

EL PROCESO DE ADOPCIÓN DE PRECAUCIONES EN LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CONSUMO DE CIGARRILLO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

IVONNE RODRÍGUEZ Y CONSTANZA LONDOÑO*
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA

Recibido, septiembre 23 /2009

Concepto evaluación, mayo 11/2010

Aceptado, mayo 25/2010

Resumen

El presente estudio, con un diseño cuasiexperimental pre – test, pos - test de grupos pareados, tenía como objetivo evaluar el efecto de la aplicación de una intervención basada en el Proceso de Adopción de Precauciones (PAP) en la disminución o abandono del consumo de cigarrillo en estudiantes universitarios de tres Instituciones de Educación Superior. En la investigación se retomaron elementos claves del PAP: motivación, percepción de vulnerabilidad, susceptibilidad, costos y beneficios, balance decisional y cambio como resultado primero de un funcionamiento cognitivo y luego de la planeación, así como el resultado del paso consecutivo por siete etapas. A partir de estos elementos se desarrolló una intervención que se aplicó a través de 6 sesiones de trabajo y al finalizar se compararon los resultados de las pruebas pre y post del grupo experimental con las del control. Para clasificar a las personas en el grupo experimental o en el grupo control se utilizó el Cuestionario para la Clasificación de Consumidores de Cigarrillo (C4) Londoño y Rodríguez, (2007), el Cuestionario de Expectativas hacia el Cigarrillo (CEC) Londoño y Rodríguez, (en prensa) y el Cuestionario de Motivación (Tentación). Los resultados mostraron diferencias significativas entre los grupos en las medidas de nivel consumo, expectativas y motivación, (Londoño y Rodríguez, 2007). Finalmente se discuten estos y otros hallazgos importantes.

Palabras clave: Proceso de Adopción de Precauciones, consumo de cigarrillo, prevención secundaria, adolescentes.

THE PRECAUTION ADOPTION PROCESS IN SECONDARY PREVENTION OF CIGARETTE CONSUMPTION IN UNIVERSITY STUDENTS

Abstract

The present study, that used a quasi-experimental pre-test post-test design for paired groups, aimed at assessing the effect of an intervention based on the so called Precautions Adoption Process (PAP) in the reduction or cessation of smoking in university students from three Higher Education Institutions. The research took into account some key elements of PAP: motivation, vulnerability perception, susceptibility, cost and benefit, decisional balance and change, as a result of cognitive functioning and planning in the first place, and later to the passage through seven consecutive stages. Starting from these elements, an intervention program was developed and implemented in six work sessions. At the end, results from pre-test and post –test measurements of both the experimental and control groups were compared. In order to classify participants for each one of these groups several instruments were used: The Classification of Cigarette Consumers Questionnaire (C4) by Londoño, Rodríguez & Gantiva (in press), the Expectations Regarding Cigarettes Questionnaire (CEC) by Londoño & Rodríguez (2007) and the Motivation Questionnaire (Temptation). Results showed significant differences between groups in the level of consumption, expectations and motivation (Londoño & Rodríguez, 2007). These and other important findings are discussed.

Key words: Precaution Adoption Process, cigarette consumption, secondary prevention and adolescents.

PROCESSO DE ADOÇÃO DE PRECAUÇÕES NA PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO CONSUMO DE CIGARROS EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Resumo

O objetivo deste estudo –com um desenho quase-experimental pré e pós-teste de grupos pareados– es avaliar o efeito da aplicação de uma intervenção baseada no processo de adoção de precaução (PAP) na redução ou cessação do tabagismo entre estudantes de três instituições universitárias. Retomaram-se elementos fundamentais do PAP: motivação, percepção de vulnerabilidade, suscetibilidade, custos e benefícios, balance de decisão e mudança como resultado de uma função cognitiva, do planejamento e da passagem de sete etapas consecutivas. A partir destes elementos, se desenvolveu

* Correspondencia: clondono@ucatolica.edu.co

uma intervenção distribuída em seis sessões de trabalho. Depois, compararam-se os resultados das provas de pré e pós-teste do grupo experimental com as do grupo de controle. Para classificar as pessoas no grupo experimental ou no grupo controle, utilizou-se o Questionário de Classificação de Consumidores Tentativa (C4) de Londoño & Rodríguez (2007), o Questionário de Expectativas para o Cigarro (CEC), de Londoño & Rodríguez (no prelo) e o Questionário de Motivação (Tentação). Os resultados mostraram diferenças significativas entre os grupos nas medidas de nível de consumo, expectativas e motivação (Londoño & Rodríguez, 2007). Finalmente, discutimos estes e outros resultados importantes. *Palavras-chave:* Processo de Adoção de Precauções, tabagismo, prevenção secundária, adolescentes

La conducta de consumir cigarrillo ha sido estudiada por varios autores en diversos contextos y poblaciones, teniendo como referencia la edad (Ariza & Nebot, 2002a), las condiciones de salud (Pardell & Salto, 2004) o el nivel educativo (Ariza & Nebot, 2002b). También se ha indagado acerca de los efectos a corto y largo plazo en el sistema nervioso y la identificación de estructuras cerebrales que intervienen (Villa, Viñas, Ferrer, Caparros, Pérez & Cornella, 2004).

Se ha reconocido que fumar es una conducta compleja en la que intervienen factores sociales de disponibilidad, accesibilidad y publicidad; factores psicológicos de reforzamiento y procesos cognitivos y, en último lugar, dependencia fisiológica de la nicotina (Becoña, 2003). Estas características del problema hacen necesaria una intervención multinivel para prevenir el consumo de tabaco, pues el abordaje debe tener en cuenta las características particulares del grupo, así como los rasgos de personalidad de los participantes. Algunos autores defienden la posibilidad de realizar las intervenciones de manera más integral, reuniendo diferentes niveles de participación individual, familiar, comunitaria, condiciones de vida y políticas (Ockene, Edgerton, Teutsch, Marion, Miller, Genevro, et al, 2007).

El cigarrillo es una sustancia legal cuyo uso puede convertirse en un hábito que pone en peligro la salud de quien lo consume, ya que aunque tiene principalmente un efecto sobre los tejidos directamente expuestos a la sustancia, como son la cavidad bucal, faringe y laringe, termina ejerciendo acción en diferentes órganos entre los que se encuentran el corazón, pulmón, vejiga y próstata. También se ha podido comprobar que el tabaco es la causa de varias enfermedades como bronquitis, cáncer de pulmón, cardiopatías coronarias, y es también un factor causal bien establecido de cáncer de esófago, vejiga, vías urinarias, cavidad bucal y laringe (Salvador, Córdoba, Planchuelo, Nebot, Becoña, Barrueco & Riesco, 2005). Pero a pesar de que los fumadores conocen esos riesgos tanto para ellos como para las personas que están a su alrededor, se les dificulta dejar esta adicción pues el cigarrillo contiene nicotina que genera dependencia física y psicológica entre quienes la consumen.

