

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO DESDE UN ENFOQUE PSICOLÓGICO

PREVENTION AND TREATMENT OF SMOKING FROM A PSYCHOLOGICAL APPROACH

Recibido: 08 de octubre de 2012/Aceptado: 23 de octubre de 2012

LISMARY PEDRAZA DURÁN*, OSANA MOLERIO PÉREZ**
ROSANAILY ÁLVAREZ LAUREIRO***, YANELY HERNÁNDEZ VALDESPINO****
YOHANDRA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ*****
Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas - Cuba

Key words:

Smoking, Prevention,
Psychological intervention.

Palabras clave:

Tabaquismo, Prevención,
Intervención psicológica.

Abstract

Preventing addiction is one of the topics of health and public good addressed in more recent decades, in particular by international institutions such as The World Health Organization and The Pan American Health Organization (PAHO and WHO). In this regard, the present review paper pursues theoretical insight into the theoretical and methodological aspects related to the prevention and treatment of tobacco from a psychological perspective. It addresses relevant psycho-education to prevent this addiction, especially among young people, who are the backbone of our future society. It also addresses treatments from the realm of psychological science which have shown relevance regarding this important health issue. In general, it incorporates a systematization of relevant aspects of smoking in order to contribute to the preparation of professionals today facing this significant challenge.

Resumen

La prevención de las adicciones es uno de los temas de salud y de bien público más abordados en las últimas décadas, en particular, por parte de instituciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En este sentido, el presente artículo de revisión persigue como objetivo profundizar en los aspectos teóricos y metodológicos relacionados con la prevención y tratamiento del tabaquismo desde una perspectiva psicológica. Se aborda la psicoeducación como alternativa pertinente para la prevención de esta adicción, especialmente en los jóvenes, quienes constituyen el pilar de la sociedad del futuro. Asimismo, se exponen los tratamientos que desde la ciencia psicológica han demostrado pertinencia en este importante problema de salud. En sentido general, se incorpora una sistematización de aspectos relevantes sobre el tabaquismo con el objetivo de contribuir a la preparación de los profesionales que hoy enfrentan este significativo reto.

* Profesora Asistente y Coordinadora del Centro de Bienestar Universitario. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas.
Email: lismarypd@uclv.edu.cu

** Profesora titular Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas.

*** Profesora Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas.

**** Licenciada. Vinculada a la Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas.

***** Magíster. Vinculada a la Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, resulta cada vez más importante comprender la relevancia que poseen las enfermedades crónicas, sobre todo teniendo en cuenta que su impacto aumenta de manera sostenida en numerosos países desarrollados y subdesarrollados (OMS, 2009). En este sentido, la drogodependencia se ha convertido en uno de los asuntos de mayor interés por su aumento sostenido durante los últimos años, que se debe prevenir e intervenir no solo por sí misma, sino por su asociación con una amplia gama de problemas de salud, sociales y económicos; además de su significativo impacto familiar, conforme lo menciona Mayor (2010).

El consumo de sustancias psicoactivas se inicia cada vez más tempranamente en los jóvenes, tornándose así más vulnerables. Se sabe al respecto que la búsqueda de sensaciones representa uno de los principales motivadores de consumo tanto de cigarrillos como de otras drogas en esta franja de la población; de modo que la curiosidad por la experimentación y la conducta impulsiva constituyen factores que determinan la iniciación en el consumo. Por otro lado, también se reconoce el papel del estrés y de las emociones negativas como potenciadores del consumo de drogas, en tanto algunos jóvenes describen que acuden al mismo como vía de escape de situaciones conflictivas.

Más en concreto, Becoña (2004) afirma que el inicio en el consumo de sustancias psicoactivas mantiene estrecha relación con la percepción de riesgo que los jóvenes poseen sobre estas. A su vez, el consumo de drogas puede verse afectado por la diferencia existente entre las

sustancias como consecuencia de la legalización de algunas; siendo las drogas legales las de mayor incidencia en la actualidad.

La conducta de consumir cigarro ha sido estudiada por varios autores en diversos contextos y poblaciones, teniendo como referencias la edad (Ariza & Nebot, 2004), las condiciones de salud (Varona, García, René & Molina, 2010) o el nivel educativo (Ariza & Nebot, 2004). También se ha indagado acerca de los efectos a corto y largo plazo en el sistema nervioso y de la identificación de estructuras cerebrales que intervienen (Pérez & Cornella, 2004).

Diversas investigaciones han reconocido, además, que fumar es una conducta compleja en la que intervienen factores sociales de disponibilidad, accesibilidad y publicidad; factores psicológicos de reforzamiento; procesos cognitivos y, en último lugar, dependencia fisiológica a la nicotina (Becoña, 2004b). Estas características del problema hacen necesaria una intervención multisectorial y multidisciplinaria para prevenir el consumo de tabaco, pues el abordaje debe tener en cuenta las características particulares del grupo que rodea al fumador, así como los rasgos de su personalidad (Gómez, 1997). Los elementos antes expuestos evidencian la necesidad de realizar investigaciones en este sentido, e implementar acciones educativas, preventivas e interventivas para enfrentar este problema de salud.

REVISIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL DEL TEMA

En la presente revisión teórica, se incorpora una

sistematización de aspectos relevantes sobre el tabaquismo con el objetivo de contribuir a la preparación de los profesionales que hoy enfrentan este significativo reto.

La prevención del tabaquismo: Una necesidad de nuestro tiempo

Numerosos países se encuentran enfrascados en una ardua lucha contra el tabaco, pero para tener éxito en esta lucha se requieren estrategias globales. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) adquirió fuerza jurídica obligatoria el 27 de febrero de 2005, y tiene como objetivos: reducir el consumo en los jóvenes, contribuir a que los fumadores abandonen la adicción y proteger a los no fumadores de la exposición al humo ambiental del tabaco (Suárez & Campos, 2010).

