a causas controlables, la probabilidad de un nuevo comportamiento aumenta (Weiner, 1992). Así, dicha percepción puede inclinarse hacia dos posturas, controlabilidad e incontrolabilidad, oscilando entre una mayor probabilidad de acometimiento de la acción o una evitación de la misma.

Retomando el concepto de autoeficacia, debe resaltarse que para la superación de la barrera no solo es necesario que la persona sienta que puede ser capaz de ejecutar algo, sino que debe contar con una accesibilidad a los recursos necesarios (Flórez-Alarcón, 2007). Así, en síntesis, la autoeficacia es la esencia de la controlabilidad percibida, y se resume como una habilidad de la persona para realizar o emitir distintas conductas (Bandura, 2002), por lo cual una alta autoeficacia percibida va a favorecer la solución de problemas y toma de decisiones.

Ahora, la tercera barrera, que refiere a las actitudes normativas, genera en el individuo, de una manera u otra, una sensación de presión social que facilita la acción. Como señala Bandura (2001), existen dos vías que sirven para dar razón de los

mecanismos por los cuales una persona dirige su vida en determinada dirección: el procesamiento de información y la influencia social. El primero se refiere a los mecanismos de almacenamiento, recuperación y utilización de la información codificada que la persona utiliza para lograr adaptarse a las exigencias del medio; mientras que el segundo, se refiere a los factores sociales que facilitan la adaptación de una persona al medio ambiente y al cambio individual.

Es importante resaltar que la presión social percibida y el soporte social percibido son dos de los procesos psicológicos más influyentes en el afrontamiento de esta barrera, principalmente la presión social, en la que se tienen en cuenta las normas subjetivas y el control percibido que forman parte de la fase motivacional, ya que el soporte social es visto más desde la fase volitiva del comportamiento y desde el manejo de contingencias para llevar a cabo una situación o no (Prochaska, 1994; Prochaska & Prochaska, 2016).

Específicamente, la norma subjetiva es vista como la presión social que percibe el sujeto, así como aquello que interviene en que la persona decida realizar una acción o no, de acuerdo con sus creencias, expectativas y nivel de control que crea tener sobre la situación (Carpi, Brea & Palmero 2005), razón por la cual es un factor definitorio al momento de poner en práctica una conducta saludable o perjudicial, por lo cual influye en el inicio del consumo de cigarrillo o diversas sustancias.

Finalmente, la cuarta barrera, que refiere a la toma de decisión de actuar o no actuar, parte de la visión cognoscitiva de la persona, en la que se da una cualidad de probabilidad de lograr un determinado fin (Mateos, 1996), y es así como en este proceso se ve la necesidad de comparar y hacer un análisis de costos y beneficios para decidir ejecutar cierto comportamiento. Aunque este análisis es reconocido por las personas como una estrategia necesaria para tomar una decisión, cabe resaltar que por lo general no es bien empleado a la hora de analizar situaciones en las que se requiere evaluar los cursos de acción. Aquí, un factor importante a tener en cuenta en el proceso de toma de decisiones es el del control y autoeficacia percibida, ya que, como señala Bandura (1987), la conducta de las personas o el cambio conductual se ven influenciados por la percepción que tenga el individuo de estos factores. Con respecto a esto, el individuo puede decidir actuar o no, aun cuando la persona tenga conocimiento de los perjuicios de no hacerlo y de los beneficios que trae consigo la acción. Es aquí cuando se debe remitir al investigador a evaluar los aspectos anteriores en el proceso de llevar a cabo conductas saludables y reforzar la percepción de autoeficacia y susceptibilidad ante los riesgos (Flórez-Alarcón, 2007).

En suma, es posible afirmar que el PAP es un modelo eficaz, ya que entiende la acción preventiva como una acción que requiere situaciones sucesivas ligadas a

diferentes objetivos que incrementan la probabilidad de llegar a la etapa final. Asimismo, el PAP es de fácil comprensión para profesionales, ya que permite su uso y su énfasis en cada etapa de cambio; y, finalmente, estudios realizados en Europa indican que este modelo puede ser utilizado de forma eficiente en la prevención de diversos problemas de salud, entre los que se encuentra la cesación del consumo de tabaco (Fassier et al., 2016).

Evidencia científica

Para terminar este capítulo, es importante profundizar en la evidencia con respecto a los modelos considerados efectivos para facilitar la cesación del consumo de tabaco, ya que entre ellos se encuentra el PAP, que fue usado en Colombia por primera vez por Rodríguez y Londoño (2010) como base para el desarrollo inicial de un modelo de acompañamiento en el proceso de abandono. En esta primera aplicación, las autoras reportaron diferencias significativas entre las personas que fueron sometidas al plan de intervención diseñado a partir del PAP y un grupo que no recibió atención, e indicaron que la intervención provocó el paso por las etapas de manera favorable.

Posteriormente, Rodríguez y Londoño (2010) diseñaron un programa de prevención de consumo de tabaco en fumadores con consumo fuerte o dependiente, con el que lograron un buen nivel de efectividad; y años más tarde este programa que fue aplicado por Londoño, Velasco y Cabarcas (2017, 2018) con la especial dificultad de lograr que los fumadores alcanzaran el nivel de motivación necesario para tener la intención de ingresar al programa.

Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS, 2015b) publicó una serie de lineamientos para el desarrollo de programas de atención oportuna y diferencial a fumadores de cigarrillo con el fin de cesar el consumo y mantener el proceso de abstinencia; en los que se establece la necesidad de fortalecer el sistema de salud, tener en cuenta las características de la atención básica a nivel de rutas de atención, las formas de atención intermedia y avanzada según la necesidad de los usuarios; además de resaltar la importancia de realizar intervenciones multinivel en escenarios comunitario, educativo, laboral y sanitario, que incluyan registro, seguimiento y monitoreo.

Asimismo, Corvalán et al. (2017) realizaron una síntesis de evidencia de revisiones sistemáticas y estudios clínicos en la que se determinó que las guías a trabajar dentro del proceso de intervención deben priorizar a grupos de alto riesgo, aplicar consejería breve y consejería vía telefonía móvil, apoyar con mensajes de texto, y, para los casos de consumidores dependientes, tener en cuenta tratamientos con fármacos.

Sin embargo, se asume que todos los fumadores son usuarios del sistema sanitario, sin notar que buena parte de ellos no acuden a solicitar atención oportuna, y, cuando lo hacen, ya llevan un buen número de años de experiencia de consumo.

Adicionalmente, experiencias de programas de tabaquismo como el abordado por Véjar (2017) y Lindson-Hawley et al. (2016) señalan que los programas dirigidos a la reducción del consumo de tabaco y del impacto en la atención en salud por enfermedades relacionadas con el consumo deben emplear elementos como hacer obligatorio el cumplimiento de la ley antitabaco en los establecimientos de salud, hacer consejería breve en la ruta de atención a pacientes, contar con una unidad especial encargada de la atención al consumidor, incluir elementos dirigidos a la prevención de la recaída y contar con capacitación para el personal médico y de salud.

Por su parte, Alonso-Pérez et al. (2014) aplicaron una intervención multicomponente con siete sesiones grupales presenciales, y encontraron que una parte del grupo logró cesación total, y quienes lo hicieron de forma parcial redujeron significativamente el número de cigarrillos. Un año después de la intervención, el 36 % de los participantes logró mantener en cero su consumo, y el 81 % de tuvo alguna recaída en los seis meses siguientes a finalizar la intervención. A partir de estos hallazgos, se sugirió que el entrenamiento especializado a los profesionales antes de implantar el modelo en el sistema de salud, que los profesionales médicos realicen el consejo médico, así como reforzar el tema de recaídas y programar sesiones posteriores a la intervención que permitirían un alta efectividad en la intervención dirigida a la cesación.

Sin embargo, a pesar de tales esfuerzos, en ninguno de los estudios hasta ahora mencionados se aborda la exposición al humo de segunda mano, tercera mano y mixto, aunque se sabe estos potencian la emergencia de efectos negativos, como la aparición prematura de enfermedades no transmisibles. Solo Velasco et al. (2018) reconocen que la situación es preocupante, en especial porque las personas fumadoras tienen triple exposición a humo, lo que exacerba el riesgo, y pocas personas no fumadoras expuestas a dichos residuos reconocen el riesgo o actúan para disminuir la exposición.

Adicional a lo anterior, diversas revisiones sistemáticas han evidenciado que la inclusión de nuevas tecnologías en programas de tratamiento puede potenciar los resultados alcanzados, como ha pasado con el envío de mensajes de texto para promover el consumo moderado de tabaco, apoyar el abandono del hábito de fumar y ofrecer la opción de inscribirse en un programa más intensivo de cesación (Fanshawe et al., 2017; Haug et al., 2014; Maziak et al., 2015). No obstante, no se ha determinado el tipo de factores que intervienen en el hecho de que el fumador dé el salto cualitativo entre la intención de dejar de consumir y el hecho de empezar un proceso de cambio y permanecer en el hasta lograr el abandono.

Finalmente, Londoño, Pardo y Velasco (2016) realizaron una síntesis de evidencia para la OMS y el MSPS, compuesta por una revisión sistemática de guías clínicas y una revisión de evidencia de estudios con alta calidad científica sobre las clínicas de cesación efectivas, las técnicas usadas y los procesos involucrados en la atención a los fumadores en los distintos niveles. Entre las recomendaciones dadas en este trabajo se encuentran la aplicación de consejería antitabáquica de las “5A”, el uso de la entrevista motivacional en distintos momentos de atención, la prevención de recaídas y el seguimiento. No obstante, no se han desarrollado trabajos que permitan ofrecer lineamientos en el desarrollo de programas de prevención del inicio, ni del control de la exposición al humo, ni se ha determinado cuáles pueden ser las estrategias usadas para motivar efectivamente el abandono del consumo.

Teniendo todo lo anterior en cuenta, el objetivo de la presente investigación fue validar un programa acompañamiento por etapas para la cesación del consumo de cigarrillo que incluyera la aplicación del protocolo modificado de prevención indicada basado en el Proceso de Adopción de Precauciones (PAP), la entrevista motivacional, la consejería breve, y acciones de información, tamizaje, acompañamiento y seguimiento para la cesación.

3

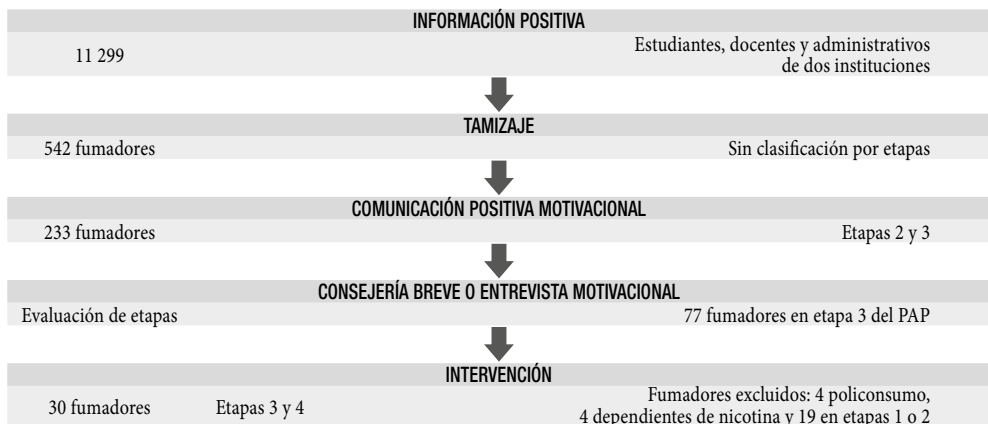
MÉTODO

El presente estudio tiene un diseño cuasiexperimental prueba-posprueba, ya que se manipulan diversas variables independientes para observar el efecto que tienen sobre una variable dependiente (Hernández, Fernández & Baptista, 2004). Se seleccionó este tipo de diseño porque permite manipular deliberadamente al menos una variable independiente para ver su efecto con una o más variables dependientes, y porque permite la selección de la muestra por etapas, para conformar el grupo experimental (GE) sometido a intervención y el control en lista de espera (GC).

Participantes

La muestra combina la autoselección y la selección por cumplimiento de criterios de acuerdo con su clasificación por etapas bajo el modelo PAP, ya que inicialmente se realizó la presentación de información positiva relacionada con el consumo de tabaco y los beneficios de la cesación a 11 299 estudiantes, docentes y administrativos pertenecientes a dos instituciones de educación superior (véase Figura 1).

Figura 1. Participantes por etapa de intervención.



Método

Posteriormente, se detectaron 542 fumadores, con quienes se desarrollaron acciones de consejería breve dirigidas a detectar la etapa de cambio del PAP para ofrecer atención a personas en las etapas 3, 4, 5 y 6, de los cuales 77 se ubicaron en la etapa 3, por lo que se les hizo entrevista motivacional y de selección.

Finalmente, los interesados en participar en la intervención para la cesación debían ser clasificados como fumador leve o moderado de alto riesgo, de acuerdo con los criterios propuestos por Londoño et al. (2018b), y al iniciar el proceso la persona debía encontrarse en las etapas 3, 4 o 5, según la clasificación obtenida con el Cuestionario de Clasificación de Etapas en Consumidores de Cigarrillo (CCEC), basado en el PAP. Tras este proceso, se seleccionaron 30 fumadores con edades entre los 18 y 60 años que cumplían estos criterios de inclusión, ya que el resto no fueron aceptados por cumplir algún criterio de exclusión: cuatro eran fumadores con policonsumo de drogas, cuatro tenían dependencia nicotínica y 19 estaban en etapas 1 o 2 por retroceso, derivado de intentos fallidos. Adicionalmente, 20 de las personas citadas no asistieron a la entrevista (véase Figura 1).

A partir de esta muestra, se conformó un grupo experimental (GE) de 15 participantes con un nivel de consumo leve o moderado, y de riesgo alto, que recibieron el modelo de intervención PAP modificado; y un grupo control (GC) con 15 participantes con consumo similar al de los participantes del GE, que fueron puestos en lista de espera y que recibieron la intervención de mayor efectividad después de realizar la intervención con el GE.

Instrumentos

Para este trabajo, se hizo uso de cuatro instrumentos, una entrevista motivacional y dos medidas fisiológicas. A continuación se describe cada uno de ellos.

Cuestionario para la Clasificación de Consumidores de Cigarrillo (C4)

Este instrumento, diseñado por Londoño, Rodríguez y Gantiva (2011), y validado por Londoño et al. (2018b) para población latina, es un cuestionario que mide el nivel de consumo de cigarrillo en estudiantes universitarios y clasifica el consumo en leve, moderado y severo. Para el diseño de esta prueba se tomó como referencia el Test de Fagerström de dependencia a la nicotina (adaptación española de Becoña, Gómez-Durán, Alvarez-Soto & García, 1992), y se tomaron aspectos relacionados con el consumo en estudiantes universitarios. Este instrumento se sometió a proceso de validación y obtuvo un alfa de .90, lo que quiere decir que puede utilizarse para este trabajo; sin embargo, tiene la limitación de haberse validado únicamente con estudiantes de psicología, así que se debe tener cuidado al aplicarlo con otros estudiantes.

Cuestionario de Clasificación de Etapas en Consumidores de Cigarrillo (CECC)

Este cuestionario, diseñado por Londoño, Velasco, Tibajiva y Guanumen (2016), se desarrolló para evaluar de manera confiable la etapa de cambio en la que se encuentra la persona y determinar el tipo de intervención que requiere para lograr la cesación efectiva del consumo de cigarrillo. Específicamente, consta de 16 ítems con dos opciones de respuesta (“Sí” o “No”) para determinar la ubicación de la persona según las siete fases del PAP, un modelo teórico por etapas acerca de la adquisición de hábitos de comportamientos protectores de la salud que propuso Weinstein (1988). El instrumento cuenta con medidas de confiabilidad y validez adecuados, y es utilizable para la clasificación de fumadores próximos a acceder al proceso de intervención.

