

# Validez empírica de los modelos de prevención aplicados a la conducta de fumar

## *Empirical validity of the preventive models applied to smoking behavior*

Constanza Londoño Pérez<sup>1</sup>, Ángela María Torres Mariño<sup>1</sup>  
y Françoise Contreras Torres<sup>2</sup>

### RESUMEN

Se hace una revisión teórica acerca de la validez empírica de los modelos de utilizados en la prevención de la conducta de fumar, de acuerdo con las orientaciones de la American Psychological Association y sus grupos de trabajo. Los modelos fueron clasificados en tres categorías: modelos de prevención bien establecidos, probablemente eficaces y en fase experimental. De acuerdo con el análisis realizado, hasta ahora no es posible clasificar ningún modelo en la primera categoría; en la segunda, puede ubicarse el modelo transteórico, con ciertas limitaciones, y en la tercera se encuentra la mayoría de ellos. No obstante, a pesar de la escasa validez empírica de los modelos utilizados para prevenir el consumo de tabaco, los estudios han proporcionado elementos fundamentales para comprender dicho comportamiento.

**Palabras clave:** Conducta de fumar; Modelos de prevención; Validez empírica.

### ABSTRACT

*Theoretical revision is made about the empiric validity of the models used in the prevention of smoking behavior, according to the orientations of the American Psychological Association and its task force. The models were classified in three categories: well-established models of prevention, probably effective, and in experimental phase. According to the analysis accomplished, up to now it is not possible to classify none of the models in the first category; in the second, it can be located the trans-theoretical model, with certain limitations, and in the third category, most of them can be found. Nevertheless, in spite of the limited empiric validity of the models used to prevent the consumption of tobacco, the studies have given fundamental elements to comprehend such behavior.*

**Key words:** Smoking behavior; Prevention models; Empirical validity.

**A**ctualmente, se reconoce que el problema de salud pública que supone el consumo de tabaco no sólo afecta al usuario sino a las personas no fumadoras que le rodean. Los estudios para calcular la incidencia, prevalencia y enfermedades asociadas al consumo de tabaco únicamente tienen en cuenta a los fumadores directos, ignorando a la gran cantidad de personas expuestas al humo del cigarrillo

<sup>1</sup> Universidad Nacional, Carrera 30, Número 45-02, Bogotá, Colombia. Artículo recibido el 5 de julio y aceptado el 27 de agosto de 2004.

<sup>2</sup> Universidad Santo Tomás, Carrera 9, Número 51-23, Bogotá, Colombia, tel. 3483834. Correspondencia a la dirección electrónica: francoisevenezia@hotmail.com.

que, como fumadores pasivos, también ven afectada su salud debido a la exposición a la nicotina. Lo que se reconoce hoy claramente es que el tabaquismo es una de las principales causas prevenibles de morbilidad en Occidente (Presson, Chassin y Sherman, 2002) que se ha relacionado con cáncer pulmonar, enfermedades respiratorias, trastornos cardiovasculares y alteraciones digestivas, entre otras (Becoña, Palomares y García, 1994).

En los años cincuenta se llevó a cabo el primer estudio epidemiológico controlado que demostró que los fumadores tenían un mayor riesgo de padecer enfermedades relacionadas con la acción de la nicotina, lo cual impulsó desde ese entonces el interés por realizar investigaciones en torno a los efectos del consumo de tabaco, la conducta de fumar y el diseño de intervenciones preventivas dentro de un marco legislativo (Becoña y cols., 1994).

De acuerdo con datos de la Liga de Lucha contra el Cáncer colombiana, en el año 2002 cerca de 5 millones de personas fumaron tabaco, lo que equivalió al 19% de la población. De igual modo, según el Sondeo Nacional de Consumo de Drogas en Jóvenes (1999-2000), realizado en el marco del Programa "Rumbos" y la Alcaldía Mayor de Bogotá, la proporción en Colombia del uso de cigarrillo correspondió al 35.9% de la población joven de las ciudades capitales; además, se observó que la población masculina (40.5%) fumaba más que la femenina (31.5%), diferencia cada vez menor, pues tendió a igualarse en una proporción de 1 a 1 en Barranquilla, Cartagena y Cúcuta. En cuanto a la edad de consumo, se evidenció que el 43% de los fumadores estaba entre los 15 y 19 años, y el 42.8% entre los 20 y los 24 años, encontrándose una mayor proporción de consumo entre los estudiantes universitarios. Estas cifras ponen de manifiesto la atención prioritaria que requiere el consumo de tabaco, fenómeno que, a pesar de los esfuerzos y programas instrumentados, no se ha logrado disminuir (Báez, Deckers, Silva y Gómez, 2003).