Para ello, la OMS ha realizado una intensa actividad en función de la prevención del consumo tabáquico, que se plasma en diferentes programas y planes de acción en el ámbito internacional. Las líneas generales de estas actuaciones son:

- Prohibición de publicidad directa e indirecta.
- Inclusión en las cajetillas de tabaco de anuncios y advertencias sobre sus efectos adversos.
- Promover que los países miembros regulen el contenido por cigarrillo de CO (10 mg), alquitrán (10 mg) y nicotina (1 mg).
- Impresión en las cajetillas del contenido en CO, alquitrán y nicotina.
- Promover políticas fiscales en las que el impuesto por cajetilla sea al menos el 50% del importe de los cigarrillos.

- Medidas anti-contrabando de tabaco.
- Promover que los países miembros hagan restricciones para la venta de tabaco.
- Promover que los países miembros hagan restricciones al consumo en lugares públicos y lugares de trabajo.
- Establecimiento de programas basados en pruebas para el abandono del tabaco.
- Programas educativos para informar a los jóvenes de los peligros del tabaco y de las presiones que sobre ellos ejercen los anuncios publicitarios sobre tabaco.

A pesar de todo, para que la prevención del consumo de tabaco tenga éxito, es necesario comprender por qué se desarrolla esta clase de comportamiento. Disponiendo de este conocimiento, podremos actuar con mayores probabilidades de eficacia sobre aquellas variables susceptibles de ser modificadas. En este orden de ideas, la detección precoz de factores de riesgo asociados a la aparición del tabaquismo constituye un paso elemental para impedir la instauración de comportamientos no saludables respecto a este, pues su propósito se centra precisamente en la planificación de acciones o sistemas de acciones (estrategias) cuyo objetivo está directamente vinculado con la capacidad de evitar o impedir que un evento percibido como inaceptable se materialice.

Para ello se necesita de la protección y promoción de la salud; la detección y prevención de las enfermedades, y la corrección de sus consecuencias; la identificación de los riesgos y la protección de los grupos vulnerables a ellos. Becoña (2006) refiere que en el caso de las drogodependencias las acciones se dirigen primero a

impedir o retrasar la aparición de conductas de consumo, uso y abuso de las distintas drogas.

En este sentido, se hace necesario establecer algunas precisiones sobre conceptos que son muy cercanos y suelen emplearse indistintamente:

- Vulnerabilidad: Es el conjunto de situaciones personales y sociales que dejan a las personas frágiles o indefensas. Al considerar este aspecto, debe tomarse en cuenta que los factores culturales, sociales, económicos y políticos de una sociedad influyen en los comportamientos individuales de ellas y pueden dificultar la implantación de las medidas de prevención que las alejan del riesgo.
- Percepción de riesgo: Se entiende como la vulnerabilidad percibida por la persona de considerarse en riesgo o no de enfermarse. Es una variable psicosocial que influye en las decisiones, pero por sí sola no determina la adopción de conductas saludables.
- Percepción de severidad: Es la concepción que tienen las personas sobre una enfermedad. Mientras más amenazante y severa la perciban, tendrán mayor disposición para adoptar las medidas que puedan evitarla.

Un elemento esencial en la prevención del tabaquismo lo constituye, como ya hemos visto, la percepción de riesgo en tanto configuración psicológica que mediatiza el proceso de toma de decisiones por parte del sujeto frente al consumo tabáquico. Por su parte, Beltrán (2003) la define como el reflejo generalizado de un objeto o fenómeno de la realidad y que deviene

conscientemente en el sujeto. Precisamente, su particularidad consiste en que, a la vez que refleja el objeto o fenómeno, se concientiza la amenaza que este representa para el individuo. Es importante saber, además, que la percepción de riesgo puede estar influida por elementos como la cultura, el género y la experiencia anterior de las personas.

Por su parte, la comunicación del riesgo es un proceso interactivo de intercambio de información y opiniones entre individuos, grupos e instituciones en que se involucran múltiples mensajes sobre el riesgo, su naturaleza o los arreglos legales o institucionales para su manejo. La comunicación de riesgos busca informar a las personas y hacerlas participar en la toma de decisiones. Es una manera de retroalimentarse con respecto a las inquietudes, preocupaciones e información que pudiesen tener. Ello se logra al incrementar el nivel de las discusiones públicas alrededor de los riesgos, mientras se comunica claramente qué se debe y qué no se debe hacer con respecto a un problema de salud (Salvador, 2010).

Además, la elaboración de los mensajes debe tomar en consideración otras variables sociodemográficas y sociopsicológicas de las personas a las cuales van dirigidos. He aquí algunas recomendaciones sobre el desarrollo de los mensajes: deben ser claros y sencillos, para lo cual deben enfatizar en los puntos más importantes, limitando el número de ideas a un solo material. Igualmente, se deben identificar el (los) beneficio (s) que comporta el cambio de comportamiento, respaldándolo con información relevante y propiciando un sentimiento apropiado con la información que se está transmitiendo.

Además, se recomienda emplear fuentes creíbles para transmitir la información, así como el uso de mensajes atractivos, emotivos y testimoniales.

En la literatura científica, se describe la regla de las ocho “ces” en la comunicación de los mensajes: credibilidad de la fuente, contexto en que se emite, claridad del contenido, comprensibilidad de los textos, continuidad, canales variados, capacidad del oyente y coherencia del mensaje.