Entrevista motivacional semiestructurada de selección

Se empleó una entrevista motivacional breve, con los criterios y sugerencias descritas en el marco teórico, para evaluar la intención de cambio en los sujetos que hicieron parte de este trabajo.

Cuestionario de Expectativas hacia el Cigarrillo (CEC)

Este cuestionario, diseñado por Rodríguez y Londoño (2010), mide las creencias del individuo sobre los aspectos positivos que le aporta el cigarrillo a su conducta social y emocional (véase Apéndice A). Específicamente, cuenta con 23 afirmaciones con dos opciones de respuesta (“verdadero” o “falso”), y al aplicarse se obtienen variables categóricas. Este cuestionario se diseñó tomando como referencia el Cuestionario de Expectativas Hacia el Alcohol (AEQ) (adaptado por Mora-Ríos & Natera, 2001), y, después del proceso de validación, se obtuvo un alfa de .92, por lo cual su uso es recomendado para trabajos como este; sin embargo, también tiene la limitación de haberse validado únicamente con estudiantes de psicología, por lo cual debe tenerse cuidado al aplicarlo con otros estudiantes.

Cuestionario de Motivación-Tentación

Esta prueba, diseñada y validada por Rodríguez y Londoño (2010), mide la reacción que producen algunos eventos relacionados con el consumo de cigarrillo en las personas que tienen el hábito de fumar (véase Apéndice B). Específicamente, consta de 13 ítems que evalúan en una escala Likert de 1 a 5 el grado de tentación percibida por el sujeto en diversas situaciones que han sido identificadas como facilitadoras del consumo, y al final se obtiene una variable numérica. En esta, puntajes altos indican que la persona se siente muy tentada a fumar, y puntuaciones bajas muestran que la persona asocia estas situaciones con el consumo de cigarrillo. El instrumento se sometió a un proceso de validación, donde obtuvo un alfa de .95, por lo cual se recomienda el uso del instrumento para este estudio; sin embargo,

igual que en los casos anteriores, tiene la limitación de haberse validado únicamente con estudiantes de psicología, así que se debe tener cuidado al aplicarlo con otros estudiantes. Cabe mencionar que el diseño de este cuestionario se basa en la prueba Motivación-Tentación para el consumo de alcohol diseñada por Flórez-Alarcón (2007).

Cuestionario de Identidad de Consumo de Cigarrillo (CICC)

En la primera versión, este instrumento contaba con un total de 101 reactivos, pero en la versión corregida quedó con un 71 ítems de tres modalidades: una con dos opciones de respuesta (“falso” y “verdadero”), otra tipo Likert y otra con ítems en diferencial semántico. Específicamente, este cuestionario mide la identificación con el consumo de cigarrillo, los factores asociados con la percepción como fumador y las atribuciones, expectativas y valoraciones vinculadas al consumo de cigarrillo y al riesgo percibido. Este cuestionario cuenta con un nivel de consistencia adecuado (.89).

Test del escalón de Harvard

El escalón de Harvard es una medida de capacidad física y respiratoria que consiste en la subida y bajada, durante cinco minutos ininterrumpidos, de un *step* con una altura entre 48 y 50 centímetros, dependiendo del sexo, y la medida posterior en lapsos de tres, cinco y ocho minutos para evaluar la recuperación respiratoria y cardíaca (Harvard, 1943).

Cooximetría

Finalmente, se recolectó una muestra biológica usada para medir la cantidad de monóxido de carbono, relacionados con el consumo de tabaco, y verificar la abstinencia autoinformada; ya que existe relación directa entre el número de cigarrillos y los niveles de CO en el aire espirado por el fumador (American Thoracic Society, 2013).

Procedimiento

Para este trabajo se llevó a cabo una revisión de calidad y alcance por parte de tres expertos en intervención, imparciales y disponibles antes de la aplicación, para garantizar que las acciones propuestas fueran consistentes con las recomendaciones y los resultados obtenidos en estudios previos. En general, los expertos indicaron que las actividades propuestas y las técnicas terapéuticas previstas cumplen con los criterios de pertinencia, base científica y diseño, acordes con las características de la población atendida.

Específicamente, este proceso se llevó a cabo en seis momentos:

1. *Presentación.* Donde se presentó la información positiva relacionada con el consumo de tabaco y los beneficios de la cesación, además información general

- acerca del programa y sus beneficios, por medio de publicaciones a través de *videowall*, en noticias ubicadas en la página web, y con la distribución de un correo masivo para incrementar en los fumadores la disponibilidad al cambio y motivar su participación en el programa.
2. *Consejería breve 5A y 5R*. Esta fase se realizó para detectar la etapa de cambio del PAP, con el uso de comunicación motivacional basada en el diseño de piezas de comunicación preventiva positiva. Específicamente, se hizo una revisión inicial de las condiciones requeridas para plantear campañas basadas en publicidad positiva, así como de las pautas dadas por la OMS sobre los beneficios de dejar de fumar y algunas estrategias para lograrlo. Luego, se diseñaron imágenes institucionales relacionadas con el tema, que fueron usadas en pendones ubicados en los *stands* ubicados en sitios clave de las instituciones que hicieron parte del estudio, en las presentaciones realizadas en reuniones globales, y en el material de apoyo para las personas en proceso de cesación.
 3. *Tamizaje*. Se realizaron cuatro jornadas de sensibilización e identificación de consumidores a través de la aplicación del cuestionario C4 y gracias a la presentación de las imágenes de publicidad preventiva positiva. Para esto, se realizó una convocatoria por medio de las oficinas de bienestar universitario a la población interesada en participar de la intervención para abandonar el consumo de cigarrillo. Una persona encargada de la recepción de llamadas de las personas interesadas en el programa seguía un protocolo de atención telefónica y diligenciaba una ficha de recolección de información acerca del programa; esto para canalizar adecuadamente a los interesados hacia los profesionales responsables del programa.
 4. *Confirmación de evaluación de etapas*. Una vez recibido el correo de contacto, se procedió a ofrecer opciones de entrevista en diversos horarios para facilitar el acceso, en espera de que quienes se encontraban realmente decididos a asistir al programa eligieran una de las opciones y asistieran a la entrevista motivacional breve. En los casos en los que la persona faltaba a la cita prevista se hacían hasta dos llamadas para definir de nuevo la cita. Asimismo, se solicitaba a los interesados diligenciar el Cuestionario de Clasificación de Etapas para corroborar la clasificación por etapas realizada durante las actividades previas la etapa.
 5. *Entrevista motivacional breve*. Se realizó la respectiva entrevista a cada uno de los participantes y, de manera individual, se aplicaron las pruebas para reconocer a los participantes que cumplían con los criterios de selección.
 6. *Intervención para la cesación*. Después de la entrevista, se identificó a los participantes en ubicados en las etapas 3 y 4, los cuales se dividieron en dos grupos, uno experimental y otro control en lista de espera. Aunque la

Método

participación se hizo por autoselección, para lograr el control de las variables se hizo la asignación a los grupos de manera aleatoria. Posteriormente, se llevó a cabo la aplicación de las medidas Pre para identificar las características de consumo de cada grupo, y se realizó la clasificación por etapas de los participantes. Los participantes del grupo experimental se clasificaron según la etapa del PAP en que se encontraban —se admitieron solamente a aquellos que estaban en las etapas 3, 4 y 5—, y después se tomaron las medidas de seguimiento de avance. La intervención consistía en la realización de siete sesiones de intervención y dos de seguimiento (diríjase al Apéndice C para una descripción detallada de cada una de las sesiones). En general, las sesiones incluían acciones dirigidas a aumentar la percepción de riesgo, asegurar el balance decisional, aumentar la autoeficacia, transformar la identidad de consumo, establecer metas de cambio, llevar a cabo la acción, realizar un control conductual, y tratar temas de interés particular del grupo relacionados con la autorregulación emocional. Se realizaron sesiones de seguimiento al mes, a los seis meses y al año después de terminado el programa. Finalmente, se usó una app de celular para fortalecer el acompañamiento del proceso de cesación incluso a distancia.

Análisis de resultados

Se llevó a cabo el análisis de los resultados de las aplicaciones del programa de acompañamiento para dejar de fumar a través del paquete estadístico AMOS, de SPSS. En particular, se analizaron los datos demográficos y de consumo de tabaco del GE y del GC para determinar si cumplían los criterios de inclusión y si eran comparables; posteriormente, se hizo una comparación entre los dos grupos después de la intervención con el GE, para luego hacer la respectiva intervención en el GC. Por último, se compararon los resultados de las pruebas de consumo pre y post del GE, y se analizaron las variables para establecer cuáles de ellas se asociaban al paso por las etapas de cambio y al logro de la cesación.

Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas que se utilizaron durante la presente investigación se basaron en los principios éticos de los psicólogos y en el código de conducta de la APA, tenidos en cuenta en el Código Bioético del Psicólogo en Colombia, propuesto por el Colegio Colombiano de Psicólogos (2010). Por tanto, se remitió a personas con dependencia nicotínica a centros de atención especializada y se ofreció la atención bajo el modelo PAP a las personas que hacían parte del grupo control con el que se comparó el grupo experimental.

4

RESULTADOS

Participaron 30 fumadores con edades entre los 18 y los 48 años ($M = 31.46$ años), 23 hombres (77%) y 7 mujeres (23%) con calificación de consumo entre 4 y 48 puntos ($M = 14.53$), con intentos de abandonar el consumo entre 0 y 6 veces ($M = 2.03$ intentos), ubicados en las etapas 3 o 4 de modelo PAP. Con respecto al nivel de consumo, tres tenían consumo bajo (10%), 18, consumo de riesgo moderado (60%) y nueve, consumo alto (30%). Al analizar las condiciones de los grupos GE y GC, no se encontraron diferencias significativas, lo que indica que los dos grupos son comparables en los aspectos relacionados con el consumo.

Por una parte, el GC estaba conformado por 15 fumadores admitidos, de los cuales tres eran mujeres y 12, hombres, con edades entre los 18 y 48 años ($M = 30.6$ años), con calificación consumo entre 7 y 31 puntos ($M = 11.4$), que habían intentado dejar de fumar entre 0 y 6 veces ($M = 1.86$ intentos), de los cuales diez fueron clasificados con nivel de consumo moderado (67%) y cinco con consumo alto (33%) (véase Tabla 1).

Por otra parte, el GE estaba conformado por 15 fumadores admitidos, de los cuales cuatro eran mujeres y 11, hombres, con edades entre los 22 y los 43 años ($M = 31.46$ años), con calificación consumo entre 7 y 31 puntos ($M = 14.53$), que habían intentado dejar de fumar entre 0 y 6 veces ($M = 2.09$ veces), tres de ellos clasificados con consumo bajo (20%), ocho con nivel moderado de consumo (53%) y cuatro con consumo alto (27%) (véase Tabla 2).

Al realizar la comparación de las medidas pre entre el GE y el GC, no se encontraron diferencias significativas en las medias de los puntajes iniciales de consumo, la cantidad de cigarrillos consumidos ni el número de cigarrillos diarios, así como tampoco en la etapa de ubicación ($p > .05$), lo que quiere decir que eran comparables. Sin embargo, en la comparación post entre el GE y el GC sí se encontraron diferencias (véase Tabla 3).

Resultados**Tabla 1. Medidas del grupo control**

S	Sexo	Edad	N.º de intentos	Consumo pre	Nivel de consumo	Etapas pre	Consumo post	Etapas post
1	V	36	6	15	Moderado	3	15	3
2	V	34	2	15	Moderado	4	15	3
3	V	33	1	31	Alto	3	31	3
4	V	38	3	35	Alto	3	35	3
5	V	32	2	15	Moderado	4	15	3
6	V	33	2	15	Moderado	3	15	3
7	V	38	0	20	Alto	3	20	3
8	V	48	1	15	Moderado	3	15	3
9	M	27	0	7	Moderado	4	9	2
10	V	18	1	10	Moderado	4	10	3
11	V	45	4	20	Alto	3	20	3
12	V	36	3	12	Moderado	3	15	2
13	V	34	2	19	Alto	3	15	3
14	M	23	0	15	Moderado	3	15	3
15	M	18	1	10	Moderado	3	12	2

Tabla 2. Medidas preintervención del grupo experimental, modelo de intervención PAP modificado

S	Sexo	Edad	N.º de intentos	Consumo pre	Nivel de consumo	Etapas pre	Consumo post	Etapas post
1	V	40	5	20	Alto	4	0	6
2	V	43	6	30	Alto	4	20	4
3	M	38	2	10	Moderado	3	4	4
4	M	29	2	10	Moderado	3	0	6
5	V	24	1	10	Moderado	3	0	6
6	M	25	2	10	Moderado	3	0	6
7	V	22	1	12	Moderado	3	3	5
8	V	37	0	12	Moderado	4	N	N
9	V	24	6	4	Bajo	4	0	6
10	V	20	1	6	Moderado	4	0	6
11	V	36	2	20	Alto	3	N	N
12	M	19	3	5	Bajo	4	0	6
13	V	23	2	3	Bajo	4	N	N
14	V	37	0	20	Alto	3	0	6
15	V	34	0	10	Moderado	4	0	6

Tabla 3. Comparación medidas pre del GE y el GC

Variable	GC		GE	
	X	DE	X	DE
Consumo	11.4	7.45	14.53	5.27
Etapas	3.26	0.3	3.53	0.2
	t		IC 95%	
	p	Inferior	Superior	Inferior
	0.000	-7.225	-35.3505	-17.0521

Nota. $p \leq .05$.

Ahora bien, en el seguimiento del avance en el proceso de cesación de los fumadores pertenecientes al GE se realizó un análisis pre-post con el estadístico t de Student a dos colas (que permite conocer la tendencia) con un $p < .05$ para evaluar la probabilidad de que hubiera diferencias significativas en la etapa de cambio, creencias y expectativas, identidad de consumo, motivación-tentaciones, y consumo en las medidas pre y post, en la que se encuentra la persona con respecto a la conducta de dejar de fumar. Los resultados indican que sí hay diferencias, con una $p = .007$, pese al número reducido de casos que se atendieron en el programa y las varianzas desiguales entre el comienzo y el final del proceso. Estas diferencias fueron comprobadas con las medidas psicofisiológicas tomadas en las evaluaciones pre y postintervención (véase Tabla 4).

Tabla 4. Comparación medidas pre y post del GE

Variable	Pre		Post		Significancia diferencia (p)
	X	DE	X	DE	
Consumo	14.53	6.1	2.25	5.84	.000
Etapas	3.53	0.7	5.58	0.51	.000
Creencias y expectativas	12.46	5.08	3.25	0.8	.000
Identidad	116.93	10.79	58	4.73	.031
Motivación-tentación	46.73	3.9	23.5	1.59	.000

Nota. $p \leq .05$.

Como los resultados mostraron que sí había diferencia, se hicieron análisis estadísticos que permitieron identificar las variables que explicaban o predecían la diferencia y sus pesos en la diferencia (véase Tabla 5).