Es importante anotar que la conducta adictiva a sustancias psicoactivas es especialmente compleja y que, si bien existen algunas aproximaciones conceptuales, no se ha alcanzado un conocimiento definitivo que la explique. Se han planteado explicaciones centradas en el factor biológico o adictivo de la nicotina, en los factores de

condicionamiento que refuerzan y mantienen el comportamiento (Becoña y cols. 1994), en la funcionalidad de la conducta de fumar para la regulación del estrés, e inclusive se ha supuesto que constituye una estrategia de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986). Hay también planteamientos con un claro enfoque social, en los que se atribuye al fumar una función relevante para lograr aceptación o el ingreso a la vida adulta.

No obstante, cada una de estas aproximaciones conceptuales se ha centrado en uno u otro factor, sin que se agote en ninguna de ellas una explicación concluyente del fenómeno que, como se dijo anteriormente, reviste una gran complejidad. Lo que es evidente es que, tal como sucede con muchas otras conductas, el tabaquismo es un fenómeno multicausado en el que confluyen factores psicológicos, farmacológicos, ambientales, sociales, económicos y políticos.

Lo anterior ha motivado la formulación de modelos teóricos explicativos para evidenciar las variables que pueden actuar para iniciar el consumo de cigarrillo durante la adolescencia; entre ellos se hallan la presencia de amigos o familiares fumadores, la personalidad propensa a la desviación, los ambientes que favorecen la conducta de fumar y el que las personas expresen escasas actitudes y creencias negativas acerca de fumar (Presson y cols., 2002). Otras variables que también han sido ampliamente estudiadas son la influencia de la percepción que tienen los adolescentes de sus pares fumadores, el valor instrumental percibido de la conducta de fumar en términos de imagen de madurez e independencia, la dificultad en la expresión asertiva, el soporte social percibido, la historia familiar de abuso de sustancias y de trastornos psicológicos o psiquiátricos, y el abuso sexual y maltrato durante la primera infancia o en la adolescencia (Dallam, Gleaves, Cepeda-Benito y cols., 2001; MacMillan, Fleming, Streiner y cols., 2001). Dichos factores actúan de manera dependiente del grado de consumo de cigarrillo y de las condiciones particulares de cada individuo. Los no fumadores parecen tener características que los diferencian de los fumadores en general, pero aun entre los fumadores se encuentran niveles de consumo y adicción que al parecer no corresponden necesariamente a las mismas características individuales.

Los niveles de consumo de cigarrillo van desde aquellos cuyo consumo ha sido reducido a una o dos experiencias aisladas, pasando por los fumadores sociales (uno a dos cigarrillos por vez), los fumadores *ligh* (más de cinco unidades por semana) y los fumadores “fuertes”, quienes emiten consistentemente la conducta (más de veinte cigarrillos al día) (Presson y cols., 2002).

Respecto de las diferencias en los factores psicosociales, se ha hallado que los fumadores *ligh* tienen más control regulatorio y menor impulsividad que los fumadores fuertes, pero no se encuentran diferencias en la tendencia a buscar las sensaciones típicas de los usuarios de sustancias legales o ilegales (Kassel, Shiffman, Gnys, Paty y Zetter-Segal, 1994). Los fumadores *ligh* parecen tener también menor frecuencia de síntomas negativos derivados del consumo nicotínico que cualquier otro tipo de fumador, mostrándose relativamente invulnerables a la adicción (Braner, Hatsukami, Hanson y Shiffman, 1996). En el caso de los fumadores fuertes, se plantea que tienen actitudes y creencias positivas hacia el fumar y que su creencia en ello no tiene efectos sobre su salud.