Algunas personas desarrollan adicción a la nicotina de forma más fuerte que otras y están frecuentemente angus-

tiadas por la incapacidad de dejar de fumar. Investigaciones han mostrado que esta situación se puede presentar debido a una cierta predisposición genética al consumo de cigarrillo, ya que al parecer la nicotina aumenta la concentración de dopamina que afecta los centros de gratificación y placer (NIDA, 2006) asociados a la conducta adictiva. El síndrome de abstinencia, que se presenta cuando hay una disminución o falta total de la nicotina en el cuerpo se caracteriza por cambios en el estado del ánimo, insomnio, irritabilidad, ansiedad, dificultad de concentración, inquietud, disminución del ritmo cardíaco y aumento de peso o apetito (Treviño, Bascaran, Sáiz, Bousoño & Bobes, 2004; Pardell & Salto, 2004).

Se han descrito algunos factores que predisponen la conducta de fumar regularmente, como las pocas actitudes y creencias negativas acerca de fumar y una tendencia al estrés (Villa & et al 2004; Presson, Chassin & Sherman, 2002). Así mismo, el consumo de cigarrillo está determinado por diversos factores socioeconómicos, ambientales, sociales y psicológicos. Por medio de estudios con fumadores se ha logrado reconocer en ellos características particulares que los hacen más vulnerables a la adicción. Una de éstas es la existencia de creencias y actitudes positivas acerca de fumar, o que sencillamente no se piensa que fumar represente un riesgo real para la salud (Jhonsen, Spring, Pingitore & Kaplan, 2002); es decir, que la persona asume una posición pasiva frente al consumo y no lo percibe como algo que le podría traer consecuencias negativas en el futuro. Esta falta de preocupación por las consecuencias a largo plazo es otra de las características de los fumadores (Harreveld, Vander Pligt & Vries, 1999) que dificulta la prevención puesto que le atribuyen importancia únicamente a los problemas a corto plazo que puedan ser fácilmente observables.

El hecho de que una conducta se haga habitual ha sido asociada a los estilos atribucionales, que para Weiner tiene tres dimensiones (De la Torre & Godoy, 2004): a) se debe presentar la atribución interna positiva del comportamiento que se realizó, b) si se produce un resultado agradable, la conducta se repetirá buscando en el futuro la misma sensación, y c) finalmente la persona hace una evaluación de su capacidad para controlar o no la conducta. En el consumo de cigarrillo, la persona mantiene esta conducta

porque la relaciona con emociones agradables como sentir aceptación y pertenencia a un grupo de pares. También emite la conducta de forma estable ya que obtiene resultados positivos siempre al fumar, y especialmente con esta sustancia, a pesar del deseo de abandonar el consumo, no se siente con el control suficiente para dejar este hábito.

Otro componente cognitivo de la dimensión psicológica del consumo es la actitud que el individuo tiene sobre fumar, pues hace un juicio de valor acerca del consumo, ya sea que corresponda a una valoración positiva o negativa hacia la misma. Las personas que fuman le dan mayor importancia a las consecuencias positivas a corto plazo y le prestan menor atención a las consecuencias negativas de sus comportamientos (Harrevel, et al, 1999). Las actitudes están mediadas por las creencias, y tienen fuerte componente cultural. Aunque las actitudes parten de lo que piensa cada persona, son fuertemente influenciadas por el contexto, la familia y la moda. Por ello, a pesar de ser adquiridas desde los primeros años de vida, pueden cambiar durante la adolescencia o adultez, ya sea por la influencia de una nueva idea o persona con un alto componente afectivo y atractivo. Un claro ejemplo es el papel que juegan los medios de comunicación en la formación de actitudes positivas y negativas en torno al consumo de tabaco (Johnsen et al, 2002).

Cabe aclarar, que aunque desde la psicología de la salud se han formulado diversos modelos preventivos, entre ellos los Modelos Cognitivos Sociales (MCS) y los Modelos de Etapas (ME), su difusión y uso han sido limitados, restringiendo su conocimiento a un reducido grupo de psicólogos cuya labor está centrada en la academia sin mayor influencia en el de diseño de campañas o programas de prevención a nivel nacional. Esta importante tarea se le asigna a personas que con mucho empeño, pero sin formación específica, realizan acciones de prevención sin tener en cuenta las características y particularidades de cada grupo. Esto se puede observar en los escasos resultados que dejan estas campañas, pues el consumo de tabaco en los jóvenes no ha disminuido sino que, por el contrario, se ha incrementado (Informe de Resultados de la Encuesta Mundial de Tabaquismo realizada en Bogotá, 2001; NIDA, 2006). Entre estos modelos se encuentran los Modelos por Etapas (MET) el Transteórico (MTT) y el Proceso de Adopción de Precauciones (PAP). El MTT ha sido ampliamente utilizado en la prevención del consumo de tabaco con éxito en la cesación de fumar (Pérez, DiClemente & Carbonari, 1996). El modelo incorpora etapas de cambio como constructo central en el proceso de dejar de fumar (Schuman, Meyer, Rumpf, Hannover, Hapke & John, 2005) y se ha evidenciado que por la validez externa de sus procesos de cambio es un buen pre-

dictor del cambio en la conducta de fumar por seis meses (Prochaska, Velicer, DiClemente & Fava, 1988).

La experiencia ha demostrado que el MTT, a pesar de que tiene una importante limitación teórica y epistemológica, es exitoso en la prevención del consumo de cigarrillo ya que asume el cambio como un proceso y reafirma la necesidad de dar atención individualizada a las personas que desean cambiar. Por su parte el PAP cuenta con una sólida validez teórica y empírica, también es un modelo de etapas con las mismas ventajas y podría tener un alto nivel de efectividad en la cesación del consumo de cigarrillo, así como lo ha mostrado en otros problemas de salud (Weinstein & Lyon, 1998; Weinstein & Sandman, 2002).

El Proceso de Adopción de Precauciones (PAP), modelo desarrollado por Weinstein, cuestiona la forma como una persona adopta una precaución (Londoño, 2007). El PAP asume que se reduce un riesgo cuando la persona tiene una motivación para hacerlo. Los casos en los que se mantiene el riesgo, a pesar de reconocer el peligro, probablemente ocurren porque tienen barreras como la falta de información y motivación, la pobre percepción de susceptibilidad y vulnerabilidad propia, la alta percepción de los costos y, finalmente, la falta de intención que les impide emitir la conducta. Además, concibe el cambio como resultado primero de un funcionamiento cognitivo y luego de la planeación.

Para que se presente el progreso a través de las etapas se necesita conocer la severidad de los riesgos, la susceptibilidad personal, la percepción de los costos y tener clara percepción de los beneficios. Como se había mencionado, este modelo asume el cambio de conducta como un proceso de siete etapas (Weinstein et al, 1998).

Etapas 1. La persona no reconoce que tiene un riesgo y, por ello se encuentra desprevenida y sin información acerca de él. Las acciones en esta etapa se deben centrar en informar.