Una efectiva educación para la salud no puede lograrse exclusivamente a partir de la transmisión de información, obviando, en consecuencia, el papel de los aspectos psicológicos inherentes a la comunicación y a la asimilación de mensajes de salud y los que se refieren a la formación de nuevas conductas y estilos de vida (Álvarez, 2006; Grau & Guibert, 1997). Por ello resulta necesario involucrar procesos que propicien la autorregulación y favorezcan el proceso de adopción de precauciones (Flórez, Álvarez & Vázquez, 2010; Guibert & Grau, 1997). Por eso, se insiste en que es necesario buscar nuevas y más efectivas formas de transmitir mensajes de salud, esto es, mensajes que desarrollen motivaciones y actitudes de autocuidado y que se concreten en conductas protectoras efectivas (Flórez, Álvarez & Vázquez, 2010; Grau & Guibert, 1997).

Al respecto, se coincide con Beltrán (2003) cuando señala que lograr una estimulación acerca de la percepción de riesgo del hábito de fumar desde la educación para la salud implica un conjunto de principios que son elementales para lograr un resultado positivo, cada

uno de los cuales se relaciona con una recomendación para los especialistas que trabajan el tema:

- Lograr una percepción de riesgo correcta implica ver a la salud como un proceso continuo y no como la oposición a la enfermedad, dado que a veces algunas afectaciones, entre las que se cuentan el hábito de fumar, no evidencian un efecto real y directo sobre la salud del que consume el tabaco.
- Educar a las personas es mucho más que transmitir conocimientos. Significa más bien estimular el desarrollo de concepciones personales sobre la vida: es influir en la regulación de su comportamiento actual, así como en sus proyecciones y metas futuras.
- Como los efectos del tabaco tienen su consecuencia a largo plazo, implican que el hombre asuma una perspectiva de vida actual y futurista que le den una visión optimista, en la que juegan importante papel las formaciones psicológicas de la autoconciencia, la autovaloración y la autorregulación.
- Las concepciones sobre el cambio actitudinal deben estudiarse de manera dinámica, para lo que se propone asumir las teorías de la Escuela Histórico-Cultural, para las cuales el cambio implica un proceso personal de concientización del riesgo y, con ello, de interiorización como base para su resultado.

La Psicoeducación como alternativa para la prevención del tabaquismo

El concepto “Psicoeducación” fue enunciado por

primera vez en 1911, y concretamente por John E. Donley en “Psychotherapy and re-education”, apareciendo más tarde en 1941 en el título del libro *The Psychoeducational Clinic*, escrito por Brian E. Tomlinson (citado por Cárdenas, Guerra & Pérez, 2011). En la actualidad, su desarrollo se atribuye al investigador norteamericano C.M. Anderson en el contexto del tratamiento de la esquizofrenia. La investigación de este último autor se concentró en educar a los familiares con respecto a los síntomas y al proceso de la esquizofrenia, desde la consolidación de la autoridad social y en el mejoramiento del manejo que los miembros de la familia le dan a la enfermedad (Treto, 2009, citado por Álvarez, Pedraza & Molerio, 2012).

Según la terapia del comportamiento, la psicoeducación tiene sus orígenes en las habilidades sociales y emocionales del re-aprendizaje del paciente. Y en los últimos tiempos, el trabajo con los grupos se ha hecho de manera sistemática, pues se ha comprobado que así los conocimientos se hacen más entendibles (Cárdenas, Guerra & Pérez, 2011). Esta categoría ha sido objeto de evolución y desarrollo en los últimos años. No solo se amplió su definición, sino el campo en el cual se aplica y las personas a las que va dirigida. De modo que se pueden encontrar conceptos diferentes en relación a ella.

En este sentido, Barter (1984, citado por Pérez, 2009) la define como el empleo de técnicas, métodos y enfoques educativos cuyo objetivo es la superación de los efectos discapacitantes de la enfermedad mental o el constituir un complemento al tratamiento del enfermo mental, normalmente sin ser incluido en un tratamiento continuo o formando parte de un programa de investiga-

ción (Cárdenas, Guerra & Pérez, 2011). Por su parte, Almendras (2002, citado por Rodríguez y Molerio, 2009) expresa que la Psicoeducación consiste en un proceso a través del cual el individuo, la familia y la comunidad se informan, se convencen, se fortalecen y se educan acerca de un problema de salud mental, convirtiéndose en protagonistas del proceso de salud.

La tarea psicoeducativa, por tanto, promueve el afrontamiento del problema, es decir, que la situación sea aceptada y, por ende, asumida; que la persona se posicione críticamente frente al problema para que comience a pensar en un nuevo proyecto vital (Treto, 2009, citado por Álvarez, Pedraza & Molerio, 2012). De este particular emerge, en el caso propiamente del tabaquismo, la necesidad de poseer un conocimiento profundo en torno a la temática, ajustado a una percepción de riesgo adecuada, pues ello favorece actitudes críticas y de afrontamiento del hábito. Tales afirmaciones sustentan, al fin y al cabo, que la psicoeducación no solo se utilice en el tratamiento de trastornos psicopatológicos como esquizofrenia, depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, entre otros, sino que también se incluya en el contexto del tratamiento de una enfermedad física (Pérez & Pérez, 2009, citados por Hernández, Pedraza & Molerio, 2012).

La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad. En aras de lo cual se refuerzan los recursos, habilidades y fortalezas del paciente para hacerle frente a su enfermedad y así evitar, a corto plazo, una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo. Se parte del supuesto de que mientras mejor conozca el paciente su propia

enfermedad, mejor puede vivir con su condición (Cárdenas, Guerra & Pérez, 2011).