Durante la última década, se han desarrollado modelos de prevención que incluyen algunos de los factores identificados como predictores de la conducta no saludable; el tipo de intervención propuesta está de acuerdo a la relevancia que cada uno de ellos otorga a las variables relacionadas con la conducta de fumar y con el proceso de cesación; dichos modelos podrían clasificarse en tres categorías: el modelo de etapas, los modelos cognitivos sociales y los modelos que no pueden ser clasificados en las categorías anteriores.

### Modelos por etapas

El primer grupo, los modelos de etapas, centran su atención en tres aspectos básicos: el proceso de cambio como un continuo y progresivo acercamiento a la conducta saludable, las etapas que atraviesa el individuo para alcanzar dicha conducta y la motivación relacionada con las barreras que debe sortear para alcanzar la meta del proceso. Entre esos modelos se encuentran el proceso de adopción de precauciones (PAP), de Wenstein y Sandman (cfr. Wenstein, Lyon, Sandman y Cuite, 1998) y el modelo transteórico (MTT), de Pro-

chaska y sus colaboradores (cfr. Prochaska, 2000; Prochaska y Prochaska, 1993; Prochaska y Velicer, 1997).

#### *El proceso de adopción de precauciones (PAP)*

El PAP plantea que el cambio que permite alcanzar la conducta saludable ocurre en un continuo de cinco etapas: 1) percepción del riesgo, la severidad y la susceptibilidad, sumados al valor de las precauciones; 2) riesgo, severidad y susceptibilidad, que se reconoce afectan a otros; 3) aceptación de la susceptibilidad personal; 4) proceso de toma de decisiones sobre adoptar la precaución, y 5) toma de la precaución (cfr. Wenstein y cols., 1998, Flórez, 1998, 1999, 2000). La aplicación del PAP ha demostrado gran efectividad en la predicción de la intención del cambio y en su inicio y mantenimiento (Flórez, 2001).

#### *El modelo transteórico (MTT)*

Este modelo parte de la combinación de diversos componentes provenientes de diversas teorías que explican el comportamiento humano, cada una desde una perspectiva diferente, pero que a juicio del autor son compatibles y ofrecen la posibilidad de alcanzar los objetivos de los programas de prevención respecto de la predicción del cambio, y el cambio comportamental en sí mismo. Como en el PAP, se asume el cambio como un proceso continuo que es posible alcanzar si se proporciona una guía adecuada a las personas que muestran comportamientos de riesgo (Samet y O'Connor, 1998). La decisión que toma el sujeto frente a una situación es determinante y está mediada por variables típicas en cada momento o etapa (Prochaska, 2000; Prochaska y Prochaska, 1993; Prochaska y Velicer, 1997). Este modelo se ha usado como estrategia de prevención de la conducta como fumar, reducción y control de peso, abuso sexual, control de tensión arterial, abuso de sustancias psicoactivas y riesgo de contagio por VIH (Schwarzer y Fuchs, 1996), así como estrategia de promoción para el ejercicio y la dieta y la realización de mamografías preventivas.

Las etapas del modelo MTT son precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. En ciertas investigaciones realizadas (por ejemplo, McDermut y Haaga, 1998;

Prochaska, DiClemente, Velicer y Rossi, 1993) se ha demostrado que las personas se mueven alrededor de diferentes etapas de cambio cuando intentan modificar sus comportamientos, condición que se aplica al caso del hábito de fumar; sin embargo, DiClemente, Prochaska, Fairhurst y cols. (1991) utilizaron este modelo sin hallar diferencias significativas entre precotempladores, contempladores y quienes están en la etapa de preparación, pero plantean que se encuentran diferencias entre ellos en cuanto al nivel de adicción a la nicotina, el número de cigarrillos fumados por día, el nivel de placer experimentado al fumar y el número de intentos de dejar de fumar.

### Modelos cognitivos sociales

Con respecto a la segunda categoría, los modelos cognitivos sociales, como su nombre lo indica, conceden importancia a los factores cognitivos (conocimientos en salud y actitud hacia la enfermedad y el tratamiento) que median la aparición de la conducta saludable y las condiciones de interacción social en las que ésta ocurre, como las características de organización social frente al proceso salud-enfermedad, la percepción de los otros y la evaluación de los sucesos a partir de la interacción social (Conner y Norman, 1996). Entre los modelos cognoscitivos sociales más reconocidos se hallan el modelo de creencias en salud (MCS), la teoría de la acción planeada (TAP), la teoría de la acción razonada (TAR), la teoría de la motivación para la protección (TMP) y el modelo de autoeficacia (MA).