Etapas 2. La persona reconoce un riesgo, aunque no realiza ninguna acción pues no se percibe vulnerable ni se interesa por cambiar. En esta fase es importante que reconozca la susceptibilidad individual ante el riesgo y la severidad del problema.

Etapas 3. La persona ve como posible la realización de un comportamiento pero no se decide a actuar. Sin embargo, está comprometida e intenta hacer un balance decisional para medir los pro y los contra del cambio conductual; así inicia un proceso de decisión. El balance decisional se presenta cuando la decisión es el producto del reconocimiento entre los aspectos favorables (pros) y los desfavorables (contras) con sus pesos relativos (Flórez, 2003).

Etapas 4. Se caracteriza porque el individuo decide qué hacer. En este momento hay mayor vulnerabilidad de

retroceder, ya que si la persona tiene baja percepción de vulnerabilidad frente al riesgo, abandona el proceso de cambio como efecto del *sesgo optimista – no realista* que lo lleva a pensarse invulnerable (Weinstein et al 1998). Si la persona decide no actuar se quedará en esta etapa o puede tener una recaída.

Etapa 5. La persona decide actuar y realiza un plan de acción en el que evalúa cuándo y cómo emitirá la conducta. Si se hace manifiesta la intención, hay mayor probabilidad de que ocurra el comportamiento saludable.

Etapa 6. En esta etapa se pasa de la intención a la acción y comienza el cambio real. El trabajo debe estar centrado en el autocontrol y manejo de las recaídas.

Etapa 7. Se mantiene la conducta saludable por un buen tiempo y se controlan las situaciones que pueden generar recaídas. El cambio de conducta se produce cuando se transita por las etapas de forma consecutiva, aunque en momentos se pueden presentar retrocesos entre ellas debido a que no se ha logrado superar alguna barrera y este movimiento regresivo es considerado una recaída.

A pesar de esta creciente preocupación por parte de entidades estatales y privadas por desarrollar estrategias de prevención que permitan disminuir el número de personas que fuman, no siempre los esfuerzos han tenido el efecto deseado y, en algunos casos, ha sido mayor el costo en tiempo y dinero que los resultados obtenidos en materia de reducción del consumo. En el caso de los adolescentes el problema es dramático, ya que actualmente la edad de inicio de consumo ha disminuido y se ha incrementado el uso en jóvenes entre los 13 y 18 años. Este dato pasó del 12.7 % en 1993 a 18 % en 1998 (Encuesta Mundial sobre Tabaquismo, 2001), así que la probabilidad de que se presenten efectos negativos por el cigarrillo aumenta. Además, muchos jóvenes incrementan el consumo después de ingresar a la universidad (Organización Panamericana de la Salud, 2001). Por ello es evidente la necesidad de promover investigaciones que aborden el tema del consumo de cigarrillo en población universitaria, en especial si se trata de la aplicación de modelos que cuenten con la validez empírica y consistencia teórica necesaria para garantizar el diseño de programas preventivos que posibiliten la realización de acciones costo efectivas en la prevención secundaria del consumo de cigarrillo en estudiantes universitarios.

Lo esencial de este modelo es el hecho de asumir que en cada etapa se debe recibir un tratamiento especial para lograr avanzar a otra, y una vez logrado el cambio, éste logre mantenerse. Por eso, en el momento de crear un programa de prevención basado en el PAP, es preciso planear la intervención específica de cada fase dependiendo, además, de la problemática y de la población a la que dicha

intervención va dirigida, y de las barreras que se deben superar. Finalmente, a pesar de que el PAP ha sido reconocido como uno de los más eficaces en la predicción de diversas conductas saludables, su utilización específica en la cesación de consumo de tabaco ha sido limitada. En Colombia, Flórez (2003) lo aplico en la prevención de la farmacodependencia en colegios públicos con buenos resultados; por tanto, es oportuno preguntarse si una intervención de prevención secundaria basada en el PAP y dirigida a la cesación del consumo de tabaco resulta ser eficaz en población universitaria.

Estas dificultades disminuirían si se utilizaran modelos teóricos para guiar la prevención (Ariza & Nebot, 2004), como los modelos de etapas que han adquirido relevancia por su eficacia en el momento de prevenir conductas que afectan la salud. Uno de ellos es el Modelo Transteórico, que asume el cambio a través de cinco fases, y que ha sido considerablemente utilizado en el consumo de tabaco, comprobándose que es de los más predictivos en la cesación de fumar (Herzog & Abrams, 1999; DiClemente, Prochaska, Fairhurst & Velicer, 1991; Prochaska, Velicer, DiClemente & Fava, 1988; Segan, Borland & Greenwood, 2004; Suman, Meyer, Rumpf, Hannover, Hapixe & John, 2005; Perz, DiClemente & Carbonari, 1996). Sin embargo, el modelo carece de sustento teórico, pues combina conceptos de diferentes enfoques de la psicología y no se determinan los componentes activos del tratamiento (Londoño, 2007). El otro modelo de etapas es el PAP, que reconoce el cambio como una serie de fases donde la persona supera las barreras a medida que avanza, hasta que finalmente se produce el cambio comportamental (Weinstein & Nicolich, 1993; Weinstein & Lyon, 1998). Este modelo presenta una creciente aceptación por tener la capacidad de facilitar la planificación de intervenciones dependiendo de la etapa de cambio en que estén clasificados los individuos (Cabrera, 2001).

A pesar de que éste se reconoce como uno de los modelos más predictivos para conductas saludables, no se ha hecho una amplia aplicación en el consumo de cigarrillo, aunque sí se ha utilizado en la prevención de otras adicciones o de las adicciones en general, como en el caso del estudio realizado por Flórez (2002), cuyo objetivo era identificar el efecto de un programa utilizando el PAP para la modificación de factores de riesgo de farmacodependencia en niños en edad escolar. El estudio contó con la aplicación de pre prueba y pos prueba en grupo control de lista de espera y grupo experimental. Los resultados obtenidos indican que el modelo es útil en la prevención, aunque se hacen algunas recomendaciones para obtener mejores efectos, como utilizar poblaciones homogéneas, y no utilizar un gran número de sesiones puesto que los

participantes podrían perder el interés sobre el tema tratado. Por tal motivo, en la presente investigación la población contó con características similares y las sesiones grupales no sobrepasaron de cinco.

Ahora bien, otros elementos relevantes en la aplicación del PAP en la presente investigación y que se sustentan como determinantes para la efectividad en la prevención Martínez (2007), son que se centra en un solo tema, en este caso, el cigarrillo; se tiene en cuenta la edad de los participantes, pretende aumentar la percepción de riesgo y las influencias normativas, entrenamiento del equipo preventor, grupos pequeños y, finalmente, la prevención sustentada en un modelo con consistencia teórica comprobada como es el caso del PAP. Por esta razón, se hace necesario utilizar modelos preventivos que garanticen el éxito de los procesos preventivos, Por ello, el presente estudio buscó disminuir la prevalencia del consumo de cigarrillo en adolescentes universitarios mediante la utilización del Proceso de Adopción en Precauciones (PAP). Este modelo considera que se producirá un cambio de conducta a medida en que se pasa por siete etapas, y en cada etapa se realiza una intervención específica. Esta forma de tratamiento facilita tener en cuenta las características particulares de la población objeto, que en el caso de esta investigación son los estudiantes universitarios.