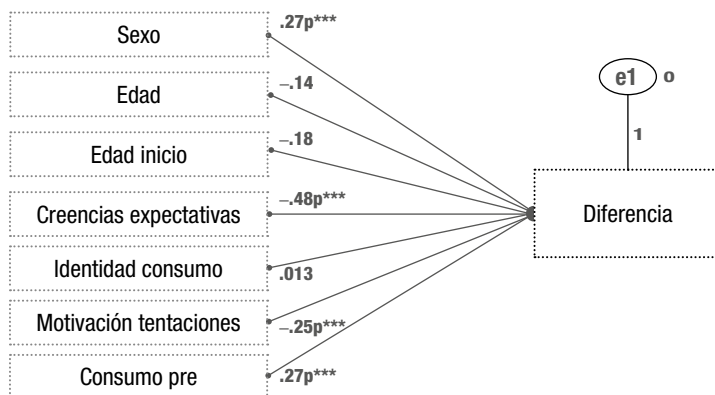
Resultados

Tabla 5. Regresión de pesos estandarizados para la “diferencia”

Variable	Peso estimado	p (significancia)
Sexo	.275	***
Edad	-.014	.844
Edad inicio	-.182	.010
Creencias y expectativas Pre	-.480	***
Identidad Pre	.013	.855
Motivación-tentación Pre	-.252	***
Consumo Pre	.724	***

Como se indica en la Tabla 5, las variables que resultaron tener un peso significativo (con un $p > .05$ o $p > .001$) fueron sexo, edad de inicio del consumo de cigarrillo, las creencias y expectativas sobre el consumo previo al programa, motivación-tentación y clasificación del consumo. Específicamente, las mujeres presentaron mejores resultados en la disposición al cambio, o, en otras palabras, pasan más fácilmente de las etapas que no implican el cambio conductual a las que implican la puesta en marcha de conducta de no consumo. Con respecto a la edad de inicio de consumo, los datos indican que, a mayor edad de inicio del consumo, mayor probabilidad de impacto del programa de acompañamiento; lo mismo sucede con las expectativas y creencias positivas hacia el consumo del cigarrillo, en las que, a menor cantidad de ellas, mejores resultados en el proceso de dejar de fumar. Por último, la posibilidad de abandono o la disminución del consumo de cigarrillo presentó una relación directa y positiva con ser un fumador fuerte o dependiente (véase Figura 2).

Figura 2. Variables con peso significativo en el cambio.



5

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Una discusión apropiada acerca de los alcances del *programa de prevención indicada para la cesación del consumo de cigarrillo “Libre de Tabaco Px4”* debe realizarse, primero, desde una mirada epidemiológica del consumo; segundo, desde un análisis de las acciones y de su efecto según las etapas de cambio; y, tercero, con un análisis de los efectos de las acciones específicas realizadas en el acompañamiento. Por tal motivo, en este capítulo se incluye el análisis epidemiológico, el proceso de selección previo a la intervención, la intervención en sí misma, y la finalización del acompañamiento profesional realizado durante y después de la intervención.

Análisis demográfico

Para iniciar, es importante afirmar que la mayor cantidad de fumadores detectados eran hombres, aunque cabe resaltar que hubo una buena cantidad de mujeres fumadoras, tal como se ha encontrado en investigaciones previas nacionales e internacionales (Fonseca, 2012; Gómez & Londoño, 2017a; MSPS, 2015a), ya que la tendencia de mayor consumo en hombres ocurre en diversas regiones, y en América Latina se da especialmente tanto en hombres jóvenes como en adultos (OPS & OMS, 2013).

Otros autores, como Cogollo-Milanés y de La Hoz-Restrepo (2018), habían notado que los hombres presentan mayor susceptibilidad al consumo de cigarrillo debido a que tienen creencias acerca del mismo relacionadas con el supuesto de que fumar les da autoridad y aceptación en grupos de iguales desde la adolescencia. Sin embargo, se evidenció que, en general, los hombres se mostraron más interesados en cesar el consumo, expresaron su intención de inicio del proceso, y buena parte de ellos avanzaron en las etapas. Por lo cual es posible afirmar que pocas fumadoras mujeres consideraron importante o posible cesar el consumo, tal como lo había descrito la OMS (2010) en investigaciones previas.

Adicional a esto, estudios como el de Marqueta, Nerín, Gargallo y Beamonte (2017) han evidenciado que tanto mujeres como hombres que acuden a tratamientos para dejar de fumar suelen ser fumadores con una dependencia entre moderada y severa; situación que algunos autores han relacionado con las creencias que tienen las mujeres acerca del efecto positivo del tabaco sobre asuntos de género, como sucede con la igualdad, la pérdida de peso, el manejo del miedo, la sensualidad y el intercambio social (Jiménez, 2010; Observatorio de Drogas de Colombia [ODC], 2016; OPS & OMS, 2013; Panaino, Soares & Campos, 2014).

En el presente trabajo se encontró que el éxito del tratamiento fue más alto entre hombres que entre mujeres y que no hubo diferencias por sexo a corto plazo. Sin embargo, en el estudio de Iliceto, Fino, Pasquariello, D' Angelo Di Paola y Enea (2013) se señala lo contrario, ya que allí se observaron tasas de éxito más altas entre los hombres y una probabilidad más alta de recaída entre las mujeres. Asimismo, cabe anotar que Marqueta et al. (2017) han evidenciado que tanto mujeres como hombres que acuden a tratamientos para dejar de fumar suelen ser fumadores con una dependencia entre moderada y severa, y que su avance depende más de los procesos cognitivos conductuales descritos en el PAP.

Análisis por etapas

Etapas 1 y 2

La mayor parte de fumadores detectados durante el transcurso de las acciones iniciales de promoción de la cesación de consumo estaban ubicados en las etapas 1 y 2, ya que, de acuerdo con el modelo PAP, desconocían la importancia de abandonar el uso de la sustancia e ignoraban o dudaban de la relación entre el consumo y el riesgo de padecer cierto tipo de enfermedades, tal como lo estableció Flórez-Alarcón (2007). Estas condiciones explican el hecho de que, a pesar de recibir información general al respecto, estas personas no consideraron la necesidad ni la posibilidad de cesar el consumo.

Cabe anotar que buena parte de la información disponible en los medios de comunicación acerca de la conducta de fumar está basada en los efectos perjudiciales de la sustancia, ya que se incluyen imágenes que generan sensaciones negativas asociadas a la aparición de conductas evitativas de pensamientos relacionados con el riesgo que representa el uso del tabaco, y que, por tanto, provocan desinterés personal acerca del tema. Sin embargo, dichas imágenes se combinan con iconografías positivas de placer y atractivo físico en torno al consumo, combinación que genera baja motivación hacia la cesación del consumo debido a la mezcla de creencias a favor y en contra del

tabaquismo, tal como lo habían descrito Piñeiro et al. (2010, 2014), y explica la no respuesta ante las estrategias de publicidad positiva dirigidas a aumentar la motivación y disponibilidad al cambio.

Es importante mencionar que la negación de las consecuencias del consumo limita el paso a la etapa 2, especialmente porque el fumador piensa en el riesgo general que tienen los fumadores, pero no asume la vulnerabilidad personal que le permitiría iniciar su cambio (Ion & Bernal, 2015). Esto para algunos autores se da debido a que dichas personas tienen una mirada optimista sesgada que los hace pensar en que no les ocurrirá nada de lo malo asociado a la costumbre de fumar (Londoño, Hernández, Alejo & Pulido, 2013; Sánchez-Vallejo, Rubio, Páez & Blanco, 1998).

Etapa 3

Tras la aplicación de los instrumentos, se evidenció que al menos la tercera parte de los fumadores que fueron expuestos a mensajes positivos acerca del cambio, como las ganancias en salud que aparecen a partir del abandono del tabaco, aumentaron su interés motivacional de decidir acerca de la inversión de tiempo y esfuerzo para lograr la cesación. Investigaciones previas ya habían mostrado que algunas acciones promotoras del cambio pueden generar el inicio de la motivación atemporal por la acción, pero sin que ocurra la decisión conductual específica de cambio, y por ello es posible que no ocurra el avance entre las siguientes etapas (Fernández-Raone, 2016; Flórez-Alarcón, 2007). Cabe anotar que las personas ubicadas en esta etapa fueron aceptadas en el proceso con el fin de facilitar la toma de decisiones conductuales respecto de la cesación.

Etapa 4

Es importante apuntar que el hecho de que los fumadores alcancen las etapas de cambio 3 y 4 no depende de que la persona tenga un alto nivel de consumo o no, sino del nivel de preocupación por los efectos negativos que vive por el consumo de nicotina, sumado a la aceptación de la capacidad personal para el cambio y al reconocimiento del apoyo social y profesional con el que cuenta.

Las personas admitidas ubicadas en la etapa 4 requerían de apoyo para superar el riesgo de quedarse en un sesgo optimista no realista, ya que considerar el cambio como altamente factible puede generar la sobrestimación del potencial de cambio y la minimización del riesgo percibido; condiciones consideradas predictores del retroceso y abandono del cambio, ya que hacen parte del “sesgo optimista no realista” (Weinstein et al., 1998).

Etapas 5 y 6

En este estudio se evidencia que el reconocimiento de los recursos personales y sociales de un fumador facilitan el hecho de que la persona estime como posible su cambio y se mantenga en el proceso, de modo que se concentre en la planeación del autocontrol propio de la etapa 6, tal como se confirmó en otros estudios (Véjar, 2017; Velasco et al., 2018; Weinstein & Sadman, 2002).

Efectos de la intervención

Al realizar el seguimiento de las personas que recibieron tratamiento, se encontraron diferencias significativas en las medias pre y post de aspectos como la etapa de cambio, las creencias y expectativas en torno al consumo, la identidad de consumo, la motivación-tentación, y el nivel de consumo; además, es importante resaltar que también se redujo la varianza con tendencia a la unificación entre los puntajes obtenidos respecto al nivel de consumo, la etapa y las variables asociadas a fumar.

Ya en estudios previos se había encontrado que el modelo PAP es efectivo tanto para la cesación del consumo de tabaco (Fassier et al., 2016) como para el manejo de la dependencia a la nicotina (Martínez et al., 2016), y algunos autores consideran que la efectividad es alta porque las acciones iniciales se dirigen al incremento de la disponibilidad al cambio, basado en el hecho de que el fumador ve la cesación como una decisión personal, reconoce la importancia de mermar su riesgo y facilita la percepción del cambio como acción voluntaria (McWhirter et al., 2002).

Parte del modelo PAP aplicado en el acompañamiento de la cesación ya había sido valorado en el estudio de Rodríguez y Londoño (2010) y Londoño et al. (2016), quienes lo aplicaron a personas fumadoras con el interés de incentivar el cambio en personas clasificadas en etapas 3 y 4. En el actual estudio, y en los antes citados, se evidenció el efecto positivo con respecto al alcance del objetivo de cesación propuesto en el acompañamiento ofrecido en el Px4 —potenciado por el trabajo preliminar a la intervención—, en el que se realizan acciones centradas en el aumento de la disponibilidad al cambio que facilitan el avance entre las etapas 2, 3 y 4. Un buen número de estudios han señalado la importancia del incremento de la disponibilidad al cambio en los procesos de cesación para lograr el objetivo de dejar de fumar, así como el hecho de concebir el no consumo como un efectivo reductor del riesgo (Blacklock et al., 2011; Grandes et al., 2008; McWhirter et al., 2002; Romero et al., 2003).

Este cambio conductual, en primer lugar, depende de la reflexión que la persona realice acerca de las situaciones asociadas con el aumento del deseo de fumar, del análisis de la veracidad de sus creencias y de la visualización de conductas que le

permitan controlar el consumo (Flórez-Alarcón, 2007); y, en segundo lugar, también es definido por el inicio de consumo con menor cantidad de cigarrillos por día (Piñeiro, López-Durán, Fernández del Río, Martínez & Becoña, 2013).

Por otra parte, se evidenció que las mujeres pasan más cómodamente por las etapas 1, 2 y 3, que implican cambios cognitivos, mientras que, al parecer, los hombres transitan más fácilmente por las etapas 4, 5 y 6, que conllevan cambios conductuales como la puesta en marcha del plan de disminución del consumo; sin embargo, es preciso que esta comparación intuitiva tenga soporte estadístico en estudios futuros.

Es importante resaltar que Herrera-Ballesteros, Zúñiga, Moreno, Gómez y Roa (2017) indicaron que es importante tener en cuenta que variables como mayor edad, alto nivel educativo, vinculación laboral privada (no gubernamental), vivienda en área urbana, alta motivación al cambio en fumadores ocasionales y diarios, énfasis en el consejo médico y alto apoyo psicosocial en el entorno laboral y en el hogar, predicen mayor disposición de acceder a intervenciones para dejar de fumar y mayor tendencia a la cesación. Adicionalmente, los autores anotan que se requiere del uso de estrategias diferenciadas de acuerdo con los niveles de consumo y la procedencia cultural y étnica de los usuarios, tal como se ha previsto en el presente estudio, que confirma su efectividad en población colombiana.

Recaídas

Algunos fumadores con distintos niveles de consumo abandonaron la intervención, sin datos claros acerca de los motivos, ya que se negaron a mantener comunicación con el grupo encargado de acompañar el proceso. Quienes comentaron acerca de los motivos de abandono del proceso de cambio dirigido a la cesación indicaron que la ganancia de peso no era agradable ni más saludable que dejar de fumar, siendo esta su razón de abandono. Previamente, distintas entidades sanitarias internacionales (Ministerio de Salud Pública & OMS, 2017) habían reportado dicho riesgo de recaída y, por tanto, es necesario incluir el manejo de conductas alternativas al consumo que no impliquen la ingesta descontrolada de azúcares y carbohidratos, que fueron los alimentos reportados por las personas entrevistadas.

Por otra parte, sin diferencias entre hombres y mujeres, la mayoría de los participantes tanto del GC como del GE reportaron que ya habían intentado dejar de fumar, y que en varias ocasiones disminuyeron el número de cigarrillos o cesaron el consumo temporalmente, pero que recayeron el mismo número de ocasiones; condición que se considera altamente esperable en casos de dependencia nicotínica, pero no en casos de consumo de riesgo moderado y consumo alto no dependiente, como se dio en

este estudio. Estas recaídas están en buena parte de los casos asociadas a la exposición a las situaciones que les provocaron la sensación de frustración o se redujeron sus oportunidades de intercambio social (Baars, Matthias, Müller, Bernd-Gallhofer & Netter, 2013), y que, a pesar de declarar que no lo hacen, presentan consumo simultáneo frecuente de tabaco y alcohol u otras drogas (Tuithof, Ten Have, van den Brinkb, Volleberghc & Ron de Graaf, 2014; Roncero et al., 2013; Velásquez, 2013), o que tienen el sesgo optimista no realista que debilita las creencias acerca de sus riesgos (Sanabria et al., 2007).

Cabe anotar que no fue posible hacer un seguimiento mayor de los fumadores del GE que recayeron, y por ello no se pudo facilitar la retoma del proceso ni interrumpir los deslices o lograr la recuperación; además, es preciso recordar el hecho de que no se cuenta con una buena cantidad de estudios que reporten estrategias efectivas de acompañamiento tanto de los deslices como del proceso de recuperación; no obstante, Fishman, Shulman, Mee-Lee, Kolodner y Wilford (2010) reportan que una buena forma de abordar los deslices implica lograr el pleno conocimiento de los eventos de tentación que debe vivir la persona en proceso de cesación, para programar las acciones de control conductual.

Sin embargo, en estudios como el de Samarin et al. (2014), con personas que habían dejado de fumar durante más de 10 años y que lo habían intentado varias veces, las tres cuartas partes de los encuestados reportaron haber dejado de fumar sin ayuda, lo que significa que el consejo sanitario o la entrevista motivacional podrían ser elementos clave para motivar la cesación; para ello, es clave tener en cuenta que esto puede darse con mayor frecuencia en fumadores con baja dependencia, que una parte importante de fumadores sí necesitan soporte e intervención, y que a su vez requieren de mayor motivación para efectuar el cambio.

Adicionalmente, las recaídas también podrían explicarse desde la perspectiva de etapas, ya que las personas que iniciaron el proceso de cambio ubicadas en las etapas 3, 4 y 5 pueden haber tenido que enfrentar algunas barreras, como el bajo control personal y ambiental percibido (etapa 3), las actitudes normativas de consumo (etapas 3 y 4), la toma de decisiones (etapas 4 y 5) y la no planificación real del autocontrol (etapas 5 y 6). Ya autores como Ajzen (2006), Flórez-Alarcón (2007) y Prochaska y Prochaska (2016) habían planteado que el cambio implica pasar ciertas barreras relacionadas con la percepción de las consecuencias del abandono de la sustancia, cambios de decisión relacionados con el control y el grado de impacto sobre el intercambio social, y la actitud de otras personas hacia el abandono de la sustancia.