#### *El modelo de creencias en salud (MCS)*

El MCS propone que hay tres factores cognitivos que determinan la conducta saludable: el riesgo de enfermar percibido, la vulnerabilidad y la evaluación de eficacia del tratamiento (Sheeran y Abraham, 1996). La percepción de severidad, la percepción de los beneficios y de la posibilidad de atravesar las barreras existentes se relacionan estrechamente con la adopción de una conducta saludable (Jackson y Aiken, 2000). Este modelo se ha aplicado para modificar el consumo de cigarrillo, pero su principal uso ha sido en los programas de vacunación contra la influenza (Sheeran y Abraham, 1996).

#### *La teoría de la acción planeada (TAP)*

La TAP surge como una extensión de la teoría de la acción razonada, en la que la conducta está asociada a determinantes próximos, entre los que se encuentran la intención como motivación frente al desempeño, el control conductual percibido y la actitud individual acerca de la evaluación del comportamiento, así como la presión social percibida para dicho comportamiento a manera de norma subjetiva (Conner y Sparks, 1996; Norman, Conner y Bell, 1999). Esta teoría ha sido aplicada al comportamiento de fumar para prevenir el inicio y para disminuir procesos de frecuencia y cesación de fumar; también se ha aplicado a la prevención del uso y abuso de otras sustancias, entre ellas el alcohol (Conner y Sparks, 1996).

#### *La teoría de la acción razonada (TAR)*

La teoría de la acción razonada, propuesta por Fishbein en 1967, parte del supuesto de que el hombre es un ser racional que usa de manera sistemática la información que le proporciona el medio y que, por ende, es capaz de decidir racionalmente sobre sus actos; además, plantea que la actitud está asociada estrechamente con el comportamiento y es específica de éste. Por otra parte, afirma que la intención, como motivación personal, actúa como mediadora entre la actitud y la conducta, e introduce otro elemento social clave en la adquisición de la conducta saludable, al que denomina *norma subjetiva*. La teoría de la acción razonada ha sido criticada debido a que sustenta la idea de que para prevenir un riesgo es suficiente con ofrecer información al sujeto y dejar que éste decida; asimismo, se limita a la predicción de la intención, lo que no garantiza la emisión de la conducta saludable (Brannon y Feist, 2001; Conner y Sparks, 1996).

#### *La teoría de la motivación para la protección (TMP)*

La TMP centra su acción en el manejo del miedo a las consecuencias específicas; se piensa que ésta es una razón suficiente para que el individuo actúe, evitando así sufrir las consecuencias identificadas como indeseables. El modelo se ha aplicado en el diseño de múltiples campañas difundidas por los medios masivos de comunicación cuyo fin es

disminuir el consumo de alcohol, pero aún no se le ha utilizado en el consumo de cigarrillos. En general, los resultados obtenidos son poco concluyentes y no se encuentran muchos estudios que analicen la aplicación de dicho modelo.

#### *El modelo de autoeficacia (MA)*

Por su parte, el MA toma el concepto de autoeficacia de Bandura (2001). De acuerdo con el modelo, la capacidad de control real y percibido juegan un papel determinante en el inicio, cambio y mantenimiento de la conducta saludable. Las expectativas sobre el resultado, la capacidad del sujeto y el llamado optimismo funcional del individuo son los elementos base de la teoría. Al igual que otros modelos, incluye las expectativas del riesgo, del cambio comportamental para reducir efectivamente la amenaza y de la capacidad individual de adquirir la conducta específica como condiciones para que ocurra la conducta saludable. De acuerdo con los resultados obtenidos en las aplicaciones, se considera que posee un alto poder predictivo de los cambios conductuales propios de los procesos de prevención (Schwarzer y Fuchs, 1996). Aunque el MA no se considera un modelo de etapas, su autor propone dos fases de acción y una de motivación. No se hallaron aplicaciones específicas de este modelo a la modificación de la conducta de fumar, y sólo hay en la promoción de la higiene oral (Hiller, Brome, Knight y Simpson, 2000), en donde se plantea que el tratamiento de resinas tuvo un efecto positivo sobre la disminución en el uso de cigarrillo y alcohol.