El PAP es uno de los más predictivos, pues no sólo se desarrolla a través de un proceso continuo por las etapas, sino que también toma en cuenta elementos claves para la prevención como son la severidad, la susceptibilidad personal, la percepción de costos y beneficios, la motivación, el balance decisional, las barreras de cada etapa y la recaída. A pesar de las ventajas del modelo, en Colombia ha sido poca su difusión, pues en la mayoría de las intervenciones se utilizan modelos preventivos más básicos pero menos efectivos que no han aportado resultados significativos en la prevención del consumo de cigarrillo. Se hace evidente, entonces, la necesidad de aplicar el PAP en un contexto universitario y diseñar un protocolo que permita utilizarlo adecuadamente para prevenir la adicción al tabaco y a otras conductas que constituyen también un problema de salud pública. Por esta razón, el presente trabajo tiene como objetivo evaluar la efectividad de la aplicación del Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones en la cesación del consumo de cigarrillo en un grupo estudiantes universitarios consumidores moderados de tabaco.

MÉTODO

El presente estudio cuenta con un diseño cuasiexperimental pre -prueba, pos- prueba y retest con grupos

pareados (uno de ellos de controla lista de espera), con una muestra de estudiantes de cuatro instituciones que expresaron su deseo de abandonar el consumo de tabaco, asignados a los grupos al azar. En cada grupo participaron 7 mujeres y 18 hombres, para un total de 25 personas por grupo, que procedían de las ciudades de Ibagué y Bogotá.

Los criterios de inclusión fueron: a) Ser estudiante de una institución de educación superior ubicada en cualquiera de las dos ciudades (Bogotá / Ibagué). b) Nivel de consumo de cigarrillo moderado o alto de acuerdo con el Cuestionario para la Clasificación de Consumidores de Cigarrillo (C4); puntajes mayores de 5, que indican que la persona ha fumado por un tiempo mayor de seis meses pero no superior a 5 años, no pasa de 20 cigarrillos diarios, tiende a tener el humo en la boca, desea dejar de fumar y ha intentado por lo menos en una ocasión; cuando deja de fumar experimenta dificultades para concentrarse, somnolencia y dolor de cabeza. Así mismo se le dificultaría más abandonar el cigarrillo que acompaña a un trago, al de después del almuerzo o el de antes de un parcial. Y c) Al iniciar el proceso la persona debe encontrarse en la etapa 3, 4 ó 5 de acuerdo con la clasificación del PAP.

La convocatoria para la selección de participantes se realizó por medio de las oficinas de Bienestar Universitario de cada una de las universidades participantes. Se hizo el llamado a los estudiantes que tuvieran interés por disminuir o abandonar el consumo de cigarrillo, y luego se aplicaron las pruebas Cuestionario de expectativas hacia el cigarrillo (CEC), Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) y Cuestionario Motivación-tentación. La muestra tuvo un tamaño de 50 personas distribuidas 25 en el grupo experimental, y 25 en el grupo control.

Instrumentos

Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4): El cuestionario diseñado por Londoño, Rodríguez y Gantiva (en prensa) mide el nivel de consumo de cigarrillo en estudiantes universitarios, y clasifica el consumo en leve, moderado y severo. El puntaje máximo obtenido es de 30 y significa que la persona es dependiente a la nicotina, y el puntaje mínimo es 0, cuando la persona no fuma y nunca lo ha probado. En esta prueba se requiere tanto de la variable numérica como de la categórica. La escala de clasificación va de 0 a 30, y se divide en tres niveles de consumo, moderado (5 a 8 puntos), alto (9 a 18 puntos) y dependiente (19 a 30). Para el diseño de esta prueba se tomó como referencia el Test de Fagerström de dependencia a la nicotina (Heatherton 1991; adaptación española de Becoña 2003), y se toman aspectos relacionados con el consumo en estudiantes universitarios. El ins-

trumento se sometió a proceso de validación y obtuvo un α de 0.90, es decir que el instrumento puede utilizarse; sin embargo, tiene la limitación de haberse validado únicamente con estudiantes de psicología, así que se debe tener cuidado al aplicarse con otros estudiantes (Londoño, Rodríguez y Gantiva, en prensa).

Cuestionario de expectativas hacia el cigarrillo (CEC): El cuestionario mide las creencias que el individuo tiene sobre los aspectos positivos que el cigarrillo le aporta a la conducta social y emocional. El instrumento cuenta con 23 afirmaciones que tienen la opción de ser contestadas como verdaderas o falsas, y al aplicarse se obtienen variables categóricas. Este cuestionario se diseñó tomando como referencia el Cuestionario de expectativas hacia el alcohol (AEQ) (Brow, Goldman, Inn y Anderson, 1980; adaptado por Morarios y Natera, 2001; Londoño, García, Valencia & Vinaccia, 2005). Después del proceso de validación se obtuvo un α de 0.92, es decir, que el instrumento puede aplicarse; sin embargo, tiene la limitación de haberse validado únicamente con estudiantes de psicología, así que se debe tener cuidado al aplicarse con otros estudiantes (Londoño y Rodríguez, 2007).

Cuestionario de motivación (tentación): Esta prueba mide la reacción que producen algunos eventos relacionados con el consumo de cigarrillo en las personas que tienen el hábito de fumar. El test consta de 13 ítems que evalúan, en una escala 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. Puntajes altos indican que la persona se siente muy tentada a fumar, y las puntuaciones bajas muestran que la persona asocia estas situaciones con el consumo de cigarrillo. El instrumento se sometió a proceso de validación, y obtuvo un α de 0.95, es decir que el instrumento puede aplicarse; sin embargo, tiene la limitación de haberse validado únicamente con estudiantes de psicología, así que se debe tener cuidado al aplicarse con otros estudiantes. El diseño de este cuestionario se basa en la prueba Motivación – Tentación para el consumo de alcohol diseñada por Flórez (2002), ya adaptada por Londoño y Rodríguez (Londoño & Valencia, 2008).

Procedimiento

Elección de participantes: Primero se realizó la convocatoria por medio de la oficina de Bienestar Universitario a los estudiantes que estaban interesados en participar de la intervención para disminuir o abandonar el consumo de cigarrillo. Luego, se procedió a las entrevistas y a la aplicación individual de pruebas para reconocer a los participantes que cumplían con los criterios de selección.

Conformación de grupos: Cuando se identificaron los participantes se dividieron en dos grupos: experimental y de control. Aunque la participación se organizó por autoselección, para lograr el control de las variables la asignación a los grupos se realizó de manera aleatoria y el psicólogo se encargó de hacer la selección. Primero se llevó a cabo la aplicación de las medidas pre para identificar las características de consumo de cada grupo. Los participantes del grupo experimental fueron clasificados de acuerdo con la etapa del PAP en que se encontraba y se utilizaron únicamente las etapas 3, 4 y 5 para hacer el proceso de intervención.