De especial relevancia, en la concepción de acciones psicoeducativas para la prevención del tabaquismo, resultan los postulados del enfoque histórico-cultural; en tanto se asume como principio la posibilidad del desarrollo a través del aprendizaje, el papel que desempeñan los otros en este proceso en el que se amplía y actualiza la zona de desarrollo próximo del sujeto, así como el reconocimiento del papel de la vivencia como la unidad básica de la formación psicológica. En esencia, desde esta perspectiva, el programa debe convertirse en una herramienta que permita desarrollar la promoción de cambios psicológicos del individuo dirigidos a la potenciación de sus recursos para autorregular su comportamiento (Vigotsky, 1979; 1987).

Es de esta manera como el tratamiento del tabaquismo desde una perspectiva psicoeducativa permite generar conocimientos de tipo individual y colectivo para aquellas personas dependientes, extendiéndose a quienes los rodean. De modo que autores como Arévalo & Maldonado (2003, según lo referencian Hernández, Pedraza & Molerio, 2012) identifican la Psicoeducación como un aprendizaje experiencial acerca de sí mismo, de la propia enfermedad, donde el enfermo debe implicarse activamente en su tratamiento. Este conocimiento debe irse aplicando a la mejora de la calidad de vida y contribuir con su desarrollo personal. En este término, se funden dos ámbitos: la salud y la educación, pues se trata de un trabajo intelectual matizado por las formas de decir, de parte de los diversos protagonistas, los episodios cotidianos, los hechos y acontecimientos que objetivan y materializan la realidad.

La metodología que sigue este tipo de intervenciones puede ser efectuada en discusiones individuales o en grupos, y es llevada a cabo por psicólogos o algún miembro del equipo de salud preparado para estos fines; aunque también existen psicoeducaciones por pares o en grupos de autoayuda.

Para cumplir con estas exigencias, se debe desarrollar y fortalecer en los individuos o grupos la responsabilidad por el autocuidado y el respeto a los derechos de los demás, supliendo las necesidades educativas que poseen respecto a la problemática que les atañe, y disponiendo de habilidades comunicativas, creatividad y conocimientos suficientes para abordarla. Finalmente, durante todo este proceso, resulta de vital importancia asegurar que cada una de las actividades vaya acompañada de un sistema de evaluación permanente. Mediante este mecanismo, tendremos la capacidad de dar seguimiento a las intervenciones y, al mismo tiempo, lograremos identificar los errores generados (Salvador *et al.*, 2010).

Algunos autores defienden la posibilidad de realizar las intervenciones de este tipo de manera más integral, reuniendo para ello diferentes niveles de participación individual, familiar y comunitaria (Genevros *et al.*, 2007, citados por Rodríguez & Londoño, 2010). Desde esta visión, resulta importante considerar las peculiaridades de la población con la que se trabaja, y específicamente de la muestra que es objeto de estudio, partiendo de modelos teóricos consistentes, que permitan la comprensión del fenómeno. Esto guiará las acciones, que de manera puntual serán trazadas para garantizar así mayores niveles de efectividad.

Otros investigadores, basándose en disímiles trabajos, consideran que las intervenciones preventivas en el medio escolar son efectivas a corto término, siendo mucho menor el mantenimiento del efecto a mediano y largo término (Ariza & Nebot, 2004). Con relación a esto, sería oportuno valorar la efectividad de estas intervenciones, pues, si se cumplen las expectativas y objetivos propuestos, su duración no debe ser limitada, sino que debe alcanzar una modificación en los esquemas mentales del sujeto y, por consiguiente, en su comportamiento actual y futuro.

Todas estas cuestiones están relacionadas con la preparación desde el punto de vista teórico y metodológico del profesional que las ejecuta, los años de experiencia en el tema, su creatividad y motivación, sin descuidar el manejo adecuado de las normas éticas que rigen cada investigación. Es sin duda un terreno movedizo, en el que los límites a veces se tornan difíciles de establecer, poniendo en encrucijadas a quienes las acatan.

Alternativas para el tratamiento del tabaquismo

A diferencia de épocas pasadas, hoy tenemos un gran número de tratamientos para dejar de fumar. Además de los ya clásicos tratamientos psicológicos, que cuentan con más de 40 años de historia de efectividad, se han desarrollado eficaces tratamientos farmacológicos, como la terapia sustitutiva de la nicotina y el bupropión; y procedimientos de autoayuda, como manuales de tratamiento, folletos y el consejo médico. No obstante, es necesario saber cómo manejarlos adecuadamente para optimizar su utilización. En este sentido, es importante

enfatar en los aspectos más formales del tratamiento, como los relacionados con el proceso de dejar de fumar. El conocimiento de ambos es la clave del éxito o del fracaso en muchas de nuestras intervenciones (Becoña, 2004).

El tratamiento psicológico del tabaquismo

Consiste en una intervención asistencial basada en modelos teóricos validados experimentalmente y desarrollados a través de la aplicación de técnicas y métodos propios de la Psicología. Su aplicación clínica requiere la intervención de un profesional de la Psicología debidamente acreditado (Labrador *et al.*, 2003, citado por Becoña, 2004) y su finalidad consiste en identificar, diagnosticar, orientar y ayudar a la persona a afrontar el malestar que experimenta, pero tal ayuda no se limita a conseguir el control de los síntomas, sino a devolverle el equilibrio psicológico en la medida de lo posible.

De esta forma, puede realizarse, por ejemplo, un tratamiento para dejar de fumar en grupo, unido a sesiones asistenciales individuales. Este tipo de intervención puede durar una o varias sesiones (por ejemplo, en situaciones de crisis o asesoramiento), varios meses (por ejemplo, en una terapia para dejar de fumar desde la orientación cognitivo-conductual, psicoterapia focal, terapia de aceptación y compromiso, etc.), y hasta varios años. En el caso del tabaquismo, el tratamiento psicológico tiene como objetivo superar la dependencia tabáquica y, por tanto, ayudar al paciente a conseguir y mantener la abstinencia.