A pesar del trabajo exhaustivo de los investigadores por diseñar y ejecutar modelos aplicables a la conducta de fumar, algunos de ellos no incluyen la evaluación respectiva. Entre los procedimientos sugeridos para ello se encuentran la realización de investigación básica sobre necesidades; el desarrollo de programas con resultados esperados o probables; la aplicación de programas a gran escala que incluyan la evaluación del proceso, los resultados y el impacto; el utilizar grupos experimentales y de control con adecuada selección; el empleo de técnicas que permitan evaluar qué componentes del programa son los que contribuyen a su efectividad, y evaluar los bene-

ficios a largo plazo o realización de fases de seguimiento, entre otros (Becoña y cols., 1994).

Cabe mencionar que estos modelos se han utilizado en diversas conductas. El MCS se ha usado en la predicción de conductas para la toma de rayos X en la tuberculosis, dieta y ejercicio, vacunación contra la influenza, autoexamen de seno, uso de anticonceptivos, conductas de cuidado dental, hipertensión, diabetes, enfermedad renal, conducta sexual preventiva entre hombres homosexuales y en parejas heterosexuales y actividad física (cfr. Molt, Dishman, Saunders Boldero y cols., 2002; 2002; Rosentock, Strecher y Becker, 1994; Sheeran y Abraham, 1996). El modelo de locus de control, al ejercicio físico, conductas relacionadas con el sida y disminución de peso (Norman y Bennett, 1996; Steptoe, Wardle, Vinck y cols., 1994). La TAR y la TAP se han aplicado de manera independiente y en combinación en el uso de la contracepción oral, uso del preservativo en la prevención del sida, solicitud de atención médica, autoexamen de mama y testículos, preferencias alimenticias y dieta (Albarracín, Johnson, Fishbein y Muellerleile, 2001; Conner, Norman y Bell, 2002; Conner y Sparks, 1996; McClaul, Sandgren, O'Neill y Hinsz, 1993). El MA ha sido utilizado para predecir la conducta de cepillado, autodetección de masas en el seno, control del dolor, control de presión sanguínea, resistencia a la coerción, ejercicio físico, nutrición y control de peso (Schwarzer y Fuchs, 1996). El proceso de adopción de precauciones se ha usado en la prevención de guerra nuclear y robo, preparación para terremotos, modificación de estilos de vida, promoción de conductas de diagnóstico, osteoporosis en mujeres, salud dental y cáncer de seno (Sutton, 1996). Finalmente, el modelo transteórico se ha empleado para predecir conductas tales como ejercicio y dieta, realización de mamografía preventiva, reducción y control de peso y control de tensión arterial (Cumbens y MacPearson, 1996; Nutbean y Harris, 1998; Shawrzer y Fuchs, 1996).

Este trabajo pretende realizar una evaluación sobre la calidad, efectividad y pertinencia de las intervenciones que han utilizado estos modelos en la conducta de fumar, de acuerdo con las orientaciones de 1995 de la División 12 de la American Psychological Association y la Task Force,

donde se han sistematizado de manera rigurosa los requisitos que deben cumplir los programas empleados en psicología, pues cada vez hay mayor presión para que aquellos que trabajan en el campo de la salud mental documenten y demuestren la eficacia de los tratamientos en términos de costo-eficacia (Crits y cols., 1995).

De acuerdo con lo anterior, se ha establecido que un tratamiento o intervención es empíricamente validado a partir de las siguientes categorías:

*Tratamientos o intervenciones bien establecidos.* Son altamente especializados y cuentan con manuales de procedimientos claramente definidos y replicables. Se validan mediante estudios con muestras definidas o dos estudios experimentales (de dos investigadores diferentes) con significancia estadística superior a la de efecto placebo o uso de fármacos, que para el caso de la salud se comparan con intervenciones tradicionales centradas en información general sobre la problemática para modelos en proceso de diseño o sobre diversos modelos para comparar la eficacia.

*Tratamientos probablemente eficaces.* De igual modo, son intervenciones especializadas que deben contener manuales, reportar la eficacia en por los menos dos estudios experimentales con grupo control, pero no demuestran eficacia en estudios realizados por autores diferentes.

*Tratamientos en fase experimental.* Este tipo de intervenciones no cumplen con los criterios anteriores y constituyen una amplia gama.