Intervención: Se diseñaron seis sesiones de intervención cuyo contenido fue evaluado por tres psicólogos especialistas en el tema. Una vez aprobadas se realizaron cinco sesiones grupales durante la aplicación del PAP, y en cada una se desarrollaron actividades específicas para lograr el transcurso por las etapas, además de una individual de seguimiento (véase tabla 1).

RESULTADOS

Finalmente, se utilizaron estadísticos para analizar si la aplicación del PAP sirvió para obtener el objetivo principal. Se analizaron las diferencias de medias intragrupo para las pruebas que arrojaron resultados numéricos y las diferencias de proporciones para las pruebas que se calificaban mediante categorías, ya que estos análisis sirven para el estudio del efecto de un factor sobre variables dependientes. Además, este análisis se utilizó para comparar los GE y GC, tanto en las medidas pre como post. Para los resultados obtenidos por medio del cuestionario de Motivación (Tentación), se utilizó como estadístico la prueba “t” y de esta forma evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medidas numéricas (Hernández, Fernández, Baptista, 2004). En el caso del Cuestionario de expectativas hacia el cigarrillo (CEC) el análisis de resultados se efectuó con la prueba de diferencia de proporciones para analizar si las dos proporciones diferían significativamente entre sí (Hernández, Fernández, Baptista, 2004). Finalmente, el Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) utilizó los dos estadísticos, la prueba “t” y la diferencia de proporciones ya que con este instrumento se obtienen variables numéricas y categóricas; para el cuestionario de etapas se analizó la diferencia de proporciones entre la primera y la última sesión.

La media de la edad fue de 26 años, con un rango entre 17 y 49 años, con niveles de consumo similares en ambos grupos: la mayoría de los participantes estaban en un nivel alto, pocos casos en moderado y dependiente; la mayor

Tabla 1
Descripción de las sesiones realizadas

Tema	Objetivos
Sesión 1. Primer encuentro y reafirmación del deseo por dejar de fumar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer las características generales del grupo y darles a conocer el propósito y objetivos del trabajo a realizar. 2. Propiciar las condiciones para la integración de los jóvenes. 3. Fomentar en los participantes mayor intención por abandonar el consumo. 4. Aumentar la percepción de severidad y susceptibilidad ante el riesgo.
Sesión 2. Balance decisional.	<ol style="list-style-type: none"> 5. Lograr que los participantes se perciban más vulnerables ante los riesgos por el consumo de cigarrillo. 6. Iniciar un proceso de decisión por medio de la identificación de los pro y contra del consumo de cigarrillo y del abandono del mismo. 7. Incrementar el valor dado a los pros. 8. Continuar con el seguimiento al balance de los participantes.
Sesión 3. Balance decisional y autoeficacia	<ol style="list-style-type: none"> 9. Lograr, por medio del balance, que los participantes reconozcan las barreras y estrategias que pueden utilizar en el proceso de abandono. 10. Aumentar la confianza de las propias capacidades, así como incrementar la percepción de autoeficacia.
Sesión 4. Preparación para el cambio	<ol style="list-style-type: none"> 11. Posibilitar que los participantes establezcan metas claras en el abandono de su consumo de cigarrillo. 12. Entrenar a los participantes para que hagan uso de técnicas de autocontrol.
Sesión 5. Acción y control conductual	<ol style="list-style-type: none"> 13. Aumentar los compromisos y las metas a largo plazo. 14. Entrenar a los participantes en el uso de conductas alternativas para evitar el consumo de cigarrillo y las recaídas. 15. Evaluar el proceso de cada participante.
Sesión 6. Seguimiento.	<ol style="list-style-type: none"> 16. Evaluar la efectividad a largo plazo de la aplicación del PAP y brindar asistencia a los participantes al finalizarse el proceso. 17. Aplicar las medidas post 18. Cuando la aplicación del PAP concluía con un grupo, realizar nuevamente todas las pruebas para identificar si la intervención produjo cambios en los individuos y en su nivel de consumo.

parte de los fumadores se encontraban en etapa 3. Con alta motivación hacia el consumo y altas expectativas positivas acerca de los efectos de fumar. Al comparar las medidas pre de los GE y GC, se evidenció que no existían diferencias significativas entre ellos; por tanto, fue posible considerar a ambos grupos como homogéneos (véase tabla 2).

Comparando las medidas pre y post tratamiento, en el GE se evidenciaron cambios estadísticamente significativos en el nivel de consumo ($p = 0.000$), en las expectativas positivas hacia el consumo ($p = 0.000$), en las situaciones de motivación –tentaciones ($p = 0,000$) y en las etapas de cambio ($p = 0,000$), mientras que para el GC no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las medidas (véase tabla 3). En el GE el 64% de los participantes llegó a la etapa 6, es decir, que abandonaron totalmente el consumo, y otro 20% quedó en la etapa 5 que corresponde a la preparación e inicio del cambio. Sólo un 20% continuó consumiendo en un nivel moderado.

Para ilustrar mejor los cambios alcanzados por cada uno de los participantes se presentan las figuras de seguimiento

de cada uno de ellos. En la Figura 1 se presenta la reducción en el nivel de consumo del GE y la permanencia del GC.

Respecto a las etapas de cambio, se muestra en la figura 2 el estancamiento de los participantes del GC en una etapa, principalmente tres o cuatro, y para el GE se evidencia avance en todos los participantes, excepto en cuatro personas que abandonaron las sesiones al haber sido clasificadas en etapa 4, antes de finalizarlo todas entre la sesión tres y cuatro, en las que el trabajo se enfoca en el balance decisional.

A los 21 participantes que finalizaron el proceso se les realizó un seguimiento al mes para identificar si continuaban con la conducta saludable, encontrándose que los comportamientos se mantenían. Posteriormente, entre cinco y siete meses después, se realizó un sondeo vía telefónica a los 21 integrantes del GE y se encontró que cuatro iniciaron nuevamente o incrementaron su consumo. Como característica particular se reconoció, por medio de las pruebas pre, que estos participantes tenían un nivel de consumo dependiente. Uno de los participantes, que al finalizar las sesiones había disminuido el consumo

Tabla 2

Descripción socio demográfica y medidas pre intervención de ambos grupos

Variables	GC		GE		Variable	GC		GE	
	f	%	f	%		Media	ds	Media	ds
Género									
Hombres	18	72	18	72	Consumo tabaco	28,3	4,3	28	5,85
Mujeres	7	28	7	28	Expectativas	11,6	3,1	10,4	3,5
Institución					Motivación	54	7,32	51,4	9,44
Universitaria	21	84	20	80					
Fund. Univ.	4	16	5	20	Niveles consumo	f	%	f	%
					Moderado	3	12	1	4
Procedencia					Alto	20	80	18	72
Ibagué	15	60	5	20	Dependiente	2	8	6	24
Bogotá	10	40	20	80	Etapas				
					Etapa 3	22	88	20	80
					Etapa 4	3	12	2	8
					Etapa 5	0	0	3	12