En este sentido, el modelo cognitivo-conductual

ha demostrado ser uno de los tratamientos más efectivos hasta el momento, en especial mediante diseños experimentales controlados (Becoña, 2004). Este modelo conceptual ha aportado diversas técnicas de probada eficacia, entre las que se destacan: el entrenamiento en control de estímulos, la reestructuración cognitiva y la técnica de (re)olución de problemas. La primera de estas técnicas (*control de estímulos*), se inicia con un análisis funcional de la conducta de fumar a fin de estudiar, en cada paciente, las interacciones y el comportamiento de estímulos y refuerzos relacionados con el uso del tabaco (Ferster *et al.*, 1962, citado por Hernández, Pedraza & Molerio, 2012). A partir de este diagnóstico, se propone a cada persona ejercicios de control de estímulos acordes con sus características. Pese a lo cual, a veces la aplicación de esta técnica requiere ir más allá de ayudar a los pacientes a reconocer los estímulos asociados al consumo, misión esta que deberían realizar todos los profesionales.

Por su parte, la *técnica de reestructuración cognitiva* pretende proporcionar herramientas psicológicas al paciente para que modifique sus esquemas de pensamiento y se vea a sí mismo y al mundo de manera más realista. Por lo tanto, se trata de una técnica que ayuda a cambiar la percepción de la realidad. Esta aproximación terapéutica no se limita a aclarar o modificar ideas erróneas sobre el tabaquismo, como a veces se cree. Si un paciente tiene falsas ideas sobre el problema, el profesional sanitario tendrá que dominar diferentes estrategias para poder reorientarlas y lograr así que el fumador tenga información, expectativas y pensamientos más ajustados a la realidad. Sin embargo, estas intervenciones no constituyen un tratamiento de “reestructuración cognitiva”

(Ellis, 1973; Beck, 1979, citados por Hernández, Pedraza & Molerio, 2012).

La *técnica de solución de problemas* trata de flexibilizar la forma en que las personas se enfrentan a las dificultades. En función de cada persona y de su tendencia al enfrentarse a los problemas, el profesional de la Psicología tendrá que realizar un abordaje distinto. Por tanto, se requiere una aproximación que vaya más allá del simple planteamiento de conductas alternativas frente al deseo de fumar (D’Zurilla, 1992).

Aparte de estas tres técnicas, reseñamos las siguientes basadas en la aversión:

Técnicas aversivas: Implican aparear el acto de fumar con un estímulo desagradable. El objetivo básico de la aversión consiste en establecer una respuesta condicionada de manera negativa hacia los cigarrillos. De este modo, los aspectos positivos de fumar (sabor, satisfacción, etc.) se convierten en negativos. Las técnicas aversivas pueden reducir el nivel de placer experimentado de fumar o incrementar el nivel de desagrado. Estos procedimientos pueden ser también efectivos para incrementar el compromiso de los fumadores, a través del énfasis en los aspectos desagradables que produce fumar.

Fumar rápido: Se basa en los principios del condicionamiento aversivo, utilizando los propios cigarrillos como agente aversivo (Schmahl, Lichtenstein & Harris, 1972). En el formato estándar (Lichtenstein, Harris, Birchler, Wahl & Schmahl, 1973), los fumadores inhalan el humo de los cigarrillos de su marca preferida cada 6 segundos (se utiliza un metrónomo o aparato similar).

En cada sesión se hacen tres ensayos de 15 minutos cada uno, con una pausa de 5 minutos de descanso entre ellos. Durante los ensayos, el fumador debe prestar atención a los aspectos negativos de la situación que le va indicando el terapeuta. Los descansos entre ensayos, se aprovechan para comentar los aspectos negativos de la experiencia y sugerirle asociaciones negativas acerca del hábito de fumar. El tratamiento con la técnica de fumar rápido dura 2-3 semanas. En torno a las 6 sesiones, los sujetos dejan de fumar (Becoña, 1985; 1987a; 1987b).

Saciación: Con esta técnica se pretende que los aspectos positivos del fumar (sabor, deleite, satisfacción, etc.) se hagan aversivos: es decir, se persigue la pérdida del potencial reforzante de un reforzador positivo, que se hace disponible en una cantidad excesiva (Resnick, 1968, citado por Becoña, 2003). Para conseguir que los aspectos positivos de fumar se hagan aversivos, se instruye al fumador para que incremente de forma exagerada el consumo de cigarrillos. En tal sentido, el consumidor tiene que duplicar, triplicar o cuadruplicar el consumo de cigarrillos respecto a los que fumaba al comienzo del tratamiento (a nivel basal) durante un intervalo de tiempo especificado (ejemplo, una semana), produciéndose en este caso malestar, dolores, vómitos, etc. Después que el fumador lleva a cabo este proceso durante una o varias semanas, se le pide que abandone los cigarrillos. Como técnica aversiva tiene los mismos problemas que la técnica de fumar rápido. En concreto, es imprescindible un control médico exhaustivo de los fumadores.

Técnica de retener el humo: También llamada de saciación al sabor, fue aplicada inicialmente por Tori (1978) en combinación con hipnosis y el consejo de

no fumar. La técnica de retener el humo parte de los principios que sustentan los procedimientos aversivos, utilizando el propio humo de los cigarrillos como estímulo aversivo. No obstante, esta técnica conlleva efectos menos desagradables que la técnica de fumar rápido. Además, su aplicación no acarrea riesgos colaterales y se consiguen tasas de abstinencia que se aproximan a la técnica de fumar rápido. El tratamiento para dejar de fumar con esta técnica consta de 8-10 sesiones. Estas comprenden un promedio de tres ensayos con 5-6 retenciones de humo por cada uno.