De hecho, Weinstein y Sadman (1992, 2002) plantearon en su modelo que se debe entrenar oportunamente a las personas en cada etapa para que logren superar las

barreras que provienen del medio ambiente o de las condiciones personales relacionadas con las expectativas sobre la eficacia personal, lo que les permitirá alcanzar el objetivo de cesación (Bandura, 2001; Mateos, 1996). No obstante, la falta de comunicación con las personas que abandonaron el proceso hace que sea preciso desarrollar nueva investigación al respecto.

Por otra parte, Martínez et al. (2016) encontraron que el sexo de las personas que se habían sometido a un tratamiento psicológico para dejar de fumar no era una variable asociada a la recaída, sino que esta se mostraba más relacionada con el tiempo transcurrido desde el final de la intervención, de manera tal que el mayor porcentaje de retrocesos ocurrió en los primeros tres meses post-tratamiento. En la presente investigación se encontró este mismo hallazgo, no obstante, por la baja cantidad de casos no es posible afirmar nada acerca de la existencia de diferencias en las recaídas debidas al sexo.

También, se evidenció que la mayor parte de los consumidores que iniciaron el proceso de cambio tenían niveles de ingesta moderados, de riesgo alto; es decir, que todos llevaban más de seis meses fumando, con tendencia al incremento del uso de la sustancia, propensión a realizar inhalaciones profundas del humo, usos aún por encima de su salud, y con abstinencia psicológica, pero no fisiológica, en ambos niveles de consumo (Londoño et al., 2018a), que decidieron iniciar el proceso de cambio necesario para dejar de fumar porque recibieron información acerca del efecto adecuado del modelo basado en el PAP y el acompañamiento profesional que potencia el alcance de la meta personal de abandono (Fanshawe et al., 2017; Haug, Castro, Filler, Kowatsch, Fleisch & Schaul, 2014; Maziak et al., 2015).

En suma, es posible concluir que el *programa de prevención indicada para la cesación del consumo de cigarrillo* basada en el PAP denominado “*Libre de Tabaco Px4*” puede ser considerado efectivo, y que, por tanto, es necesario adelantar acciones de difusión y entrenamiento a profesionales para promover y facilitar su uso.

Recomendaciones sanitarias

Teniendo en cuenta los resultados de este trabajo, tanto para futuras investigaciones como para la aplicación del programa con fines interventivos, se recomienda:

1. Dirigir la intervención “*Libre de Tabaco Px4*” principalmente a personas con niveles de consumo moderado de riesgo y fuerte, ya que son los niveles de consumo que más fácilmente disminuyen a cesación total.
2. Iniciar las acciones de prevención y la intervención en la adolescencia y la juventud, para que los efectos positivos sobre la salud puedan aparecer antes de la edad adulta.

3. Facilitar el desarrollo de acciones públicas de promoción que favorezcan el inicio de cambio y faciliten la transición entre las etapas 1 y 3.
4. Reconocer que los procesos de cambio ocurren bajo condiciones individuales que generan cambios temporales en la adopción de una acción saludable, que normalmente se ven representados en situaciones reconocidas que provocan recaídas, y que se debe generar una lista de planes de manejo de las mismas.
5. Incluir en los procesos de acompañamiento la reevaluación de creencias y expectativas positivas frente los efectos del tabaco, para centrarlas en los beneficios de la cesación y las estrategias conductuales y ambientales que facilitan el cambio.
6. Generar acciones dirigidas a generar nuevas categorías de identificación, como no fumador con motivos personales valiosos para dejar de consumir.
7. Aumentar el control conductual ante situaciones que disparan la tentación de fumar.

Limitaciones y futuras direcciones del programa

El desarrollo de un programa de prevención basado en evidencia representa un notable aporte sanitario; sin embargo, es preciso reconocer la existencia de limitaciones interventivas debidas al requerimiento de recursos profesionales, económicos y sociales para poder ampliar su alcance, y a la amplia exposición a mensajes que invitan a iniciar y mantener el consumo de cigarrillo. Asimismo, se debe reconocer que la exclusión de un número importante de aspirantes excluidos debido al policonsumo de drogas hace necesaria la realización de acciones de atención a consumidores de sustancias como cigarrillo y alcohol, debido a su alta prevalencia. Por ello, es preciso avanzar en el desarrollo de publicidad sanitaria positiva que facilite la difusión de mensajes sanitarios que resalten los múltiples beneficios que tiene dejar de fumar y presenten claves para hacer efectiva la cesación; así como proyectar acciones preventivas de consumo de tabaco y alcohol en conjunto.

REFERENCIAS

- Aguilar, C., Rodríguez-Bolaños, R., Caballero, M., Arillo-Santillán, E., & Reynales-Shigematsu, L. (2017). Fumar entre adolescentes: análisis cuantitativo y cualitativo de factores psicosociales asociados con la decisión de fumar en escolares mexicanos. *Salud Pública de México*, 59(Supl. 1), 63-72. doi: <https://dx.doi.org/10.21149/7835>
- Aguirre, A., Caro, C., Fernández, S., & Silvero, M. (2016). *Familia, escuela y sociedad*. Madrid: Universidad Internacional de la Rioja.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Annual Review Psychology*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2006). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 1-20. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb00236.x>
- Ajzen, I., Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Alba, L., Murillo, R., Becerra, N., Paéz, N., Cañas, A., Mosquera, C., ... Bernal, L. (2013). Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia. *Biomédica*, 33(2). doi: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v33i2.651>
- Alcántara-Gómez, J., Martínez, J., Bambs, C., & Villaroel del Pino, L. (2016). Consejo breve en tabaco en APS en Chile, desafío pendiente. *Revista de Ciencias Médicas*, 41(1). doi: 10.11565/arsmed.v41i1.47
- Alonso-Pérez, F. Alonso-Cardenoso, C. García-González, J. V. Fraile-Cobos, J. M., Lobo-Llorente, N., & Secades-Villa, R. (2014). Efectividad de un programa multicomponente para dejar de fumar aplicado en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 28(3), 222-224. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v28n3/original_breve1.pdf
- Altunga, Y., & Bulut, S. (2019). Efecto de la consejería breve enfocada a la solución de la reducción de la ansiedad hacia la evaluación. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 37(1), 1-11. doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.6270>
- American Cancer Society. (2018). Health Risks of Smoking Tobacco. Recuperado de <https://www.cancer.org/cancer/cancer-causes/tobacco-and-cancer/health-risks-of-smoking-tobacco.html>
- American Thoracic Society (2013). Oximetría. Recuperado de <https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/spanish/pulse-oximetry.pdf>
- Ansari-Moghaddam, A., Rakhshani, F., Shahraki-Sanavi, F., Mohammadi, M., Miri-Bonjar, M., & Bakhshani, N. (2016). Prevalence and patterns of tobacco, alcohol, and drug use among Iranian adolescents: A meta-analysis of 58 studies. *Children and Youth Services Review*, 60, 68-79. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.11.018>
- Arrivillaga, M., & Salazar, I. (2005). Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. *Psicología Conductual*, 13(1), 19-36. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/283/28334403.pdf>
- Ayesta, F., Galán, M., & Márquez, F. (2008). El consumo de tabaco como problema de salud pública. Recuperado de https://sistemamid.com/panel/uploads/biblioteca/2016-01-10_08-35-44131247.pdf
- Azagba, S. (2015). Effect of smoke-free patio policy of restaurants and bar o exposure to second-hand smoke. *Preventive Medicine*, 76, 74-78. doi: 10.1016/j.ypmed.2015.04.012
- Baars, M. Y., Matthias J., Müller, M. J., Bernd-Gallhofer, B., & Netter, P. (2013). Relapse (number of detoxifications) in abstinent male alcohol-dependent patients as related to personality traits and types of tolerance to frustration. *Neuropsychobiology*, 67, 241-248. doi: 10.1159/000350483
- Baézconde, L., Portugal, C., Barahona, R., Garbanati, J., Ledezma, K., & Conde, F. (2010). Regale salud: Un programa de promoción de salud y prevención de enfermedades por contaminación del humo

Referencias

- de cigarrillo entre latinos en los Estados Unidos. *Revista Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 16(31), 171–200. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31613952007>
- Baha, M. & Le Faou, A. (2013). Perceived risks to smoking cessation among treatment-seeking French light smokers. *Preventive Medicine*, 57(4), 372–376. doi: 10.1016/j.ypmed.2013.06.020
- Banderas, C., Martínez, A., & Romo, T. (2010). Prevención integral del consumo de alcohol y drogas. *Acta Colombia de Psicológica*, 13(2), 19–33. Recuperado de http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/367/372
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13, 623–649. Recuperado de: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1998PH.pdf>
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Review Psychology Annual*, 52, 1–26. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>
- Bandura, A. (2002). Growing primacy of human agency in adaptation and change in the electronic era. *European Psychology*, 7(1), 2–16. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/275d/3d038a41396496ac3825f25833c79e4e0ff0.pdf>
- Baryona, J., & Glantz, S. A. (2005). Cardiovascular Effects of Secondhand Smoke. Nearly as Large as Smoking. *Circulation*, 111(20), 2684–2698. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.104.492215
- Batra, A., Collins, S. E., Schröter, M., Eck, S., Torchalla, I., & Buchkremer, G. (2010). A cluster-randomized effectiveness trial of smoking cessation modified for at-risk smoker subgroups. *Journal Substance Abuse Treatment*, 38(2), 128–40. doi: 10.1016/j.jsat.2009.08.003
- Bautista, F., Gómez, V., Aguilar, A., Herrador, F., & Alfaro, A. (2016). *Estudio de prevalencia del consumo de tabaco en estudiantes universitarios* (1.ª ed.). San Salvador, El Salvador: UEES Editorial.
- Beato-Fernández, L., Rodríguez-Cano, T., Belmonte-Llario, A., & Pelayo-Delgado, E. (2005). Factores de riesgo y de protección para el uso de tóxicos en adolescentes. Un estudio longitudinal. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(6), 352–358. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16292717>
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior, delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas secretaría general técnica.
- Becoña, E. (2007). *Teorías y modelos explicativos en prevención de drogodependencias*. Santiago de Compostela, Galicia, España.
- Becoña, E. (2010). *Dependencia del tabaco. Manual de casos clínicos*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2436.pdf>
- Becoña, E., & Lorenzo, M. (2004). Evaluación de la conducta de fumar. *Adicciones*, 16(2), 201–226. Recuperado de <https://medes.com/publication/14336>
- Becoña, E., Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Iraurgi, I., Llorente, J., ... López, A. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidro-galcohol.
- Becoña, E., Gómez-Durán, B., Alvarez-Soto, E., & García, M. P. (1992). Scores of Spanish smokers on the Fagerström's Tolerance Questionnaire. *Psychological Reports*, 71, 1227–1233.

- Bien, T. H., Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(3), 455-461. doi: 10.1037/0022-006X.61.3.455
- Blalock, J., Nayak, N., Wetter, D., Schreindorfer, J., Minnix, J., Canul, J., & Cinciripi, P. (2011). The relationship of childhood trauma to nicotine dependence in pregnant smokers. *Psychological Addictive Behavior, 25*(4), 652-663. doi: 10.1037/a0025529
- Brown, A., Carpenter, M., & Sutfin, E. (2011). Occasional smoking in college: who, what, when and why? *Addictive Behavior, 36*(12), 1199-204. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.07.024
- Brown, A., Moodie, C., Hastings, G., Mackintosh, AM., Hassan, L., & Thrasher, J. (2010). The association of normative perceptions with adolescent smoking intentions. *Journal of Adolescence, 33*(5), 603-614. doi: 10.1016/j.adolescence.2009.12.003
- Buck, D., Raw, M., Godfrey, C., & Sutton, M. (1995). Tobacco and jobs: the impact of reducing consumption on employment in the UK. Working Papers, Centre for Health Economics, University of York. Recuperado de <https://ideas.repec.org/p/chy/respap/23cheop.html>
- Burke, B., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal Consult in Clinical Psychology, 71*(5), 843-861. doi: 10.1037/0022-006X.71.5.843
- Businelle, M. S., Kendzor, D. E., Reitzel, L. R., Costello, T. J., Cofta-Woerpel, L., Li, Y., ... Wetter D. W. (2010). Mechanisms linking socioeconomic status to smoking cessation: A structural equation modeling approach. *Health Psychology, 29*, 262-273. doi: 10.1037/a0019285
- Butler, C., Rollnick, S., Cohen, D., Bachmann, M., Russell, I., & Stott, N. (1999). Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized trial. *British Journal of General Practique, 49*(445), 611-616. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1316198/>
- Cabrera, G. (2001). Etapas de cambio en consumidores de cigarrillo en Zarzal, Colombia, 1999. *Revista Facultad Nacional Salud Pública, 19*(2), 33-42. doi: 10.17533/udea.rfnsp
- Cabrera, G., Gómez, L., & Mateus, J. (2013). Actividad física y etapas de cambio comportamental en Bogotá. *Colombia Médica, 35*(2), 82-86. Recuperado de <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/292>
- Calleja, N. (2012). Susceptibilidad al consumo de tabaco y comportamiento tabáquico en las adolescentes. *Universitas Psychologica, 11*(4), 1227-1234. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v11n4/v11n4a16>
- Calleja N. (2012). Medidas para el control del tabaco en México y en el mundo. *Enseñanza e investigación en Psicología, 17*(1), 83-99. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/292/29223246006.pdf>
- Carpi, A., Brea, A., & Palmero, F. (2005). La teoría de la acción planeada y la reducción del estrés percibido para prevenir la enfermedad cardiovascular. *Anales de Psicología, 21*(1), 84-91. Recuperado de https://www.um.es/analesps/v21/v21_1/10-21_1.pdf
- Carrol, K., Ball, S., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T. L., ... Farentinos, C. (2006) Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: a multisite effectiveness study. *Drug Alcohol Dependence, 81*(3), 301-12. doi: 10.1016/j.drugalcdp.2005.08.002
- Carter, B., Bordnick, P., Traylor, A., Day, S., & Paris, M. (2008). Location and longing: The nicotine craving experience in virtual reality. *Drug and Alcohol Dependence, 95*(1-2). doi: 10.1016/j.drugalcdp.2007.12.010
- Castellanos, P., & Londoño, C. (2014). *Identidad, percepción del riesgo y consumo de cigarrillo en adolescentes universitarios* (tesis de maestría). Universidad Católica de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10983/2083>
- Castellanos, P., & Londoño, C. (2017). Identidad de consumo y riesgo percibido en fumadores adolescentes universitarios. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 9*(1), 11-30. doi: 10.17533/udea.rpsua.v9n1a02XX