Tabla 3

Medidas post intervención de ambos grupos y la comparación estadística de sus diferencias

Variable	GC		GE	
	X	ds	X	ds
Consumo	28,4	4,38	7,09	11,9
Expectativas	11,5	3,2	3,04	1,9
Motivación	54	7,32	30,9	9,25
Niveles consumo	f	%	f	%
Moderado	3	12	5	20
Alto	20	80	0	0
Dependiente	2	8	0	0
Etapas				
Etapa 3	22	88	0	0
Etapa 4	3	12	4	16
Etapa 5	0	0	5	20
Etapa 6	0	0	16	64
Variable	t	95% Intervalo de confianza		
	p	Inferior	Superior	Inferior
Consumo Tabaco	0.000	-8,314	-26,4694	-16,14012
Expectativas	0.000	-10,627	-10,07915	-6,86561
Motivación	0.000	-9,464	-28,0618	-18,20868
Tentaciones				

p menor o igual a 0.05; se asumen varianzas iguales ya que los grupos se parearon

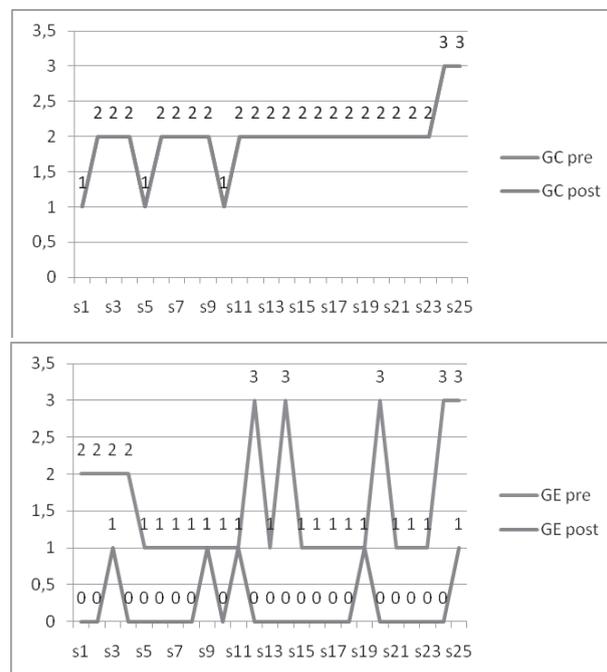


Figura 1. Comparación medidas pre y post del GC y del GE respecto al nivel de consumo (1: moderado, 2: alto, 3: riesgoso; 4: dependiente)

pero no lo había abandonado, lo logró al mes siguiente por medio del autoreforzo y metas establecidas en el proceso.

Finalmente, al obtener los resultados y realizar el análisis estadístico, se comprobó la hipótesis de trabajo ya que la aplicación del Proceso de adopción de precauciones en la prevención secundaria del consumo posibilita la cesación del uso de cigarrillo en estudiantes universitarios consumidores, pues existen diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental en el nivel de consumo de cigarrillo luego de la aplicación del modelo.

DISCUSIÓN

De acuerdo con los datos expuestos es posible identificar que hubo una mayor participación de hombres que de mujeres, dato acorde con las cifras de la Encuesta mundial sobre el tabaco (2001), que observa una menor prevalencia de mujeres fumadoras. Sin embargo, esta misma encuesta muestra el paulatino aumento del consumo en el género femenino, por lo que se esperaba una mayor participación de las mujeres en la intervención. Es de mayor atención que en Ibagué no se presentaron mujeres a las entrevistas ni a las jornadas de inscripción, a pesar de que en la universidad hay mujeres que practican esta conducta no saludable. Otra característica de la muestra objeto de análisis es la edad de los participantes. En los primeros momentos del diseño del programa se esperaba que los

participantes tuvieran una edad máxima de 28 años, pero al presentarse personas mayores de 30 años, fue necesario realizar algunos cambios en las sesiones. De forma similar ocurrió con el nivel de consumo al presentarse consumidores dependientes. Estas dos situaciones se pueden presentar debido a que las personas con más edad y con niveles dependientes de consumo pueden percibirse con mayores riesgos y vulnerabilidad y, por ende, con una mayor preocupación por adquirir hábitos saludables.

Los resultados expuestos reflejan que el programa de intervención breve basado en el Proceso de adopción de precauciones se puede utilizar como estrategia de intervención para la disminución y abandono del consumo de cigarrillo en personas con consumo moderado y alto, y aunque la intervención no estaba diseñada para el consumo dependiente, se obtuvieron resultados positivos también en este nivel.

Por una parte, los resultados muestran que en materia de clasificación y del paso por etapas, los integrantes del grupo experimental cumplieron con los postulados del PAP (Weinstein, Rothman & Sutton, 1998), ya que al iniciar el programa de intervención breve se encontraban entre la etapa tres, cuatro o cinco. Algunos veían posible dejar de fumar, pero no se decidían a actuar lo que los ubicaba en la etapa tres. Los participantes que se encontraban en la etapa 4 estaban en el proceso de decisión, pero aún no estaban totalmente convencidos de dejar el cigarrillo. Por último, los de la etapa 5 manifestaban la intención de ini-

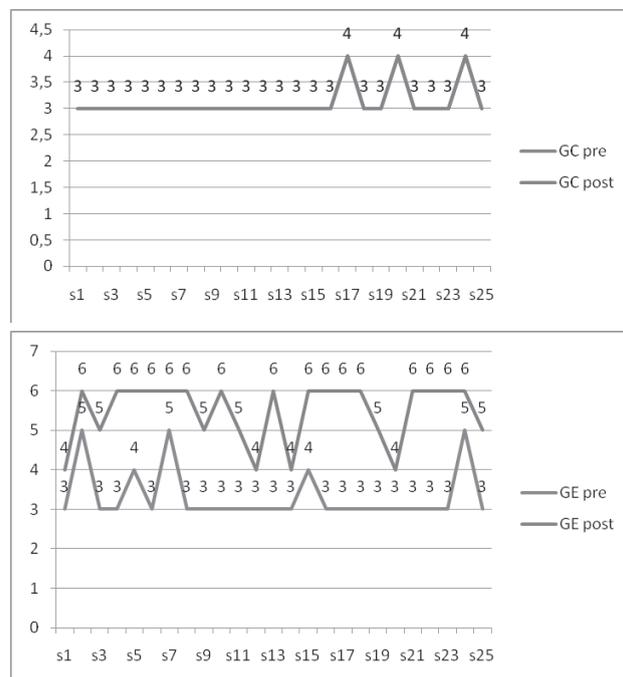


Figura 2. Etapas pre y post de GC y el GE.

ciar el proceso de abandono del cigarrillo, pero no tenían una planeación. Con todos los participantes se utilizaron estrategias para que progresaran a través de las etapas hasta llegar a la 6 donde dejaron de fumar; ahora bien, para obtener estos resultados, las intervenciones se dirigieron a conocer la severidad de los riesgos, la susceptibilidad personal, la percepción de costos y percepción de beneficios, así como han propuesto Weinstein y Sadman (2002).