En los últimos años, la Psicología ha aportado nuevos enfoques, llamados de tercera generación como la terapia de aceptación y compromiso, basada en el esclarecimiento de valores personales como motor de cambio del comportamiento. La investigación en el marco de esta terapia ha proporcionado un conjunto de herramientas eficaces (Páez *et al.*, 2006, citado por Hernández & Molerio, 2011). En sentido general, un tratamiento especializado tendrá como objetivo promover la abstinencia del consumo de tabaco cuando las intervenciones breves no han funcionado o en las personas que requieren dejar el hábito en forma urgente (Camarelles, 2008).

Teóricamente, desde el punto de vista de la Psicología del Aprendizaje, si las señales que gobiernan la conducta de fumar se debilitan o se extinguen, dejar el hábito sería mucho más fácil. De hecho, según lo señala Camarelles (2008), algunos autores (ejemplo, Orleans, Rimer, Fleisher, Keintz, Telepchak & Robinson, 1989) indican que las técnicas cuyo objetivo es la extinción pueden ser prometedoras si se utilizan como estrategias

de preparación para dejar de fumar. Más recientemente, se ha sugerido que la exposición a indicios (*cue exposure*) podría ser una adecuada forma de ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Sin embargo, los estudios experimentales, realizados a lo largo de los últimos años, no consiguen obtener resultados totalmente positivos (ejemplo, Niaura *et al.*, 1999) o consistentes en los fumadores. Quizás el hecho de que exista un amplio conjunto estimular, y a la vez específico para cada sujeto, pueda ser la causa de que no se alcancen los objetivos esperables ni desde una perspectiva teórica ni en el laboratorio.

En todo caso, la evidencia acumulada durante más de medio siglo de investigación en este campo indica que muchos pacientes afectados de tabaquismo necesitan una mayor dedicación de tiempo y requieren una aproximación clínica, estructurada y multicomponente (World Health Organization, 2004; Fiore *et al.*, 2008; Camaralles, 2008). Por ello, el tratamiento especializado integra varios componentes que deben ser administrados de forma combinada y ajustada a las necesidades de cada caso.

Dichos componentes pueden resumirse en *counseling*, terapia farmacológica, fomento del apoyo social adecuado y tratamiento psicológico (que al menos debe incluir técnicas de control de estímulos, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y estrategias de prevención de recaídas) (Chambless *et al.*, 2001; Becoña, 2006).

Retomando la técnica de control de estímulos, es claro que el hábito tabáquico se debe ir reduciendo mediante una restricción progresiva de las situaciones en las cuales está permitido fumar. El fumador solo puede

fumar a ciertas horas o en ciertas situaciones (ejemplo, si antes se fumaba el primer cigarrillo a las 9 de la mañana ahora no puede fumarlo a esa hora). Este proceso se podría terminar restringiendo la conducta de fumar a un lugar concreto en el que se permitiese fumar, el cual sea poco atractivo (ejemplo, garaje). Otro tipo de estrategia de control de estímulos consiste en permitir fumar siguiendo una secuencia de tiempo determinado (ejemplo, cada hora) (Lando, 1993; Schwartz, 1987). Las técnicas de control de estímulos han obtenido resultados modestos cuando se han utilizado aisladamente. Incluso algunas veces, cuando se han combinado con otras técnicas en programas multicomponentes, no ha sido posible determinar la efectividad de esta técnica (ejemplo, Colletti, Supnick & Rizzo, 1982). No obstante, utilizada en tratamientos multicomponentes bien evaluados, resulta ser una estrategia sumamente útil. Por ello suele formar parte de la mayoría de los programas multicomponentes actuales.

Por otra parte, se ha investigado la eficacia del entrenamiento específico en estrategias de afrontamiento. Señalándose al respecto que los individuos que afrontan activamente las tentaciones de fumar tienen más éxito en la tarea de resistir las caídas. Los trabajos de Shiffman (1982) han sido especialmente influyentes en esta área. Este autor ha encontrado que una combinación de respuestas de afrontamiento conductuales y cognitivas proporciona una mayor protección para no volver a fumar en una situación de crisis.

Por demás, se han propuesto distintas estrategias de afrontamiento conductual, como: la actividad o el ejercicio físico, relajación, abandonar la situación de riesgo, etc.; incluyendo aspectos cognitivos como la

revisión mental de los beneficios de dejar de fumar o las consecuencias negativas de continuar fumando y el ensayo mental de estrategias de afrontamiento para situaciones de alto riesgo (Lando, 1993). Pero en los últimos años una estrategia de afrontamiento esencial, y que constituye en sí misma un tratamiento eficaz para ayudar a las personas a dejar de fumar y a mantener la abstinencia es el entrenamiento en solución de problemas, como aparece en las guías de referencia (USDHHS, 2000).

Ahondando en el entrenamiento en solución de problemas, hay que decir primero que es un procedimiento por el que se entrena a las personas para que reconozcan sus problemas, busquen soluciones adecuadas a estos e implanten la mejor solución en la situación donde ocurre el problema (D'Zurilla, 1992). Este entrenamiento consta de cinco fases:

- Orientación general hacia el problema;
- Definición y formulación del problema;
- Generación de soluciones alternativas;
- Toma de decisiones; y
- Puesta en práctica y verificación de la solución.