En términos de Chambles y Holton (1998), las terapias empíricamente validadas asumen los tratamientos o intervenciones psicológicas como variables independientes, y los beneficios del paciente o población objetivo como variable dependiente; por lo tanto, es fundamental preguntarse si los datos han demostrado ser benéficos en investigaciones controladas, si pueden usarse en un amplio número de situaciones, pacientes y poblaciones definidos, y si son efectivos en la relación costo-beneficio al compararlos con otras alternativas de tratamiento. Dentro de los diseños de investigación que pueden considerarse eficientes, se encuentran los ensayos clínicos o intervenciones aleatorizados, los diseños de caso único cuidadosamente controlados (no aplicables al caso de la prevención), las comparaciones con grupos sin tratamiento, la comparación con grupos y otros

tratamientos y la combinación de múltiples intervenciones o modelos que incluyan partes separadas de varios tratamientos o intervenciones. Asimismo, es importante tener en cuenta la descripción de la muestra en términos de aleatorización o puntos de corte, la selección de instrumentos validados y confiables o el uso combinado de métodos de recolección de información, la instrumentación de fases y procedimientos de seguimiento, la significancia clínica, el entrenamiento en los terapeutas o auxiliares y los métodos de análisis de datos.

En el análisis que aquí se presenta sólo se incluyen aquellos estudios cuyo objetivo era evaluar la eficacia de un modelo aplicado a la prevención del consumo de cigarrillos. Una vez obtenida la información, se aplicaron los criterios de validación anteriormente enunciados. (De acuerdo con los requisitos planteados, únicamente se hallaron publicaciones donde se utilizaron la TAR, el MTT y el MCS.) Cabe aclarar que el análisis realizado solamente es aplicable a la muestra de investigaciones seleccionadas y no incluye la totalidad de los estudios publicados en el área; además, se debe tener en cuenta el sesgo de publicación, que denota la tendencia a socializar sólo aquellos que muestran resultados positivos.

De acuerdo con el análisis realizado, se concluye que hasta ahora no es posible clasificar ningún modelo en el primer nivel (modelos de prevención bien establecidos); en el segundo nivel (modelos de prevención probablemente eficaces), podría clasificarse el MTT, pues cumple con los criterios de la existencia de un manual. Sin embargo, los estudios han sido llevados a cabo por diferentes investigadores sin criterios de homogeneidad de las muestras poblacionales, no incluyen grupo control, no se han hecho comparaciones con otros modelos de prevención ni se han efectuado mediciones continuas que correspondan al concepto de cambio propio del modelo.

Finalmente, en el tercer nivel (modelos de prevención en fase experimental) se ubica la mayor parte de las intervenciones debido a las múltiples dificultades identificadas en los estudios publicados; entre ellas, la marcada tendencia a intervenir en grupos sin llevar a cabo una comparación con un grupo control; la falta de medidas repetidas de seguimiento del cambio; la limitación de

las medidas a la aplicación de pruebas de autorreporte sin apoyo de medidas fisiológicas que puedan dar cuenta directa del cambio en el consumo de la sustancia, y la conformación de las muestras principalmente por autoselección o intervención en grupos intactos que implican limitaciones en la generalización de las conclusiones y en el control de variables. En este nivel, se clasifican el MCS, la TAP, la TAR, el MA y el modelo de estrés, considerados en fase experimental porque no cumplen los criterios mencionados en los apartados anteriores.

En esta revisión no se encontraron estudios de algunos modelos, como la TMP y el PAP, aplicados a la conducta de fumar; por ende, no es posible concluir nada acerca de su validez empírica. Por otra parte, se encuentran trabajos desde la perspectiva de la prevención en los que no es posible identificar la existencia de un modelo de base que guíe el diseño de la intervención allí propuesta y los indicadores sugeridos para evaluar sus avances.

La mayor parte de las aplicaciones de dichos modelos han estado dirigidas sobre todo a poblaciones consumidoras de tabaco, condición que denota la prevalencia de trabajos dedicados a la prevención secundaria para disminuir la incidencia del problema de consumo, y no aparecen trabajos en prevención primaria a pesar de la importancia que tiene el evitar que aparezcan nuevos casos y

no tener que invertir dinero en programas de modificación conductual o en servicios médicos para las personas que enferman a causa del consumo nicotínico.