Además de estos elementos se tuvieron en cuenta los sugeridos por Flórez (2007, 1999) para lograr el cambio en el PAP como el reconocimiento del sesgo, la severidad y la susceptibilidad para otras personas, la aceptación de la susceptibilidad personal, la decisión de tomar la precaución y la toma de precaución. Estos criterios también se corroboraron con la aplicación del programa de intervención para dejar de fumar, obteniéndose no sólo la disminución y abandono del consumo, sino también cambios en la percepción de situaciones tentadoras para fumar y en las expectativas que producía el cigarrillo ante situaciones tanto individuales como sociales. Frente a estas expectativas, se cumplió con una de las características de los modelos por etapas posibilitándose, primero, la planeación y luego, el cambio de comportamiento a través de intervenciones dirigidas a reestructurar las creencias positivas hacia el consumo de cigarrillo. Esto les dificultaba a los participantes ver las consecuencias negativas de dicha conducta en el futuro.

El Proceso de adopción en precauciones se constituye en un modelo que posibilita la cesación del consumo de

cigarrillo en estudiantes fumadores moderados, impulsa al cambio pasando por las etapas, y se identifica como un método satisfactorio para hacer la clasificación por etapas y medir la disposición al cambio. Contrario a esto, el modelo por etapas MTT, de acuerdo con lo expuesto en su estudio por Aveyard, Massey, Parsons, Manasaki y Griffin (2009), no evidenció cambios estadísticamente significativos en el abandono del consumo post intervención con el Modelo transteorico. Sin embargo, las intervenciones fueron más eficaces en las personas que se encontraban en la etapa de contemplación, es decir, que al igual que en el presente estudio, aunque los participantes no habían iniciado un proceso de cambio, ya estaban decididos a adquirir la conducta saludable de no fumar, lo cual facilitó el transcurso por las etapas. Frente a estos resultados se hace necesario adelantar estudios comparativos entre los dos modelos para tener datos más concluyentes que permitan determinar cuál de los dos resultaría más efectivo, ya que las medidas del estudio citado y de la actual investigación no son comparables por lo que no se podría concluir que uno es más efectivo que el otro.

Otro elemento necesario de destacar y que favoreció esta intervención para la adquisición de una conducta saludable, es la preocupación actual por controlar y regular el consumo. Aunque algunos fumadores han encontrado alternativas para continuar con esta práctica, otros asumen una actitud positiva hacia el cambio. Ahern, Galea, Hubbard, & Syme, (2009) expresan, al respecto, que la combinación entre norma social y eficacia colectiva puede tener influencia en con-

ductas saludables, y cuando se da la combinación de normas anti tabaco con alta eficacia colectiva, se logra asociar con menos consumo de cigarrillo. Estas nociones favorecieron la intención de los participantes por dejar de fumar, y las instituciones educativas vieron como favorable el programa de prevención para apoyar sus políticas de hábitos y espacios saludables en los escenarios universitarios.

Ahora bien, la eficacia colectiva puede evidenciarse también en las intervenciones grupales. Autores como Martínez (2007) y Masías (2007) la postulan como un método efectivo en la prevención, pues las intervenciones con grupos pequeños son más interactivas y permiten el avance de los participantes por las etapas. Este paso por las etapas se logró debido a que en la intervención en cada una se diseñó un tratamiento especial para lograr avanzar a otra y superar las barreras. Retomando lo expuesto por Flórez (2003), en la etapa 3 las acciones se dirigieron a disminuir la percepción de costos e incrementar la percepción de autoeficacia. En la etapa 4 se mejoró la auto-identificación frente al riesgo y, finalmente, para que la persona asumiera el cambio, en la etapa 5 se manejaron las contingencias situacionales.

Ahora bien, aun cuando los resultados del programa, en general fueron positivos, cuatro de los participantes del grupo experimental desertaron de la intervención, específicamente entre la sesión tres y cuatro, cuando se realiza el balance decisional, y se entiende que es el momento en que la persona finalmente decide cambiar su conducta por una más saludable o no. Según Weinstein et al (1998), se le conoce como el sesgo optimista no realista, ya que se tiene una baja percepción de vulnerabilidad frente al riesgo, y la persona finalmente decide no continuar con el cambio. Es necesario resaltar, sin embargo, que en general se presentó una alta adherencia al tratamiento, ya que lo finalizó el 86% de los participantes.

En conclusión, dados los resultados la validez de este programa de intervención para dejar de fumar es clara, pues se disminuyó el consumo en los participantes del grupo experimental, mientras que los del grupo control no presentaron variación. Es decir, se logró cumplir con el objetivo general propuesto para la investigación y comprobar la hipótesis de trabajo. No obstante, al realizarse el seguimiento varios meses después, fue posible identificar casos de recaídas, presentadas en las personas que al iniciar el proceso estaban en un nivel dependiente de consumo. Como el programa no estaba diseñado para este tipo de consumo, se evidenció una limitante en el proceso de intervención, por lo que se sugiere hacer una revisión y cambios en el diseño para mejorar los resultados en este tipo de población. De igual forma, se sugiere incrementar las sesiones el control de recaídas y posibilitar mayores estrategias para el mantenimiento de la conducta saludable, que en la presente investigación, es no volver a fumar.

Para finalizar, es oportuno hacer otras observaciones para mejorar futuras intervenciones con el programa de intervención breve para dejar de fumar basado en el PAP. Como primer elemento, se debe realizar una revisión a las sesiones tres y cuatro para disminuir la presencia del sesgo optimista no realista incrementando acciones que conduzcan a mejorar la auto-identificación frente al riesgo. Se hace necesario, también, acompañar este proceso con intervenciones de tipo comunitario para incrementar el número de fumadores que perciben riesgo y vulnerabilidad, y así ubicarlos, no en las etapas 1 y 2 del PAP, sino en la 3, 4 y 5 para que puedan ingresar al programa de intervención breve.

Limitaciones del estudio

La naturaleza del estudio cuasi-experimental hace que la consecución de la muestra se dificulte, y demore el proceso de investigación, obtener dos grupos similares también lo retrasó. Ahora bien, a pesar de estas dificultades, por medio de investigaciones de este tipo se logran avances en el conocimiento.

Otra limitación a la que se enfrentó el programa se relaciona con el tratamiento de personas con niveles de estrés y ansiedad, por lo que se hizo necesario realizar sesiones de apoyo dirigidas específicamente a este tema con las personas que lo requerían. Éstas se realizaron de forma individual y en días diferentes a las sesiones grupales.

Finalmente, se espera continuar trabajando sobre el programa a través de nuevas aplicaciones, y así diseñar un protocolo de intervención específico para población colombiana, haciendo uso del modelo el Proceso de adopción de precauciones.