En el entrenamiento en solución de problemas, para pasar de una fase a otra, hay que superar previamente la anterior. Durante los últimos años, esta técnica se ha constituido en un elemento de muchos de los programas de tratamiento por su racionalidad, que es fácil de explicar al sujeto y la eficacia de su puesta en práctica. Es, además, una estrategia incluida en casi todos los programas de prevención de la recaída. De modo que cuando se combina con un tratamiento estandar eficaz,

permite incrementar aún más dicha eficacia (Becoña & Vázquez, 1997).

Otra modalidad de tratamiento del tabaquismo, también conocida como paquete de tratamiento o tratamiento multimodal, data de principios de la década de los años 80 (Lichtenstein & Brown, 1980). Estos se denominan multicomponentes porque incluyen varias técnicas o componentes de intervención.

En la actualidad, estos programas psicológicos son los más utilizados en el tratamiento de los fumadores. Han abundado en los últimos años, pues, se confiaba en que la combinación de varios procedimientos simples fuera un instrumento poderoso para la modificación de la conducta de fumar. Además, suena sensato que un programa de tratamiento con múltiples estrategias sería lo más adecuado para abordar la complejidad de la conducta de fumar, pues permitiría mayor flexibilidad de las técnicas con respecto a las diferencias individuales. Sin embargo, el grado de complejidad del tratamiento multicomponente no es lo definitorio en un programa de estas características; incluso, según Lichtenstein & Glasgow (1992), ello puede influir negativamente en la eficacia.

Los programas psicológicos multicomponentes se desarrollan en tres fases: preparación para dejar de fumar, abandono de los cigarrillos y mantenimiento de la abstinencia (USDHHS, 1991). Los entornos clínicos apropiados para la puesta en práctica de este tipo de tratamiento requieren de un equipo multidisciplinar debidamente formado y con suficiente motivación y disponibilidad horaria para aplicarlo. Es decir, se requiere

un equipo multidisciplinario, con formación específica en tratamiento del tabaquismo y sensible a las funciones asistenciales propias de cada especialidad (Jiménez *et al.*, 2001; Herrero *et al.*, 2004, citados por Hernández & Molerio, 2011; Becoña, 2006; Álvarez, 2006; Camarrelles, 2008).

La eficacia que se ha obtenido en este tipo de tratamiento psicológico conductual multicomponente ha oscilado en distintos estudios entre el 58% y el 85% al final del tratamiento, y entre el 30% y el 54% al año de seguimiento (Becoña & Gómez-Durán, 1993; Becoña & García, 1993; Becoña & Vázquez, 1997; García & Becoña, 2000, citados por Becoña, 2004b). En formato de autoayuda, los resultados son algo inferiores a los del formato clínico, pero excelentes para este tipo de intervención (Míguez, Vázquez & Becoña, 2002). En cambio, sí se evidencia una relación dosis-respuesta entre la intensidad de la intervención y la tasa de abstinencia obtenida (Schwartz, 1987; Lando, 1993; NICE, 2002; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2004; Stead *et al.*, 2005; Fiore *et al.*, 2008; Camarrelles *et al.*, 2008, citados por Hernández, Pedraza & Molerio, 2012).

Por tanto, se considera que la clave para evitar las recaídas es el seguimiento, para alentar a los que permanecen sin fumar e identificar los factores que amenazan la abstinencia. Como cualquier conducta adictiva, las recaídas suelen ser muy frecuentes en los pacientes fumadores. De ahí que las estrategias para evitarlas forman ya una parte importante del tratamiento. Entre las más empleadas, se destacan:

- Evitar situaciones de riesgo (especialmente durante las primeras semanas).

- Escape (abandonar la situación de riesgo).
- Distracción.
- Estrategias cognitivas:
 - Imaginación (asociar fumar con consecuencias aversivas del tabaco).
 - Reestructuración cognitiva (cambio de percepción de la situación).
 - Autoinstrucciones (darse a uno mismo instrucciones para mantenerse abstinentes).
- Estrategias comportamentales:
 - Relajación.
 - Actividad física.
 - Comportamientos alternativos más adecuados (beber un vaso de agua o jugo, mascar chicle sin azúcar, dar un paseo, llamar a un amigo por teléfono, etc.).
- Habilidades asertivas (rehusar cigarrillos, solicitar apoyo durante una crisis, etc.).
- Retrasar el deseo de fumar.
- Recordar caídas o recaídas que se hayan tenido en el pasado.

CONCLUSIONES

Los estudios relativos a la prevención de la drogodependencia, y en especial el tabaquismo, han evolucionado en el contexto educativo, desde enfoques centrados en los aspectos cognitivos por considerarlos poco eficaces (Goodstadt, 1989; Sussman, 1995 citados por Hernández & Molerio, 2011) a enfoques integrados en el modelo psicosocial que contemplan actividades integradas en la planificación educativa e involucren activamente al alumnado. Para conseguir esto último deben ser adaptadas a la diversidad y necesidades específicas de los estudiantes, de acuerdo con su edad, sexo, etnia, fac-

tores de protección y de riesgo (Werch, 1995; Bas, 1997, citados por Hernández & Molerio, 2011). A lo que se puede añadir que la prevención debe enmarcarse en el desarrollo complementario de políticas públicas adecuadas, asociadas a los espacios libres de humo en el medio escolar.

Lamentablemente, las bases teóricas de las estrategias de la lucha del hábito de fumar adolecen en muchos casos de un visión integral del ser humano y de una perspectiva interdisciplinaria del tema. Urge, por lo tanto, ver a la salud como un proceso complejo y a la educación para la salud como un sistema de orientación cuyas tareas consisten en hacer conscientes a las personas de los riesgos y prepararlas para el cambio de actitud como elemento esencial en la lucha contra este flagelo.