Referencias

- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC]. (2018). Se pierde el progreso logrado: aumentó el consumo de tabaco entre los jóvenes durante el 2017-2018. Recuperado de https://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p_vs_aumento_consumo_tabaco_jovenes_021119.html
- Chambless, D., & Hollon, S. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18. Recuperado de <https://www.div12.org/wp-content/uploads/2016/10/Defining-Empirically-Supported-Therapies-1.pdf>
- Choi, K., & Forster, J. (2014). Beliefs and experimentation with electronic cigarettes: a prospective analysis among young adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 46(2), 175-178. doi: 10.1016/j.amepre.2013.10.007
- Cogollo-Milanés, Z., & de La Hoz-Restrepo, F. (2018). Factores asociados a la susceptibilidad al consumo de cigarrillo en escolares de 10 y 11 años en Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 20(1), 17-22. doi: 10.15446/rsap.V20n1.47473
- Cogollo, Z., & Gómez, E. (2013). Asociación entre consumo de cigarrillo, alcohol y sustancias ilegales en adolescentes estudiantes en Cartagena, Colombia. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 8(1), 110-117.
Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75772013000100009&script=sci_arttext
- Colegio Colombiano de Psicólogos (2000). Código de ético del Psicólogo Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32(1), 209-225. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80532121.pdf>
- Corvalán, M., Véjar, L., Bambs, C., Pavié, J., Zagolin, M., & Cerda, J. (2017). Guías de Práctica Clínica para el Tratamiento del Tabaquismo, Chile 2017. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 33(3), 167-175. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-73482017000300167>
- Da Silva Reis dos Santos Ferreira, M. M., & de Freitas Paúl Reis Torgal, M. L. (2010). Tobacco and Alcohol Consumption among Adolescents. *Revista Latinoamericana de Enfermagem (RLAE)*, 18(2), 255-261. doi: 10.1590/s0104-11692010000200017
- Darville, A., & Hahn, E. (2014). Hardcore smokers: What do we know? *Addictive Behaviors*, 39(12), 1706-1712. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.07.020>
- Daset, L., & Cracco, C. (2013). Psicología basada en la evidencia: algunas cuestiones básicas y una aproximación a través de una revisión bibliográfica sistemática. *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 209-220. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielophp?script=sci_arttext&pid=S1688-42212013000200009&lng=es&tlng=es
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2018). Boletín Técnico Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) año 2017. Bogotá D. C.
Recuperado de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-ecv-2017>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2019). Precios y promedio de cigarrillos y tabaco. Recuperado de <http://www.dane.gov.co/index.php>
- Deressa, W., & Azazh, A. (2011). Substance use and its predictors among undergraduate medical students of Addis Ababa University in Ethiopia. *BMC Public Health*, 11(660) 1-11. Recuperado de <https://bmcpubhealht.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-660>
- Díez, J., Álvaro, D., Bilbao-Goyoaga, T., Comeche, T., Pérez, R., Quílez, N., ... Rodríguez, M. (2010). *Manual de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Tabaquismo*. Madrid: Hospital Universitario de Móstoles. Servicio de Neumología. Recuperado de http://www.actasanitaria.com/files/doc_63728_FICHERO_NOTICIA_31838.pdf
- Dirțu, M., & Soponaru, C. (2014). Smoking cessation therapy: between risk perception and behavior change. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 142, 325-331.
doi: 10.1016/j.sbspro.2014.07.643
- Drope, J., Schluger, N., Cahn, Z., Drope, J., Hamill, S., Islami, F., ... Stoklosa M. (2018). The Tobacco Atlas (6.ª ed.). Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies. Recuperado de https://tobaccoatlas.org/wp-content/uploads/2018/03/TobaccoAtlas_6thEdition_LoRes_Rev0318.pdf

- Dunn, C., Deroo, L., & Rivara, F. P. (2001). The Use of Brief Interventions Adapted from Motivational Interviewing across Behavioral Domains: A Systematic Review. *Addiction*, 96(12), 1725-1742. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.961217253.x>
- Escamez, J. (1990). *Drogas y escuela: una propuesta de prevención*. Madrid: Dykinson.
- Fanshawe, T., Halliwell, W., Lindson, N., Aveyard, P., Livingstone-Banks, J., & Hartmann-Boyce, J. (2017). Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database Syst Rev*, 11, CD003289. doi: 10.1002/14651858.CD003289.pub6
- Fassier, J. B. Lamotr-Bouché, M., Sarnin, P., Durif-Brucker, C., Peron, J., Letrilliart, L., & Durand, M.-J. (2016). Le protocole de l'intervention mapping: un processus méthodique pour élaborer, implanter et évaluer des programmes en promotion de la santé. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 64(1), 33-44. doi: <https://doi.org/10.1016/j.respe.2015.10.002>
- Fernández-Cruz, E. (2011). La Tipología del Fumador como Determinante de las opciones terapéuticas para dejar de fumar: Estudio analítico del cuestionario "Reasons For Smoking Scale" (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/12395/1/T32717.pdf>
- Fernández-Raone, M. (2016). Consumo de sustancias y conductas de riesgo en la adolescencia. Memorias 4º Congreso Internacional de Investigación, Memorias. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 13(2). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483551472017>
- Fernández, E. (2013). *Efectos de la utilización de personajes famosos en la publicidad televisiva de la ciudad de Quito* (tesis de grado). Universidad Internacional del Ecuador, Quito. Recuperado de <http://dspace.internacional.edu.ec:8080/jspui/bitstream/123456789/391/1/902020.pdf>
- Fernández, E., Fu, M., Pérez-Rios, M., Schiaffino, A., Sureda, X., & López, M. (2017). Changes in Secondhand Smoke Exposure After Smoke-Free Legislation (Spain, 2006–2011). *Nicotine & Tobacco Research*, 19(11), 1390-1394. doi: <https://doi.org/10.1093/ntr/ntx040>
- Fernández, M., Artacho-Cordón, F., Freire, C., Pérez-Lobato, R., Calvente, I., Ramos, R., ... Olea, N. (2015). Trends in children's exposure to second-hand smoke in the INMA-Granada cohort: an evaluation of the Spanish anti-smoking law. *Environmental Research*, 138, 461-468. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.envres.2015.03.002>
- Ferreira, E., Sivalli, C., & Baldini, C. (2014). Contextos de inicio do consumo de tabaco em diferentes grupos sociais. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 22(3), 379-385. doi: 10.1590/0104-1169.3205.2427
- Fiore M, Jaén, C., Baker, T., Bailey, W., Benowitz, N., Curry, S., ... Dorfman, S. (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence: Update. Clinical Practice Guideline*. Rockville, EE. UU.: Department of Health and Human Services. Public Health Service. Recuperado de <http://www.tobaccoprogram.org/clientuploads/documents/Consumer%20Materials/Clinicians%20Systems%20Mat/2008-Guidelines.pdf>
- Fishman, M. J., Shulman, G. D., Mee-Lee, D., Kolodner, G., & Wilford, B. B. (2010). *ASAM patient placement criteria: supplement on pharmacotherapies for alcohol use disorders*. London: Lippincott Williams & Wilkins.
- Flórez, L. (2007). *Psicología Social de la Salud Promoción y Prevención*. Bogotá: Manual Moderno.
- Fonseca, S. (2012). Consumo de Drogas en Costa Rica Encuesta Nacional 2010. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Área Desarrollo Institucional. Recuperado de <https://www.iafa.go.cr/investigaciones/encuesta-nacional-sobre-consumo-de-drogas-costa-rica-2010>
- Froján, M. X., Alpañés M., Calero E. A., & Vargas de la Cruz, I. (2010). Una concepción conductual de la motivación en el proceso terapéutico. *Psicothema*, 22(4), 556-561. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3766.pdf>
- Fu, M., Fernández, E., Martínez-Sánchez, J., San Emeterio, N., Quirós, N., Sureda, X., ... López, M. (2016). *Environmental Research*, 148, 421-428. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/journal/environmental-research/vol/148/suppl/C>

Referencias

- Gaete, J., & Araya, R. (2017). Individual and contextual factors associated with tobacco, alcohol, and cannabis use among Chilean adolescents: A multilevel study. *Journal of Adolescence*, *56*, 166e178. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.02.011>
- Gallardo, K., Benavides, F. & Rosales, R. (2016). Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana. *Revista Ciencias de la Salud*, *14*(1), 103-114. doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revsalud14.01.2016.09>
- Gantiva, C., & Flórez-Alarcón, L. (2015). Entrevista motivacional en consumidores excesivos de alcohol: intervenciones efectivas para el aumento en la disposición al cambio. *Psicología: Avances de la disciplina*, *9*(1), 83-91. Recuperado de <http://www.redalyc.org/9081/articulo.oa?id=297233780006>
- García, J., Owen, E., & Flórez-Alarcón, L. (2005). Aplicación del modelo Precede-Proceed para el diseño de un programa de educación en salud. *Psicología y Salud*, *15*(1), 135-151. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/291/29115115.pdf>
- Gómez, L., & Londoño, C. (2017a). *Condiciones y factores de riesgo asociados al consumo de cigarrillo en población colombiana de 18 a 84 años de edad* (tesis de maestría). Universidad Católica de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Gómez, L., & Londoño, C. (2017b). *Patrones de consumo de tabaco y exposición a humo de segunda y tercera mano en jóvenes y adultos* (tesis de maestría). Universidad Católica de Colombia, Bogotá.
- Grandes, G., Cortada, J., & Arrazola, A. (2000). An evidence-based program for smoking cessation: effectiveness in routine general practice. *Journal of Genetic Practiques*, *50*(459), 803-807. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313821/>
- Grandes, G., Sánchez, A., Cortada, J., Calderón, C., Balague, L., Calderon et al., (2008). Is integration of healthy lifestyle promotion into primary care feasible? Discussion and consensus sessions between clinicians and researchers. *BMC Health Services Res*, *8*, 213. Doi:10.1186/1472-6963-8213
- Guydish, J., Yu, J., Le, T., Pagano, A., & Delucchi, K. (2015). Predictors of Tobacco Use Among New York State Addiction Treatment Patients. *American Journal of Public Health*, *105*(1), 57-64. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4265922/>
- Hagger, M., & Chatzisarantis, N. (2009). Integrating the theory of planned behaviour and self-determination theory in health behaviour: A meta-analysis. *British Journal of Health Psychology*, *14*(2), 275-302. doi: 10.1348/135910708X373959
- Haight, J., Dickter, C., & Forestell, C. (2012). A comparison of daily and occasional smokers' implicit affective responses to smoking cues. *Addictive Behaviors*, *37*(3), 234-239. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.10.006
- Hall, K., Gibbie, T., & Lubman, D. (2012). Motivational interviewing techniques-facilitating behaviour change in the general practice setting. *Australian Family Physician*, *41*(9), 660-667. PMID: 22962639
- Halterman, J., Borrelli, B., Conn, K., Tremblay, P., & Blaakman, S. (2010). Motivation to quit smoking among parents of urban children with asthma. *Patient Education and Counseling*, *79*, 152-155. doi: 10.1016/j.pec.2009.09.004
- Hanson, M. (2014). Beliefs About Smoking in Millennial Generation Teenage Women. *The Journal for Nurse Practitioner*, *10*(3), 162-166. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2013.12.007>
- Hargreaves, K., Amos, A., Highet, G., Martin, C., Platt, S., & Whith, M. (2010). The social context of change in tobacco consumption following the introduction of "smokefree" England legislation: a qualitative, longitudinal study. *Social Science & Medicine*, *71*(3), 459-466. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.04.025.
- Hatsumaky, D., Stead, L., & Gupta, P. (2016). Tobacco addiction: diagnosis and treatment. *Lancet*, *371*(9629), 2027-2038. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60871-5

- Haug, S., Castro, R., Filler, A., Kowatsch, T., Fleisch, E., & Schaul, M. (2014). Efficacy of an Internet and SMS-based integrated smoking cessation and alcohol intervention for smoking cessation in young people: study protocol of a two-arm cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 5, 1114-1140. doi: 10.1186/1471-2458-14-1140
- Henley, J., Thun, M., Chao, A., & Calle, E. (2004). Association between exclusive pipe smoking and mortality from cancer and other diseases. *Journal of the National Cancer Institute*, 96(11), 853-861. doi: <https://doi.org/10.1093/jnci/djh144>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2004). *Metodología de la investigación* (5ª ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Herrera-Ballesteros, V. H., Zúñiga, J., Moreno, I., Gómez, B., & Roa, R. (2017). Quiénes quieren dejar fumar y su disposición a pagar por cesación en Panamá. *Salud Pública de México*, 59(1), 54-62. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10653144011>
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review Clinical Psychology*, 1, 91-111. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833>
- Homa, D., Neff, L., King, B., Caraballo, R., Bunnell, R., Babb, S., ... Wang, L. (2015). Vital sings: disparities in nonsmoker' exposure to secondhand smoke - United States 1999-2012. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 64(4) 103-108. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25654612>
- Houck, J. M., & Moyers, T. B. (2008). What you do matters: Therapist influence on client behavior during motivational inter viewing sessions. Paper presented at the International Addiction Summit. Melbourne, Australia.
- Iakunchykova, O. P. (2015). The impact of early life stress on risk of tobacco smoking initiation by adolescents. *Addictive Behaviors*, 50, 222-228. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.06.014>
- Iliceto, P., Fino, E., Pasquariello, S., D'Angelo Di Paola, M. E., & Enea, D. (2013). Predictors of success in smoking cessation among Italian adults motivated to quit. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(5), 534-540. doi: 10.1016/j.jsat.2012.12.004
- Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud [IETS]. (2013). Radiografía del Tabaquismo en Colombia. Recuperado de <http://ietscolombia.blogspot.com/2013/11/iets-presenta-radiografia-del.html>
- Instituto Nacional de Cancerología (2015). Epidemia mundial de consumo de tabaco, una problemática en salud pública. *Hechos y Acciones*, 7(2), 1-14. Recuperado de <https://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/Cancerolog%C3%ADA>
- Ion, R., & Bernal, A. (2015). Smoking and preterm birth. *Reproductive Science*, 22(8), 918-926. doi: 10.1177/1933719114556486
- Jain, R. (2016). Trends in exposure to second hand smoke at home among children and nonsmoker adolescents. *Science of the Total Environment*, 15(542), 144-152. doi: 10.1016/j.scitotenv.2015.10.076
- Jiménez, L., Bascarán, M., García-Portilla, M., Sáiz, P., Bousoño, M., & Bobes, J. (2004). La nicotina como droga. *Adicciones*, 16(2), 143-154. Recuperado de <https://medes.com/publication/14328>
- Jiménez, M. (2010). Consumos de tabaco y género. *EGUZKILORE*, 24, 71-95. Recuperado de <http://www.ehu.es/documents/1736829/2176981/07-JIMENEZ.pdf>
- Kaya C. A., & Ünalán P. C. (2010). Factors associated with adolescents' smoking experience and staying tobacco free. *Mental Health in Family Medicine*, 7(3), 145-53. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3018953/>
- Landeros-Oliveros, E., Benavides, Frederickson, R., Martínez-Reyes, M., & Celis-García, M. (2013). Análisis de concepto: "decisión de cambio" para mejorar las conductas de salud en el contexto de las enfermedades crónicas en adultos. Aquichan. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2036/3056>

Referencias

- Ley 1122 de 2007. Por la cual se dictan normas para realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Congreso de Colombia (2009).
- Ley 1335 de 21 de julio 2009. Disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana. El Congreso de Colombia (2009).
- Li, X., Mao, R., Stanton, B., & Zhao, Q. (2010). Parental, behavioral and psychological factors associated with cigarette smoking among secondary school students in Nanjing, China. *Journal of Child & Family Studies*, 19(3), 308-317. doi: 10.1007/s10826-009-92991
- Liga Colombiana de Lucha Contra el Cáncer. (2018). Pulmones libres de humo. Recuperado de <http://www.ligacancercolombia.org/libresdehumo/>
- Lindson-Hawley, N., Hartmann-Boyce, J., Fanshawe, T. R., Begh, R., Farley, A., & Lancaster T. (2016). Interventions to reduce harm from continued tobacco use. *Cochrane Database System Review*, 13, 10, CD005231. doi: 10.1002/14651858.CD005231.pub3
- Liquete-Arauzo, L., Pérez-Ruiz, E., Marugán de Miguelsanz, J. M., Rodríguez-Moliner, L., Uribe Ladrón de Cegama, Ugidos-Gutiérrez, M. D., ... Izquierdo-Elizo, A. (2017). Riesgo percibido sobre el consumo ocasional de tabaco tradicional y electrónico en adolescentes. *Pediatría Atención Primaria*, 19(74), 127-136. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000200005&lng=es&tlng=es
- Londoño, C., Cabarcas, K., Pulido, D., & Vélez, H. (2016). *Pactos por la Vida: una experiencia de prevención basada en la evidencia*. Bogotá, Colombia: Logos Vestigium.
- Londoño, C., Hernández, L., Alejo, I., & Pulido, D. (2013). Diseño y elaboración de una escala de Optimismo Disposicional/Pesimismo (EOP). *Universitas Psychologica*, 12(1), 139-155. doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy12-1.dveo>
- Londoño, C., Pardo, C., & Velasco, M. (2016). Síntesis de evidencia de programas de cesación del consumo de tabaco. Informe 2. Ministerio de Salud y Protección Social. Circulación restringida.
- Londoño, C., Pardo, C., & Velasco, M. (en prensa). Sistema de clasificación de consumidores de cigarrillo/tabaco. Logos Vestigium Editorial, Universidad Católica de Colombia.
- Londoño, C., Rodríguez, I., & Gantiva, C. (2011). Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) para jóvenes. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 7(2), 281-291. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982011000200007&lng=en&tlng=
- Londoño, C., Velasco, M., & Cabarcas, K. (2017). Validación del protocolo modificado de acompañamiento en la cesación de consumo de tabaco. Proyecto de Investigación Institucional Fase 1. Informe final. Universidad Católica de Colombia.
- Londoño, C., Velasco, M., & Cabarcas, K. (2018a). Validación del protocolo modificado de acompañamiento en la cesación de consumo de tabaco. Proyecto de Investigación Institucional Fase 2. Informe final. Universidad Católica de Colombia.
- Londoño, C., Velasco, M., & Pardo, C. (2018b). Validación del Cuestionario de Clasificación de Fumadores C4 en América Latina. *Salud y Drogas*, 18(2), 59-68. doi: 10.21134/haaj.v18i2.365
- Londoño, C., Velasco, M., Guanumen, J., & Tibajiva, L. (2016). *Validación protocolo modificado de intervención de consumo de cigarrillo*. Bogotá, Colombia: Universidad Católica de Colombia.
- Mae-Wood, C., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., Dongil, E., & Martín-Salguero, J. (2010). Relaciones entre estrés, tabaco y trastorno de pánico. *Ansiedad y Estrés*, 16(2/3), 309-325. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1986.pdf>
- Marqueta, A., Nerín, I., Gargallo, P., & Beamonte, A. (2017). Diferencias de género en el éxito al dejar de fumar: resultados a corto y largo plazo. *Adicciones*, 29(1), 13-21. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289149600003.pdf>