REFERENCIAS

- Ahern, J., Galea, S., Hubbard, A & Syme, L. (2009). Neighborhood smoking norms modify the relation between collective efficacy and smoking behavior. *Drug and Alcohol Dependence*. 100, 138-145.
- Ariza, C & Nebot, M (2002a). Predictores de la iniciación de tabaco en escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y Lleida. *Revista Española de Salud Pública*. 73 (3) 227-238.
- Ariza, C. & Nebot, M. (2002b). La prevención del tabaquismo en los jóvenes: realidades y retos para el futuro. *Monografía Tabaco*. 16 (2) 15-28
- Aveyard, P., Massey, L., Parsons, A., Manasaki, S & Griffin, C (2009). The effect of Transtheoretical Model based interventions on smoking cessation. *Social Science & Medicine*. 68, 397-403.
- Becoña, E. (2003). El tratamiento psicológico de adicción a la nicotina. *Papeles del Psicólogo*. 85, 48-69.
- Cabrera, G. (2001). Etapas de cambio en consumidores de cigarrillo en Zarzal, Colombia, 1999. *Revista Facultad Nacional Salud Pública*. 19, 2, 33-42.
- De la Torre, C & Godoy, A (2004). Diferencias individuales en las atribuciones causales de los adolescentes y su influencia en el componente afectivo. *Revista Interamericana de Psicología*. 38 (2) 217-224.

- DiClemente, C., Prochaska, J., Fairhurst, S. Velicer, W. (1991). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 59, 2, 295-304.
- Encuesta Mundial sobre Tabaco. (2001). Tabaquismo en jóvenes de Bogotá *Organización Mundial de la Salud*. Bogotá, Colombia.
- Flórez, L. (2007). *Psicología Social de la Salud Promoción y Prevención*. Ed. Manual Moderno, Bogotá.
- Flórez, L. (2003). Cuestionario de etapas integrado a un programa (CEMA – PEMA) para la modificación del consumo abusivo de alcohol: evaluación de etapas y variables intermedias. *Acta Colombiana de Psicología*. 9. 83-104.
- Flórez, L. (2002). Implementación del Proceso de Adopción de Precauciones para la prevención de la farmacodependencia en escolares: sistema de clasificación por etapas. *Acta Colombiana de Psicología*. 7. 103-117.
- Flórez, L. (1999). La salud pública y la psicología de la salud: el papel de la comunidad científica. *Revista Colombiana de Psicología*. 8, 22-29
- Harrevel, F., Vander Pligt, J & Vries, N (1999). Attitudes towards smoking and the subjective importance of attributes: Implications for changing risk benefit ratios. *Swiss Journal of Psychology*. 58 (2) 65-72.
- Herzog, T., Abrams, D., Emmons, K., Linnan, L & Shadel, W. (1999). Do processes of change predict smoking stage movements? A prospective analysis of the Transtheoretical Model. *Health Psychology*. 18, 4, 369-375.
- Johnsen, L., Spring, B., Pingitore, R & Kaplan, B (2002). Smoking as subculture? Influence on hispanic and non hispanic white womens attitudes toward smoking and obesity. *Health Psychology*. 21 (3) 279-287.
- Londoño, C., García, W., Valencia, S.C. & Vinaccia, S. (2005). Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Anales de Psicología*, 21 (2) 259-267.
- Londoño, C. (2007). Construcción del modelo cognitivo social integrado para la prevención del consumo de alcohol en adolescentes universitarios. *Típica, Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 3 (2), <http://www.tipica.org.co>
- Londoño, C. & Valencia, S.C. (2008). Asertividad, resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 11 (1) 155-162.
- Londoño, C., Rodríguez, I. & Gantiva, C. (en prensa). Diseño y validación del Cuestionario de Clasificación de Consumo de Cigarrillo C4. *Revista Latinoamericana de Psicología*.
- Londoño, C. y Rodríguez, I. (2007). *Cuestionario de expectativas hacia el cigarrillo* (CEC documento de trabajo, Universidad Católica de Colombia
- Martínez, E. (2007). Iatrogenia. De las buenas intenciones...al daño preventivo. Documento presentado en el seminario: Prevención basada en la evidencia: comunidades y drogas. Bogotá, Colombia.
- 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.
- Mora-Rios, J. & Natera, G. (2001). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios. *Salud Pública de México*, 43 (2) 89-96.
- NIDA. (2006). Los cigarrillos y otros productos que contienen tabaco. The National Institute on Drug Abuse.
- Ockene, J., Edgerton, E., Teutsch, S., Marion, L., Miller, T., Geneviro, J., Loveland, C., Fielding, J & Briss, P. (2007). Integrating evidence-based clinical and community strategies to improve health. *American Journal of Preventive Medicine*. 32 (3) 244-252.
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). Por una juventud sin tabaco. Adquisición de habilidades para una vida saludable. Washington.
- Pardell, H. & Salto, E (2004). Beneficios de dejar de fumar. *Monografía tabaquica*. 16, 2, 131-142.
- Pérez, C., DiClemente, C. Carbonari, J. (1996). Doing the right thing at the right time? The interaction of stage and processes of change in successful smoking cessation. *Health Psychology*. 15, 6, 462-468.
- Presson, C., Chassin, L & Sherman, S. (2002). Psychosocial antecedents of tobacco chipping. *Health Psychology*. 20 (4) 384-392.
- Prochaska, J., Velicer, W., DiClemente, C. Fava, J (1988). Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56, 4, 520-528.
- Salvador, T., Córdoba, R., Planchuelo, M., Nebot, M., Becoña, E., Barrueco, M & Riesco, J. (2005). *Se puede dejar de fumar: claves para conseguirlo*. Ministerio de Sanidad y consumo, y Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. España.
- Schumann, A., Meyer, C., Rumpf, H., Hannover, W., Hapke, U. John, U. (2005). Stage of change transitions and processes of change, decisional balance and self-efficacy in smokers: a transtheoretical model validation using longitudinal data. *Psychology of Addictive Behaviors*. 19, 1, 3-9.
- Segan, C., Borland, R. Greenwood, K. (2004). What is the right thing at the right time? Interactions between stages and processes of change among smokers who make a quit attempt. *Health Psychology*. 23, 1, 86-93.
- Treviño, L., García, M., Saiz, P., Bousoño & Bobes, J (2004). La nicotina como droga. *Monografía Tabaco*. 16 (2) 143-153.
- Villa, P. Viñas, L. Ferrer, M. Caparros, L. Pérez, C. & Cornella, E. (2004). Dimensiones psicopatológicas asociadas al consumo de tabaco en población universitaria. *Anales de Psicología*. 20 (1) 33-46.
- Weinstein, N & 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.
- Weinstein, N. Nicolich, M. (1993). Correct and incorrect interpretations of correlations between risk perceptions and risk behaviors. *Health Psychology*. 12, 3, 235-245.
- Weinstein, N.D., Rothman, A. & Sutton, S.R. (1998). Stages Theories of Health Behavior: Conceptual and Methodological Issues. *Health Psychology*. 7 () 290-299.
- Weinstein, N.D & Sandman, P.M (2002). The precaution adoption process model and its application. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. 3, 121-143.