A pesar de las dificultades planteadas para evaluar la validez empírica de los modelos, los estudios han hecho aportes importantes respecto de la conducta de fumar y proporcionado elementos fundamentales para la comprensión e intervención orientada a los fumadores y no fumadores. Los aportes más relevantes se han dirigido a la importancia de la percepción de riesgo, la vulnerabilidad en la intención de cambio, los intentos por dejar de fumar, el control conductual percibido y el balance decisional, las variables demográficas asociadas al consumo de fumar y su cesación y el dejar de fumar, entre otros.

Se evidenció que, aunque no se puede hablar de predicción de la conducta saludable, la mayoría de los modelos logra predecir la intención de asumir una conducta específica en los individuos que participan en los programas de prevención, lo que puede aplicarse a distintos tipos de conductas de riesgo y protectoras.

Finalmente, se reconoce la importancia de estudiar poblaciones de consumidores especiales, como es el caso de los llamados fumadores *light*, quienes parecen contar con cierto factor protector frente a la adicción.

## REFERENCIAS

- Albarracín, D., Johnson, B., Fishbein, M. y Muellerleile, P. (2001). Theories of reasoned action and planned behaviour as models of condom use: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127(1): 142-161.
- Alcaldía Mayor de Bogotá (2000). *Sondeo nacional de consumo de drogas en jóvenes (1999-2000)*. Programa Presidencial Rumbos y Unidad Coordinadora de Prevención Integral. Bogotá: Autor.
- Báez, D., Deckers, M., Silva, J. y Gómez, J. (2003). Encuesta de prevalencia sobre el consumo de cigarrillos en la Pontificia Universidad Javeriana. *Universitas Psicológica*, 2(1): 89-94.
- Bandura, A. (2001) Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review Psychological*, 52: 1-26.
- Becoña, E., Palomares, A. y García, M.P. (1994). *Tabaco y salud: guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide.
- Braner, L.H., Hatsukami, D., Hanson, K. y Shiffman, S. (1996). Smoking topography in tobacco chippers and dependent smokers. *Addictive Behaviors*, 21: 233-238.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Thomson Learning.
- Chambless, D. y Holton, S. (1998). Definición de terapias empíricamente comprobadas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1): 7-18.
- Conner, M. y Sparks, P. (1996). The theory of planned behaviour and health behaviours. En M. Conner y P. Norman (Eds.): *Predicting Health Behaviours* (pp. 121-162). Philadelphia, PA: Open University Press.
- Conner, P. y Norman, P. (1996). *Predicting health behaviors*. Philadelphia: Open University Press.