- Martín, A., Torres, M., & López, A. (2002). Tratamiento psicológico del hábito de fumar: evaluación de un programa implantado desde el servicio de psicología aplicada de la UNED en un contexto laboral. *Acción Psicológica*, 1(2), 205-213. doi: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.1.2.553>
- Martínez, E. (2006). *Hacia una prevención con sentido: bases del centro de prevención e investigación del Colectivo Aquí y Ahora*. Bogotá: Colectivo Aquí y Ahora.
- Martínez, E. (2007). *Introgénia. De las buenas intenciones al daño preventivo*. Documento presentado en el seminario: Prevención basada en la evidencia: comunidades y drogas. Bogotá, Colombia.
- Martínez, E., Tatum, K., Glass, M., Bernath, A., Ferris, D., Reynolds, P., & Schnoll, R. A., (2010). Correlates of smoking cessation self-efficacy in a community sample of smokers. *Addictive Behaviors*, 35(2), 175-178. doi: 10.1016/j.addbeh.2009.09.016
- Martínez, U., Fernández del Río, E., López-Durán, A., Rodríguez-Cano, R., Martínez-Vispo, C., & Becoña, E. (2016). La recaída en fumadores que dejan de fumar con un tratamiento psicológico: ¿una cuestión de sexo? *Acción Psicológica*, 13(1). doi: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.1.16722>
- Masías, C. (2007). *Los caminos complejos de la prevención: razones para el optimismo*. Documento presentado en el seminario: Prevención basada en la evidencia: comunidades y drogas. Bogotá, Colombia.
- Mateos, P. (1996). Motivación, intención y acción. En I. Garrido (coord.), *Psicología de la motivación*. Madrid: Síntesis.
- Maziak, W., Jawad, M., Jawad, S., Ward, K. D., Eissenberg, T., & Asfar, T. (2015). Interventions for waterpipe smoking cessation. *Cochrane Database System Review*, 31(7), CD005549. doi: 10.1002/14651858.CD005549.pub3
- McCambridge, J., & Strang, J. (2004). The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: Results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction*, 99(1), 39-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00564.x>
- McWhirter, P. T., Florenzano, R., & Soubllette, M. P. (2002). El modelo transteórico y su aplicación al tratamiento de adolescentes con problemas de abuso de drogas. *Adolescencia Latinoamericana: Revista Científica Cultural Multidisciplinaria Bilingüe*, 3(2), 23-30. Recuperado de <http://bibliodrogas.cl/biblioteca/documentos/R2091.pdf>
- Messer, S.B. (2016). Evidence-Based Practice. En Howard S. Friedman (ed.), *Encyclopedia of Mental Health* (2.ª ed., pp. 161-169). Nueva York: Elsevier
- Michalowski, A., & Erblich, J. (2014). Reward Dependence Moderates Smoking-Cue and Stress-Induced Cigarette Cravings. *Addictive Behaviors*, 39(12), 1879-1888. doi: 10.1016/j.addbeh.2014.07.032
- Miller, B. (2014). *Motivational Interviewing Training New Trainers Manual*. MINT. Recuperado de http://www.motivationalinterviewing.org/sites/default/files/tnt_manual_2014_d10_20150205.pdf
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. Nueva York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2.ª ed.). Nueva York: The Guilford Press.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J., & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1050-1062. doi: 10.1037/0022-006X.72.6.1050
- Ministerio de Salud Argentino. (2017). *Guía de práctica clínica nacional de tratamiento de la adicción al tabaco. Recomendaciones basadas en la evidencia científica*. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000536cnt-2017-06_guia-tratamiento-adiccion-tabaco_guia-breve.pdf

Referencias

- Ministerio de Salud Pública & Organización Mundial de la Salud. (2017a). Manual Nacional de Abordaje del Tabaquismo. Recuperado de <https://www.who.int/fctc/reporting/Annexsixurue.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. (2011). *Tabaquismo un reto en Salud Pública*. Bogotá: República de Colombia. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/TABACO%20UN%20RETO%20PARA%20LA%20SALUD%20PUBLICA%20MARZO%202011%20CARTAGENA>.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. (2015a). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. (2015b). ABC consejería breve para la prevención del tabaquismo. Recuperado de http://idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/cronicas/2015/abc_cesa_tabaquismo.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. (2016). Política de Atención Integral en Salud. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. (2017a). Prevención de enfermedades no transmisibles. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/Enfermedades-no-transmisibles.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. (2017b). Programa para la cesación de consumo de tabaco y atención al tabaquismo. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/programa-cesacion-tabaco.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. (2018). Efectos en la salud por el consumo de tabaco. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-efectos-salud-tabaco.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. (2019). Retos frente a terapias de cesación de consumo de tabaco. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Retos-frente-a-terapias-de-cesacion-de-consumo-de-tabaco.aspx>
- Moore, P., Pavié, J., Véjar, L., & Corvalán, M. P. (2017). Consejería y Entrevista Motivacional para reducir el consumo de Tabaco. *Revista Chilena Enfermedades Respiratorias*, 33(3), 193-200. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcher/v33n3/0717-7348-rcher-33-03-0193.pdf>
- Mora-Ríos, J., & Natera, G. (2001). Expectativas y consumo de alcohol en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Pública México*, 43, 89-96.
- Moreno, E., & Gil, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 3(1), 91-109. Recuperado de <https://www.ijpsy.com/volumen3/num1/59/el-modelo-de-creencias-de-salud-revisi-ES.pdf>
- Moriana, J., & Martínez, V. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 81-100. Recuperado de http://www.aepp.net/arc/01_2011_n2_moriana_martinez.pdf
- Muñoz, M. L., Ogawa, T. R., Foncerrada, H., Rebollo, C., & Cortesano, J. A. (2006). Psicopatología y uso de tabaco en estudiantes de secundaria. *Salud Mental*, 29(6), 48-56. Recuperado de <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm2906/sm290648.pdf>
- Nebot, M. (2008). Intervención en tabaquismo en los diferentes ámbitos. Manual de enfermería. Prevención y rehabilitación cardiaca. Recuperado de http://www.enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/manuales/preven/cap_02_sec_03.pdf
- Neipp, M., Quiles, M., León, E., Tirado, S., & Rodríguez-Marin, J. (2015). Aplicando la Teoría de la Conducta Planeada: ¿qué factores influyen en la realización de ejercicio físico? *Atención Primaria*, 47(5), 287-293. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.07.003>
- Nilson, M., Stenlund, H., Bergstrom, E., Weinehall, L., & Janlert, U. (2006). It Takes Two: Reducing Adolescent Smoking Uptake Through Sustainable Adolescent-Adult Partnership. *Journal of Adolescent Health*, 39(6), 880-886. doi: [10.1016/j.jadohealth.2006.07.004](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.07.004)

- Nodora, J., Hartman, S., Strong, D., Messer, K., Vera, L., White, M., Portnoy, D., Choiniere, C., Vullo, G., & Pierce, J. (2014). Curiosity predicts smoking experimentation independent of susceptibility in a US national sample. *Addictive Behavior*, 39(12), 1695-700. doi: 10.1016/j.addbeh.2014.06.002
- Novoa-Gómez, M., Barreto, I., & Silva, L. (2012). Consumo de cigarrillo y prácticas culturales en contextos universitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(1), 97-110. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v44n1/v44n1a10.pdf>
- Observatorio de Drogas de Colombia [ODC]. (2016). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población escolar Colombia 2016*. Bogotá D. C.: Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social, Organización de Estados Iberoamericanos
- Observatorio de Drogas de Colombia [ODC]. (2017). Reporte de drogas de Colombia. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/reporte_drogas_colombia_2017.pdf
- Observatorio de Drogodependencias Castilla-La Mancha. (2019). Prevención selectiva e indicada. Recuperado de <http://sescam.castillalamancha.es/ciudadanos/plan-regional-de-drogas/prevencion/prevencion-selectiva-e-indicada>
- Onor, I., Stirling, D., Williams, S., Bediako, D., Borghol, A., Harris, M., ... Sarporg, D. (2017). Clinical Effects of Cigarette Smoking: Epidemiologic Impact and Review of Pharmacotherapy Options. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(10), 1147. doi:10.3390/ijerph14101147
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2006). *Informe Nacional de salud. "Colaboremos por la salud"*. París, Francia: OMS.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia del tabaquismo. Recuperado de <http://www.who.int/tobacco/mpower/package/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). La mujer y el tabaco: atracción fatal. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 88, 561-640. Recuperado de <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/10-080747/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2012). ¿Afecta el humo de tabaco a los no fumadores? Recuperado de <https://www.who.int/features/qa/60/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013a). Informe OMS Sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85382/1/WHO_NMH_PND_13.2_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013b). Strengthening Health Systems for treating tobacco dependence in primary care. Part 1: Training for policy. Recuperado de https://www.who.int/tobacco/publications/building_capacity/training_package/treatingtobaccodependence/en/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). A guide for tobacco users to quit. Recuperado de https://www.who.int/tobacco/publications/smoking_cessation/9789241506939/en/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017a). Informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención. Recuperado de http://www.who.int/tobacco/global_report/2017/executive-summary/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017b). Día Mundial sin tabaco: El tabaco es una amenaza para todos. Recuperado de <http://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2017/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018a). Campañas mundiales de salud pública de la OMS. Día mundial sin tabaco. Recuperado de <https://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2018/event/es/>

Referencias

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018b). Tabaco. Datos y cifras. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] & Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). Informe sobre control del tabaco para la Región de las Américas. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/Informe-sobre-control-del-Tabaco-en-las-Américas-2013.PDF?ua=1>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2013). *Informe sobre Control de Tabaco para la Región de las Américas*. Washington, D. C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2018). Tabaco y enfermedades cardiovasculares. Recuperado de <https://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2018/es/>
- Ortiz, Y., & Martín, J. (2009). Factores predictores del consumo de tabaco entre adolescentes del Colegio Universitario Santiago de Cali. *Salud Uninorte*, 25(1), 56-72.
- Panaino, E., Soares, C., & Campos, C. (2014). Context of the beginning of tobacco use in different social groups. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 379-385. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3205.2427>
- Patnode, C., Henderson, J., Thompson, J., Senger, C., Fortman, S., & Whitlock, E. (2015). Behavioral Counseling and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Cessation in Adults, Including Pregnant Women: A Review of Reviews for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annual International Medicine*, 163(8), 608-21. doi: 10.7326/M15-0171.
- Pedraza, J., Calderón, L., Cárdenas, L., & Agudelo, N. (2012). Smoking in the population from 15 to 44 years of age from the city of Tunja, Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 30(2), 245-252. Recuperado de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/9527/11365>
- Pedrero, E., & Lloves, M. (2011). Entrevista motivacional en el tratamiento de las adicciones. En *Neurociencia y Adicción* (2011). Sociedad Española de taxonomías. Recuperado de https://www.academia.edu/16366859/NEUROCIENCIA_Y_ADICCIONES
- Pérez-Milena, A., Martínez-Fernández, M., Redondo-Olmedilla, M., Álvarez, C., Jiménez I, & Mesa, I. (2012). Motivaciones para el consumo de tabaco entre los adolescentes de un instituto urbano. *Gaceta Sanitaria*, 26(1), 51-57. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-9111201200100009&lng=es&tlng=es
- Pinet, M., Viñas, F., & Ribalto, E. (2009). Nicotina. En C. Pereira, *Manual Adicciones* (pp. 421-470). España: Sociedad Científica Española.
- Piñeiro, B., Fernández del Río, E., López-Durán, A., & Becoña, E. (2014). ¿Mejora la entrevista motivacional la eficacia del tratamiento psicológico para dejar de fumar? *Anales de Psicología*, 30(1), 123-132. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.131961>
- Piñeiro, B., López-Durán, A., Fernández del Río, E., Martínez, U., & Becoña, E. (2013). Gender differences in personality patterns and smoking status after a smoking cessation treatment. *BMC Public Health*, 13(306). doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-306>
- Piñeiro, B., Mínguez, M. D., & Becoña, E. (2010). La entrevista motivacional en el tratamiento del tabaquismo: una revisión. *Adicciones*, 22(4). Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/177>
- Popova, L., & Pamela, M. (2013). Alternative Tobacco Product Use and Smoking Cessation: A National Study. *American Journal of Public Health*, 103(5), 923-930. doi: 10.2105/AJPH.2012.301070
- Portugal, G. S., & Gould, T. J. (2008). Genetic variability in nicotinic acetylcholine receptors and nicotine addiction: converging evidence from human and animal research. *Behavioral Brain Research*, 193(1), 1-16. doi: 10.1016/j.bbr.2008.05.006

- Prochaska J., & DiClemente, C. (1982). Transactional therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 19, 276-288.
- Prochaska, J. O. (1994). An eclectic and integrative approach: Transtheoretical Therapy. En A. Gorman & S. Messer (eds.), *Theories of psychotherapy* (p. 403-440). New York: Guilford Press.
- Prochaska, J. O., & Prochaska, J. M. (2016). *Changing to thrive: overcome the top risks to lasting health and happiness*. Hazelden Publishing, Center City MN.
- Prochaska, J., Hall, S., & Bero, L. (2008). Tobacco use among individuals with schizophrenia: what role has the tobacco industry played? *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 555-67. doi: 10.1093/schbul/sbm117
- Roberts, C., Wagler, G., & Carr, M. (2017). Environmental tobacco smoke: public perception of risks of exposing children to second and third hand tobacco smoke. *Journal of Pediatric Health Care*, 31(1), 7-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2016.08.008>.
- Rodríguez I., & Londoño C. (2010). El proceso de adopción de precauciones en la prevención secundaria del consumo de cigarrillo en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(1), 79-90.
Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552010000100008
- Rodríguez, I. & Londoño, C. (2010). El Proceso de Adopción de Precauciones en la prevención secundaria del consumo de cigarrillo en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(1), 79-90. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79815637007>
- Rodríguez, J. L., & Hernández, J. (2006). ¿Disponemos del marcador biológico ideal para valorar la exposición al humo del tabaco? *Revista Patologías Respiratorias*, 9(2) 55-56. Recuperado de http://www.revistadepatologiasrespiratoria.org/descargas/pr_9-2_55-56.pdf
- Rodríguez, S. (2013). El tabaco como símbolo de placer y peligro: de la publicidad atrayente a la propaganda disuasoria. *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 6(2). 235-258. Recuperado de <http://www.intersticios.es/article/view/10443/7341>
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2008). *Motivational interviewing in health care. Helping patients change behavior*. Nueva York: The Guilford Press.
- Romero, T., Grau, J., Gómez, C., Infante, O., Chacón, M., Asén, L., ... Grau, R. (2003). Desarrollo de conductas protectoras para el control del cáncer con metodologías por etapas: una evaluación de eficacia. *Psicología y Salud*. Recuperado de https://www.uv.mx/psicysalud/Psicysalud%2013_1/numero_13_1/conductas.html
- Roncero, C., Daigre, C., Grau-López, L., Rodríguez-Cintas, L., Barral, C., Pérez-Pazos, J., Gonzalvo, B., Corominas, M., & Casas, M. (2013). Cocaine-induced psychosis and impulsivity in cocaine-dependent patients. *Journal of Addictive Diseases*, 32(3), 263-73.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., & Chirstensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Brithanic Journal of General Practique*, 55(513), 305-12. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463134/>
- Rubinstein, M., Rait, M., Sen, S., & Shiffman, S. (2014). Characteristics of adolescent intermittent and daily smokers. *Addictive Behaviors*, 39, 1337-1341. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.04.21>
- Rubio, H., Rubio, M., & Álvarez, R. (2011). Impacto de las políticas antitabaco en México. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 54(5), 22-33. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422011000500004&lng=es&tlng=es
- Rueda-Jaimes, G. E., Camacho, P., Rangel-Martínez, A., & Campo-Arias, A. (2009). Prevalencia y factores asociados con el consumo diario de tabaco en estudiantes adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(4), 669-680. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/806/80615450008.pdf>

Referencias

- Salinas, J., Bello, S., Chamorro, H., & González, C. (2016). Consejería en alimentación, actividad física y tabaco: Instrumento fundamental en la práctica profesional. *Revista Chilena de Nutrición*, 43(4), 434-442. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182016000400015>
- Samarin, E., Gómez, B., Villalobos, A., Botello, M. L., Olgúin, J., López de Castro, F. (2014). Métodos empleados y motivos para dejar de fumar de los exfumadores. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(2), 89-95. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169631875007>
- Sanabria, P., González, L., & Urrego, U. (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista Médica*, 15(2), 207-217. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v15n2/V15n2a08.pdf>
- Sánchez-Vallejo, F., Rubio, J., Páez, D., & Blanco, A. (1998). Optimismo ilusorio y percepción de riesgo. *Boletín de Psicología*, 58, 7-17.
- Seung Hee, C., & Stommel, M. (en prensa). Impact of Age at Smoking Initiation on Smoking Related Morbidity and All-Cause Mortality. *American Journal of Preventive Medicine*. Recuperado de [http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(16\)30690-0/fulltext](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(16)30690-0/fulltext)
- Shadel, W. G., Martino, S. C., Setodji, C. M., Scharf, D. M. (2013). Exposure to pro-smoking media in college students: Does type of media channel differentially influence smoking risk? *Annals of Behavioral Medicine*, 45, 387-392. doi: 10.1007/s12160-012-9461-7
- Silvestre, C. (2012). Aspectos socioculturales de las intervenciones en salud. *Revista Chilena de Salud Pública*, 16(2), 156-162. Recuperado de <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/20308>
- Sindelar, J., & O'Malley, S. (2014). Financial versus health motivation to quit smoking: A randomized field study. *Preventive Medicine*, 59, 1-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.10.008>
- Smit, E., Hoving, C., Schelleman-Offermans, K., West R, & de Vrie, H. (2014). Predictors of successful and unsuccessful quit attempts among smokers motivated to quit. *Addictive*, 39(9), 1318-1324. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.04.017>
- Smith, S. S., Jorenby, D. E., Fiore, M. C., Anderson, J. E., Mielke, M. M., ... Beach, K. E. (2001). Strike while the iron is hot: Can stepped-care treatments resurrect relapsing smokers? *Journal of Consult Clinical Psychology*, 69(3), 429-39. doi: 10.1037//0022-006x.69.3.429
- Solano, S., García-Tenorio, A., & De Granda, J. (2003). Iniciación y mantenimiento del hábito tabáquico. El paciente que va a dejar de fumar. En M. Ferrero, A. Hernández y T. García, *Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo* (pp. 107-140). Madrid: Majadahonda.
- Stiby, A. I., Hickman, M., Munafò, M. R., Heron, J., Yip, V. L., & Macleod, J. (2015). Adolescent cannabis and tobacco use and educational outcomes at age 16: birth cohort study. *Addiction*, 110(4), 658-668. doi: 10.1111/add.12827
- Strasser, A., Orom, H., Tang, K., Dumont, R., Cappella J., & Kozlowski L. (2011). Graphic-enhanced information improves perceived risks of cigar smoking. *Addictive Behaviors*, 36(8), 865-869. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.03.005
- Suárez, R. G., Galván, C., Oliva, C., Acuirre-Jaime, A., & Vásquez, C. (2013). Exposición al humo de tabaco del niño asmático y su asociación con la gravedad del asma. *Anales de Pediatría*, 78(1) 35-42. doi: 10.1016/j.anpedi.2011.12.008
- Templos-Núñez, L., & Marín-Navarrete, R. (2014). Entrevista motivacional para la atención de las adicciones. *TSOP: Orientación psicológica y adicciones*, 8, 13-18. Recuperado de https://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/SaudePublica/adicciones/Curso_Alcohol/archivos/pdf/tema_7.pdf
- Tombor, I., Shahab, L., Brown, J., & West, R. (2013). Positive smoker identity as a barrier to quitting smoking: Findings from a national survey of smokers in England. *Drug and Alcohol Dependence*, 133(2), 740-745. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.09.001

- Torres, G. (2010). La entrevista motivacional en adicciones. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 171-187. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39s1/v39s1a12.pdf>
- Trull, T., & Phares, J. (2003). *Psicología Clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. Madrid: Ediciones Paraninfo.
- Tuithof, M., Ten Have, M., van den Brink, W., Vollebergh, W., & Ron de Graaf, R. (2014). Alcohol consumption and symptoms as predictors for relapse of DSM-5 alcohol use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 140, 85-91. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.03.035
- Valanis, B., Lichtenstein, E., Mullooly, J., Labuhn, K., Brody, K., Severson, H. H., & Stevens, N. (2001). Smoking cessation and relapse prevention for pregnant women during medical office visits: Results from the STORK Program. *American Journal of Preventive Medicine*, 20(1), 1-8. Recuperado de [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(00\)00266-X/pdf](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(00)00266-X/pdf)
- Varela, L., Gradaille, R., & Teijero, Y. (2016). Ocio y usos del tiempo libre en adolescentes de 12 a 16 años en España. *Educação e Pesquisa, São Paulo*, 42(4) 987-999. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1517-9702201612152404>
- Vázquez, E., Rodríguez, E., Valdez, B., Perdomo, J., & Marrero, S. (2016). Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. MINSAP-PROSALUD. Recuperado de <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2018/01/Manual-de-prevencion-y-tratamiento-2016-Cuba-.pdf>
- Véjar L. (2017). Orientaciones para desarrollar programas de tabaquismo. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 33(3), 190-192. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-73482017000300190>
- Velandia, C. (2006). Aplicación del “Proceso de Adopción de Precauciones” a la conducta de lactancia materna en madres de niños de cero a seis meses de nacidos. *Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 2(1), 1-28. Recuperado de http://www.henrry.tipica.org/xwuqiwasjlhasdf7985644Tipica2/pdf/aplicacion_pap_lactancia_materna.pdf
- Velasco, M., Londoño, C., & Pardo, C. (2018). Patrones de consumo de tabaco en América Latina. Informe final. Proyecto Investigación. Universidad Católica de Colombia
- Velasco, M., Londoño, C., Forero, F., Páez, D., Romero, M., & Ruíz, C. (2017). Identidad de Consumo, Motivos y Creencias en Jóvenes Fumadores y no Fumadores Colombianos. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(2), 170-192. Recuperado de <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/DAB/article/view/2439>
- Velásquez, E. (2013). Conceptos básicos y clasificación en adicciones. En: Velásquez, E., Olaya, A., Castaño, G., & Castro, S., *Adicciones, aspectos clínicos y psicosociales, tratamiento y prevención* (1.ª ed., pp. 50). Medellín, Antioquia: Fondo Editorial.
- Velásquez, M. T., Torres-Neira, D., & Sánchez-Martínez, H. (2006). Análisis psicológico de la actividad física en estudiantes de una Universidad de Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 2(1-2), 1-12. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v8s2/v8s2a01.pdf>
- Villena, A., Morena, S., Parraga, I., González, M., Soriano, H., & López-Torres, J. (2009). Factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 320-325. Recuperado de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=169614509002>
- Weiner, B. (1992). *Human motivation. Metaphors, theories and research*. California: Sage Publications.
- Weinstein, N. D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7(4), 355-386.
- Weinstein, N. D., & Lyon, J. (1998). Experimental evidence for stages of health behavior change: the precaution adoption process model applied to home radon testing. *Health Psychology*, 17(5) 445- 453. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9776003>
- Weinstein, N. D., & Sandman, P. M. (1992). A model of the precaution adoption process: Evidence from home radon testing. *Health Psychology*, 11(3), 170-80.

Referencias

- Weinstein, N. D., & Sandman, P. M. (2002). The Precaution Adoption Process Model and its application. En R. J. DiClemente, R. A. Crosby, & M. C. Kegler (eds.), *Emerging theories in health promotion practice and research. Strategies for improving public health* (pp. 16-39). San Francisco: Jossey-Bass.
- Weinstein, N. D., Lyon, J. E., Sandman, P. M., & Cuite C. L. (1998). Experimental evidence for stages of health behavior change: The precaution adoption process model applied to home radon testing. *Health Psychology, 17*(5), 445-453. doi: 10.1037/0278-6133.17.5.445
- Weinstein, N. D., Rothman, A., & Sutton, S. R. (1998). Stages Theories of Health Behavior: Conceptual and Metodological Issues. *Health Psychology, 7*(2), 290-299.
- Wilson, S., & MacLean. R. (2013). Associations between self-control and dimensions of nicotine dependence: A preliminary report. *Addictive Behaviors, 38*(3), 1812-181. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.11.004>
- Wilson, S., Creswell, K., Sayette, M., & Fiez, J. (2013). Ambivalence about smoking and cue-elicited neural activity in quitting-motivated smokers faced with an opportunity to smoke. *Addictive Behaviors, 38*, 1541-1549.
- Yoon, B., Kyung, M., Hwa, E., Oh, J., Ypung, E., & Lee, D. (2014). Tolerance for and potential indicators of second-hand smoke exposure among nonsmoker: a comparison of self-reported and cotinine verified second-hand smoke exposure based on nationally representative data. *Preventive Medicine, 67*, 280-287. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.07.003>
- Zvolensky, M., Jenkins, E., Johnson, K., & Goodwin, R. (2011). Personality disorders and cigarette smoking among adults in the United States. *Journal Psychiatric Research, 45*(6), 835-841. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.11.009

Apéndice A. Cuestionario de Expectativas hacia el Cigarrillo (CEC)

CUESTIONARIO DE EXPECTATIVAS HACIA EL CIGARRILLO

A continuación encontrará un grupo de afirmaciones que ejemplifican las expectativas que tienen hacia el consumo de cigarrillo. Elija la opción que mejor refleje su forma de pensar o sentir acerca del cigarrillo. Marque V si piensa que la frase es verdadera y F si considera que la frase es falsa.

- | | | |
|---|----------------------------|---------------------------------------|
| 1. El cigarrillo me hace sentir bien. | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 2. Las mujeres que fuman son más sensuales. | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 3. Para tener una buena conversación con mis amigos necesito un cigarrillo. | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 4. El fumar me ayuda a relajarme en situaciones sociales. | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 5. El fumar me hace sentir más satisfecho conmigo mismo. | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 6. La mejor forma de empezar el día es fumando un cigarrillo. | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 7. Fumar me ayuda a descansar. | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 8. Fumar disminuye la tensión muscular. | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9. Fumar me disminuye la tensión muscular. | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 10. Usualmente estoy de mejor ánimo cuando fumo. | <input type="checkbox"/> V | <input checked="" type="checkbox"/> F |
| 11. Resuelvo mejor los problemas si me fumo un cigarrillo. | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 12. La mejor forma de pasar momentos negativos es fumando. | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 13. Mis sentimientos de soledad disminuyen cuando fumo. | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 14. Los jóvenes que fuman tienen más amigos. | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 15. Las personas que fuman son más atractivas. | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 16. Si estoy tenso un cigarrillo me hacen sentir mejor. | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 17. Cuando estoy enojado fumar me calma. | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 18. Tener un cigarrillo en la mano me da seguridad. | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 19. Las personas que fuman se ven maduras e interesantes. | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 20. Fumo para mejorar mi atención en clase. | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 21. Me siento más masculino/femenina cuando fumo. | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 22. Me siento despreocupado cuando fumo. | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 23. Fumar en las reuniones las hace más divertidas. | <input type="checkbox"/> V | <input checked="" type="checkbox"/> F |

Apéndice B. Cuestionario de Motivación-Tentación

Cuestionario de motivación (tentación)

En este cuestionario encontrará situaciones que pueden llevar a las personas a fumar. Señale con una X la opción que corresponda al grado de tentación que experimenta actualmente en cada situación, de acuerdo con la escala:

1: Ninguna tentación

2: Algo tentado

3: Moderadamente tentado

4: Muy tentado

5: Totalmente tentado

Situación	Grado de tentación
1. Cuando estoy preocupado(a).	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
2. Cuando estoy ansioso(a) porque deje de fumar.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
3. Cuando pienso en fumar.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
4. Cuando mis amigos me animan a fumar.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
5. Cuando me encuentro cansado(a).	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
6. Cuando me siento deprimido(a).	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
7. Cuando me dan ganas de fumar de un momento a otro.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
8. Cuando me siento enojado(a).	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
9. Cuando quiero probar mi fuerza de voluntad para dejar de fumar.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
10. Cuando me ofrecen un cigarrillo en una fiesta.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
11. Cuando me siento alegre.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
12. Cuando siento deseo intenso de fumar.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
13. Cuando salgo de clases.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
14. Cuando miro a otros fumar.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

Apéndice C. Procedimiento de intervención por sesiones

Sesión 1: Conozcámonos y asegurémonos que deseas dejar de fumar

Objetivos

1. Establecer las características generales de los integrantes grupo (toma de medida pre).
2. Socializar los objetivos del trabajo a realizar.
2. Generar un ambiente de trabajo que facilite y fomente la integración y participación de todos.
3. Incrementar en los participantes la disponibilidad para el abandono del consumo.
4. Aumentar la percepción de severidad y susceptibilidad ante el riesgo.

Procedimiento

El profesional da inicio a la sesión con el saludo y registro de asistencia.

Actividad 1

El profesional presenta el programa teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Cómo funciona el proceso de cambio bajo el modelo PAP.
- Que no son las primeras personas que intentan dejar el consumo y el éxito que han tenido otras personas.
- El proceso en la sesión se hace con el acompañamiento y asesoría constante del profesional.

Se utiliza como base el siguiente texto:

“La mayoría de los fumadores desean dejar de fumar y muchos de ellos realizan varios intentos antes de lograrlo. Seguramente usted es una de esas personas que ha intentado dejar de fumar o desea hacerlo pronto, por eso ha decidido participar en este proceso. Este intento es diferente a sus anteriores esfuerzos, ya que es un programa con un plan establecido y que cuenta con las condiciones de un grupo de apoyo, lo que quiere decir que, de acuerdo con sus experiencias, preferencias y estilo de vida, usted establecerá sus propias metas y estrategias para dejar de fumar”.

Toma de línea de base

Se aplica a cada uno de los participantes los siguientes cuestionarios:

- Identidad de consumo.
- Motivación tentación.
- Expectativas frente al consumo de cigarrillo.