- Conner, P., Norman, P. y Bell, R. (2002). The theory of planned behavior and healthy eating. *Health Psychology, 21*(2): 194-201.
- Crits, Ch., Frank, E., Chambless, D., Brody, C. y Karp, J. (1995). Training in empirically validated treatments: what are clinical psychology students learning? *Professional Psychology Research and Practice, 26*(5): 514-522.
- Cumbens, Y. y McPearson, K. (1996). *Review of health related models of behavior change: Report prepared for departments of health in England*. London: Health Promotion Unit of School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Dallam, S., Gleaves, D., Cepeda B., A., Silberg, J., Kraemer, H. y Spiegel, D. (2001). The effects of child sexual abuse: comment on Rind, Tromovitch and Bauserman (1988). *American Psychological Association, 127*(6): 715-733.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasquez, M.M. y Rossi, J.S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*: 295-304.
- Flórez A., L. (1998). Implementación del proceso de adopción de precauciones para prevenir la farmacodependencia en niños de edad escolar. *Acta Colombiana de Psicología, 1*(7): 20-28.
- Flórez A., L. (1999). *Elaboración e implementación de un programa de educación para la salud dirigido a la promoción y la prevención en adolescentes gestantes*. Bogotá: Universidad Católica de Colombia.
- Flórez A., L. (2001). *El proceso de adopción de precauciones en la promoción de la salud*. Conferencia en el VI Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud. Buenos Aires, Argentina.
- Hiller, M.L., Brome, K.M., Knight, K. y Simpson, D.D. (2000). Measuring self-efficacy among drug involved probationers. *Psychological Reports, 86*(2): 529-538.
- Jackson, K.M. y Aiken, L.S. (2000). A psychosocial model of sun protection and sunbathing in young women: the impact of health beliefs, attitudes, norms, and self efficacy for sun protection. *Health Psychology, 19*(5): 469-478.
- Kassel, J.D., Shiffman, S., Gnys, M., Paty, J. y Zetter-Segal, M. (1994). Psychosocial and personality differences in chippers and regular smokers. *Addictive Behaviors, 19*: 565-575.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- MacMillan, H.L., Fleming, J.E., Streiner, D., Lin, E., Boyle, M., Jamieson, E., Duku, E., Walsh, Ch., Wong, M. y Beardslee, W. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *The American Journal of Psychiatry, 158*(11): 1878-1883.
- Mc Dermut, W. y Haaga, D. (1998). Effects to stage of change on reactivity in continuing smokers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 6*(3): 316-324.
- McClaul, K.D., Sandgren, A.K., O'Neill, H.K. y Hinsz, V.B. (1993). The value of the theory of planned behavior, perceived control, and self-efficacy expectations for predicting health protective behaviors. *Basic and Applied Social Psychology, 14*: 231-252.
- Molt, R.W., Dishman, R.K., Saunders, R.P., Dowda, M., Felton, G., Ward, D.S. y Pate, R.R. (2002). Examining social-cognitive determinants of intention and physical activity among black and white adolescent girls using structural equation modeling. *Health Psychology, 21*(5): 259-467.
- Norman, P. y Bennett, P. (1996). Health locus control. En P. Norman y P. Conner (Eds.): *Predicting health behaviors* (pp. 63-94). Philadelphia: Open University Press.
- Norman, P., Conner, M. y Bell, R. (1999). The theory of planned behavior and smoking cessation. *Health Psychology, 18*(1): 89-94.
- Nutbean, D. y Harris, E. (1998). *Theory in a nutshell: practitioners guide to commonly theories and models in health promotion*. Sidney: National Center of Health Promotion, Department of Public Health and Community Medicine.
- Presson, C.C., Chassin, L. y Sherman, S. (2002). Psychosocial antecedents of tobacco chipping. *Health Psychology, 21*(4): 384-392.
- Prochaska, J. y Velicer, W. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion, 12*(1): 38-48.
- Prochaska, J., DiClemente, C.C., Velicer, W.F. y Rossi, J.S. (1993). Standarized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation. *Health Psychology, 12*: 399-405.
- Prochaska, J.O. (2000). Matched and mismatched interventions with young adult smokers: testing a stage theory. *Health Psychology, 19*(2): 165-171.
- Prochaska, J.O. y Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (Eds.): *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: recaídas y prevención de recaídas* (pp. 34-84). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Rosentock, I.M., Strecher, V.J. y Becker, H.M. (1994). The health belief model and VIH risk behavior change. En R. DiClemente y J.L. Peterson (Eds.): *Preventing AIDS: theories and methods of behavioral interventions* (pp. 5-24). New York: Plenum Press.
- Samet, J.H. y O'Connor, P.G. (1998). Alcohol abusers in primary care: readiness to change behavior. *The American Journal of Medicine, 105*(4): 302-306.



- Schwarzer, R. y Fuchs, R. (1996). *Self-efficacy and health behaviors*. En P. Norman y P. Conner (Eds.): *Predicting health behaviors* (pp. 163-196). Philadelphia: Open University Press.
- Sheeran P. y Abraham, Ch. (1996). *The Health Behaviors Model*. En P. Norman y P. Conner (Eds.): *Predicting health behaviors* (pp. 23-61). Philadelphia: Open University Press.
- Steptoe, A., Wardle, J., Vinck, J., Tuomisto, M., Holte, A. y Wichstrom, L. (1994). Personality and attitudinal correlates of healthy and unhealthy lifestyles in young adults. *Psychology and Health*, 9: 331-343.
- Sutton, S. (1996) Can “stages of change” provide guidance in the treatment of addictions? A critical examination of Prochaska and DiClemente’s model. En G. Edwards y C. Dare (Eds.): *Psychotherapy, psychological treatments and addictions* (pp.189-205). Cambridge, UK: Cambridge Institute.
- Wenstein, N., Lyon, J., Sandman, S. y Cuite, C. (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.