Se toman las siguientes medidas fisiológicas de acuerdo con las guías y se diligencia el formato de registro:

- Cooximetría.
- Test de Harvard

Actividad 2

“Las razones que puedo ofrecer”

- Para esta actividad se le entrega a cada persona dos hojas. En la primera se le pide que escriba cuáles son las principales razones por las que desea abandonar el consumo de cigarrillo, y en la segunda, que escriba los principales riesgos de fumar.
- Al finalizar, cada participante socializa las razones que escribió y procede a pegarlas en un tablero que lleva por nombre “mis razones para dejar de fumar”; cuando hayan pasado todos, cada participante puede escoger razones para dejar de fumar que fueron mencionadas por los demás integrantes del grupo, para luego registrarlas en su formato “mis razones para dejar de fumar”.

Para finalizar esta sesión, y por primera vez, se lleva a cabo entrenamiento en relajación.

Programa de prevención indicada para la cesación del consumo de cigarrillo

Este formato se lo puede llevar cada participante, para seguir revisándolo fuera de la sesión, de manera que el número de razones incrementen para dejar de fumar o para mantenerse en la cesación.

- Como cierre de la actividad, el profesional a cargo elabora una lista general de razones y adiciona algunas no mencionadas por el grupo que puedan incrementar la disponibilidad al cambio.

Actividad 3**Autoobservación (individual)**

- Cada participante recibe un formato de actividad individual, el cual se llevará a cabo tanto en las sesiones de trabajo con el profesional como a diario en su casa, lugar de trabajo o estudio para establecer una línea de base.
- En la sesión, el profesional a cargo ejemplifica cómo se debe llenar este registro de frecuencias y se aclara que la persona propone la cantidad de cigarrillos que no fumará, pero que al final se espera que abandone totalmente al consumo.

Sesión 2: Balance decisional**Objetivos**

1. Aumentar en los participantes el reconocimiento de la vulnerabilidad percibida ante los riesgos que trae el consumo de cigarrillo.
2. Propiciar el inicio de la toma de decisiones basada en la identificación de beneficios y perjuicios tanto del consumo de cigarrillo como del abandono del mismo.
3. Favorecer una mayor valoración de los beneficios del abandono de consumo.

Procedimiento

El profesional da inicio a la sesión con el saludo y registro de asistencia, y hace la revisión de registros y la discusión de su contenido.

Actividad 1

- Cada participante recibe un listado con las principales enfermedades médicas asociadas al consumo de cigarrillo. De esta lista, cada participante debe indicar con una X cuál o cuáles de estas se han presentado en su entorno familiar, por lo que se convertirían en un factor de riesgo para cada uno de ellos. Esta lista es el insumo para que en plenaria los participantes, guiados por el profesional, discutan acerca del nivel de vulnerabilidad personal percibida de presentar alguno(s) de estos cuadros clínicos como resultado de su consumo actual de cigarrillo.
- Al finalizar, cada participante debe hacer un conteo de cuántas de estas situaciones listadas percibe como factible que le ocurran en caso de seguir fumando.

Actividad 2

- Una vez finalizada la Actividad 1, se da inicio al balance decisional, y para ello, se da información conceptual acerca de qué es y cómo se hace este proceso.
- A partir de la explicación, se le solicita a cada participante que en una hoja escriba y explique un momento de su vida en el que considere que llevó a cabo un balance decisional.
- Se socializan las experiencias en plenaria, de manera que el profesional resalte las acciones que los participantes desarrollaron y que son consistentes con el procedimiento anteriormente explicado.
- La actividad se cierra solicitando a cada participante que diligencie un formato en el que indique los pro y contra tanto de dejar de fumar como de seguir fumando, para luego asignar un valor a cada una de sus razones en pro o en contra, para que pueda decidir cuál conducta le resulta benéfica. El profesional les debe señalar la importancia de identificar, a través del programa, un mayor número de beneficios de hacer un cambio saludable —este formato debe ser diligenciado en su totalidad fuera de la sesión para ser retomado en la siguiente sesión—.

Actividad 3**Historia de recaídas: mis principales barreras para lograr dejar de fumar**

- El profesional trae a sesión un cigarrillo para cada uno de los participantes, inicialmente lo ubica en un lugar visible para todos, para luego facilitar el contacto con el objetivo de elicitar la aparición de pensamientos relacionados con el deseo de fumar, registrarlos y discutir acerca de ellos y su posibilidad de control.
- Finalmente, se pregunta a los participantes acerca de su elección frente a la posibilidad de llevar consigo el cigarrillo y las razones para hacerlo. Se reflexiona con los participantes, motivando al no consumo, con base en el fortalecimiento de su razón poderosa para dejar de fumar.
- Por último, se diligencia un formato relacionado con las estrategias empleadas para lograr la prevención de recaídas, el cual se deja como tarea para la siguiente sesión.

Actividad 4

Para finalizar esta sesión, se realiza el entrenamiento en respiración y relajación muscular progresiva de Jacobson.

Sesión 3: Balance decisional para dejar de fumar, autoeficacia e identidad de consumo**Objetivos**

1. Continuar con el seguimiento al balance decisional de los participantes
2. Lograr por medio del balance que los participantes reconozcan las barreras y estrategias que pueden utilizar en el proceso de abandono.
3. Aumentar la confianza de las propias capacidades, así como incrementar la percepción de autoeficacia.

Procedimiento

El profesional da inicio a la sesión con el saludo y registro de asistencia

Actividad 1

- El profesional hace revisión individual del Formato 5, para determinar si hubo o no avance en su elaboración.
- En un segundo momento, se solicita a los participantes que en grupo discutan sobre los beneficios y contras de dejar de fumar y continuar fumando. La finalidad de la actividad es que entre compañeros se retroalimenten y se motiven con respecto a los beneficios de dejar de fumar. El profesional cierra la actividad concluyendo que los contras pueden ser barreras en la consecución de su meta, y hace especial énfasis en las alternativas que les permitan a los participantes sobrepasar sus propias barreras.

Actividad 2

- Una vez los participantes han pensado en las barreras que no les permiten dejar de fumar, el profesional expone algunas estrategias eficaces para dejar de fumar que podrían empezar a usar y les entrega un formato en el que cada uno debe escribir las estrategias que han utilizado, o nuevas estrategias que puedan empezar a usar para superar las barreras. Al finalizar, cada uno las expone ante el grupo, con el fin de que las alternativas de un participante puedan convertirse en las estrategias a implementar por parte de los otros integrantes del grupo.

Actividad 3

- A continuación, el profesional explica qué es la autoeficacia (evaluación que las personas hacen de las capacidades que tienen para resolver una situación que evalúan como problemática). Una vez comprendido el concepto, los participantes deben identificar y escribir en un formato:
 1. Las oportunidades de cambio, es decir, las situaciones o personas que pueden involucrar en su cambio; y, frente a cada una de ellas, deben evaluar si pueden convertirse en facilitadoras o no del proceso de cambio ya iniciado.
 2. Las fortalezas personales, es decir, las características de sí mismos que pueden convertirse en facilitadoras o no del proceso de cambio ya iniciado.
- Al finalizar de esta acción, se les pide que sumen el número de oportunidades con fortalezas y reflexionen si cuentan con suficientes para continuar con el cambio, o si necesitan adquirir más.

Programa de prevención indicada para la cesación del consumo de cigarrillo

- Para dar cierre a la actividad, el profesional trabaja con los participantes acerca de cómo pueden aplicar la autoeficacia en el cambio y la importancia de tener expectativa de resultado positiva. En este momento, el profesional propicia un espacio de socialización para que los participantes que quieran opinar lo puedan hacer

Actividad 4

- Para esta actividad, el profesional les pide a los participantes que hagan un dibujo acerca de su historia de consumo, en el que se pueda evidenciar el momento de inicio y sus razones, cómo se hizo habitual y desde cuándo empezó a identificarse como fumador.
- Para analizar los comportamientos que los hacen ver como consumidores, se retoman las respuestas dadas por cada participante en el cuestionario de identidad de consumo referidas al tema y se cierra la actividad con las preguntas: “¿me considero o no un adicto?” y ¿cuáles serían las acciones que debo llevar a cabo para ganarme la etiqueta de no fumador? Cada participante deberá escribir en un sticker cada una de las acciones, y posteriormente deberá pegarlas en su cuerpo, como un ejercicio simbólico de apropiación para su nueva identidad.

Actividad 5

- Para finalizar, se realiza un entrenamiento en relajación, para que el participante practique la relajación en casa al menos tres veces a la semana.

Sesión 4. Cambiar mi forma de consumo**Objetivos**

1. Motivar que los participantes establezcan metas en el abandono e inicien el cambio.
2. Entrenar a los participantes en el uso de técnicas de autocontrol.

Procedimiento

El profesional da inicio a la sesión con el saludo y registro de asistencia.

Actividad 1

- Se hace una breve exposición sobre el autocontrol y su impacto sobre el abandono del consumo de cigarrillo basada en los siguientes aspectos:
- Se presenta a cada participante el cambio avanzado en el abandono del consumo, y se les indica la importancia de establecer metas más amplias para que sean cumplidas durante periodos de tiempo cada vez más largos.
- Se debe aclarar que la meta a establecer debe ser real y posible de alcanzar.
- Se debe tener en cuenta que la información registrada en los registros de diario es un insumo importante para establecer dicha meta.
- En esta sesión se entrega —para el diligenciamiento individual— un formato sobre metas de cambio personales para que, posteriormente, cada persona exponga a sus compañeros cuál es su meta de consumo establecida y el plazo en que la cumplirá.
- El profesional a cargo pasa a dar explicación sobre el autorreforzamiento —como aquella estrategia por medio de la cual las personas en su vida cotidiana pueden darse “premios” al cumplir con una meta establecida—, que en el caso de los participantes sería por reducir su consumo. Para ello, cada usuario propone su reforzador y lo describe en un formato.

Actividad 2

- Se realiza un entrenamiento en relajación. Para este, el profesional puede repetir alguna de las estrategias ya enseñadas.
- Posteriormente, el profesional a cargo señala las conclusiones finales de la sesión, así como algunas aclaraciones sobre la forma como deben manejar el autorrefuerzo. Se hace la despedida y se establecen acuerdos para la siguiente sesión.
- El participante debe iniciar la aplicación de su programa de reforzamiento.

Sesión 5: Acción y control conductual

Objetivos

1. Incrementar el nivel de compromisos y metas a largo plazo.
2. Entrenar a los participantes en el uso de alternativas para evitar el consumo de cigarrillo y prevenir las recaídas.
3. Evaluar el proceso y avance de cada participante.

Procedimiento

El profesional da inicio a la sesión con el saludo y el registro de asistencia.

Actividad 1

- Dentro del grupo, cada participante comparte su experiencia respecto al cumplimiento de las metas que estableció para la semana y la forma como aplicó el autorrefuerzo.
- Es importante tener en cuenta que el ambiente debe ser propicio para que el grupo opine acerca de las metas expuestas. Cuando todos hayan hablado, se les entrega un nuevo formato de establecimiento de metas, pero que ahora contempla un periodo más amplio, para las registren y las socialicen ante grupo con el refuerzo que nuevamente establezcan.

Nota: el profesional a cargo debe explicar algunos métodos dirigidos a superar las situaciones que facilitan el deseo de consumir y que pueden llevar a una recaída —como el autorrefuerzo, el refuerzo positivo, el contrato conductual, los grupos de apoyo, entre otros—.

- Después, se pasa a explicar el formato dirigido a identificar las situaciones individuales que los ponen en riesgo, y luego a establecer formas para enfrentarlas. Al final del ejercicio, se socializa la actividad.
- El profesional hace un resumen de lo trabajado hasta el momento en la sesión, destacando lo importante que es el proceso de cambio, el establecimiento de estrategias cada vez más efectivas y, por supuesto, el cumplimiento de cada meta planteada.
- Para el cierre de la sesión se lleva a cabo un ejercicio de relajación, y una vez terminada la actividad, el profesional propiciará un espacio de evaluación con los participantes acerca del trabajo desarrollado, y recogerá sugerencias y recomendaciones que retroalimenten el proceso.

Sesión 6 y 7: Trabajo específico sobre aspectos relevantes para cada participante

Objetivos

1. Evaluar el proceso haciendo énfasis en aquellos aspectos individuales que merecen atención específica, pues aun sin ser directamente mantenedores del consumo, se convierten en factores que impactan el mismo —por ejemplo, la ansiedad, el manejo del estrés, la reestructuración cognitiva, entre otros—.
2. Brindar estrategias de para el control de esas condiciones individuales.
3. Aclarar dudas específicas en el proceso individual de cada participante.

Procedimiento

- Estas sesiones se deben llevar a cabo de manera presencial, y pueden ser llevadas a cabo de manera individual o grupal —esta última en la medida en que más de un participante requiera intervención sobre el mismo aspecto—.

Actividad 1

- El profesional debe desarrollar de manera profunda el tema pactado con el(los) participante(s) en la sesión de cierre, desde una perspectiva cognitiva conductual.

Actividad 2

- El profesional brindará las estrategias necesarias para que el participante cuente con las herramientas que le permitan el control o disminución de la(s) variable(s) o elementos que dificulten el mantenimiento de las metas de no consumo.

Sesión 8, 9 y 10: Seguimiento a los 3, 6 y 12 meses**Objetivos**

1. Evaluar el proceso de cesación una vez terminadas las sesiones de intervención.
2. Brindar soporte y estrategias de prevención de recaídas.
3. Evaluar la efectividad a largo plazo de la aplicación del protocolo de intervención.

Procedimiento

Esta sesión puede ser llevada a cabo de forma presencial o vía telefónica.

Actividad 1

- El profesional debe llevar a cabo una sesión de entrevista motivacional corta con el fin de reforzar el proceso de cesación.

Actividad 2

- El profesional aplicará la batería de pruebas, o por lo menos el c4, de manera telefónica, presencial o por correo electrónico.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
de Colombia
Vigilada Mineducación

Editado por la Universidad Católica de Colombia en
junio de de 2020, en tipografía Minion Pro, tamaño 11 pts.

Publicación digital
Hipertexto Ltda.

Sapientia aedificavit sibi domum

Bogotá, D. C., Colombia

LOGOS VESTIGIUM

Programa de
prevención indicada
para la cesación
del consumo
de cigarrillo
Acciones basadas
en evidencia científica

7

El presente libro da cuenta del proceso de validación del programa de acompañamiento por etapas para la cesación del consumo de cigarrillo Px4, basado en el Proceso de Adopción de Precauciones. Se describe en detalle las acciones realizadas según las etapas de cambio que representan los momentos y barreras que debe superar quien decide iniciar el proceso de abandono del consumo de tabaco. Se presentan distintos instrumentos de evaluación, como el Cuestionario de clasificación de consumidores de cigarrillo (C4), que determina el nivel de consumo y dependencia tabáquica; el Cuestionario de clasificación de etapas en consumidores de cigarrillo (CECC), que valora la etapa de cambio en la que están las personas y permite elegir acciones efectivas de cambio; el Cuestionario de expectativas hacia el cigarrillo (CEC), que centra la atención en las creencias que favorecen el consumo y dificultan la cesación; el Cuestionario de motivación (CM), que determina las situaciones que generan tentación de consumo; el Cuestionario de identidad de consumo de cigarrillo (CICC), que determina el grado en que la persona se ve a sí misma como un fumador y si reconoce o no su riesgo; además de la toma de medidas fisiológicas (como tensión arterial, CO pulmonar y capacidad física). Asimismo, se describe en detalle el proceso de cesación, que incluye la realización de acciones de intervención efectivas —como la entrevista motivacional breve, la prevención de recaídas y la psicoeducación—, y se presentan los análisis estadísticos descriptivos y comparativos entre la evaluación inicial y las medidas de seguimiento tras la aplicación del programa. Finalmente, es importante anotar que este libro contiene un buen número de recomendaciones acerca del acompañamiento profesional en procesos de motivación y seguimiento en el abandono efectivo y saludable del consumo de tabaco o cigarrillo.



9 789585 133051