Al respecto, las intervenciones que tienen éxito se han elaborado para prevenir el tabaquismo entre las personas más jóvenes. Sin embargo los esfuerzos por crear y evaluar programas orientados específicamente a adolescentes aún son escasos. En esta población, el trabajo preventivo así como interventivo debería jugar un papel crucial con vistas a prevenir o eliminar una posible dependencia futura. Especial relevancia adquiere esta perspectiva del tema en las universidades, en tanto el contexto universitario se reconoce como propicio no solo a la formación profesional y de valores morales, sino también al desarrollo integral del ser humano con miras a lograr una mejor calidad de vida (Hernández & Molerio, 2011).

Teniendo como precedente lo antes expuesto, resulta crucial que el conocimiento de la epidemia del tabaquismo y su evolución constituya el punto de parti-

da de los programas de prevención, control, educación sanitaria e intervención. En este sentido, aun cuando en nuestro país, Cuba, existe un total conocimiento de la magnitud del Programa de Prevención y Control del Tabaquismo concebido con carácter nacional, sistemático, integral, interdisciplinario e intersectorial, su ejecución no marcha acorde con lo que se quiere alcanzar en la salud de la población. Sin duda, esta constituye una tarea en la cual deben involucrarse todos los actores, sectores e instituciones de la sociedad, contando para ello con las políticas de salud y con el apoyo gubernamental.

REFERENCIAS

- Álvarez, J. (2006). *Estudio de las creencias, salud y enfermedad. Análisis psicosocial*. México: Trillas.
- Álvarez, R., Pedraza, L. & Molerio, O. (2012). Diseño de un programa psicoeducativo para la prevención del tabaquismo en el contexto universitario. Tesis de grado. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Santa Clara, Cuba.
- Ariza, C. & Nebot, M. (2004). La prevención del tabaquismo en los jóvenes: realidades y retos para el futuro. *Revista Adicciones*, 16 (2), 359-378.
- Becoña, E. (1985). La técnica de fumar rápido: una revisión. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 3, 209-243.
- Becoña, E. (1987a). La modificación del comportamiento de fumar por medio de la técnica de fumar rápido. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 19, 19-30.

- Becoña, E. (1987b). La técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina para dejar de fumar. *Psiquis*, 8,48-49.
- Becoña, E. (2003). Tabaco, ansiedad y estrés. En: *Salud y Drogas*, 3(1), 70-92.
- Becoña, E. (2004). *Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar*. España: Universidad de Santiago de Compostela.
- Becoña, E. (2004b). Monografía Tabaco. *Adicciones*, 16(supl. 2), 7-10.
- Becoña, E. & García, M. P. (1993). Nicotine fading and smokeholding methods to smoking cessation. *Psychological Reports*, 73,779-786.
- Becoña, E. & Gómez-Durán, B. J. (1993). Programas de tratamiento en grupo de fumadores. En: D. Macià, F.X. Méndez y J. Olivares (Eds.). *Intervención psicológica: programas aplicados de tratamiento* (pp. 203-230). Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. & Vázquez, F. L. (1997). Does using relapse prevention increase the efficacy of a program for smoking cessation? An empirical study. *Psychological Reports*, 81,291-296.
- Becoña, G. (2006). *Del software educativo a educar con software*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Beltrán, A. L. (2003). *La percepción del riesgo del hábito de fumar, algo más que información. Sus implicaciones di-
dáticas*. Recuperado el 20 de noviembre de 2011 de <http://www.monografias.com/trabajos56/riesgo-de-fumar/riesgo-de-fumar2.shtml>
- Camarelles, S. (2008). *Documento de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España del Observatorio para la Prevención del Tabaquismo*. España: Editado por el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo.
- Cárdenas, L., Guerra, L. M. & Pérez, Y. (2011). *Programa de acciones psicoeducativas para la educación de escolares hipertensos ante factores de riesgos de la hipertensión arterial*. Recuperado el 13 de octubre de 2011 de <http://www.revistahph.sld.cu/hph01211/hph0565211.html>
- Chambless, D.L. & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- D’Zurilla, T. J. (1992). *Terapia de resolución de problemas*. Bilbao: Desclée de Brouwer (orig. 1986).
- Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J., Dorfman, S. F., Goldstein, M. G., Gritz, E. R., Heyman, R. B., Jaén, C. R., Kottke, T. E., Lando, H. A., Mecklenburg, R. E., Mullen, P. D., Nett, L. M., Robinson, L., Stitzer, M. L., Tommasello, A. C., Villejo, L., Wewers, M. E., Baker, T., Fox, B. J. & Hasselblad, V. (2008). *Treating tobacco use and dependence*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.

- Flórez, Álvarez, S. & Vázquez, D. (2010). *Adicciones*, 22 (1), 37-50.
- Gómez, M. T. (1997). *Cuestionario de evaluación de software educativo Multimedia*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Grau, J. & Guibert, W. (1997). *Actitudes, motivaciones, emociones, creencias y conductas en el control del cáncer. Su importancia para la prevención y la educación para la salud. Material de trabajo de los Seminarios de Educación en Cáncer del Programa "Latinoamérica contra el Cáncer"*. La Habana: INOR.
- Guibert, W. & Grau, J. (1997). La información para la educación para la salud. Estrategias para facilitar la comprensión y el recuerdo. *Material de trabajo para los Seminarios de Educación en Cáncer del Proyecto "Latinoamérica contra el Cáncer"*. La Habana, INOR.
- Hernández & Molerio, O. (2011). *Factores de riesgo asociados al tabaquismo en los estudiantes de la Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas*. Trabajo de grado. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, Santa Clara, Cuba.
- Hernández, Y., Pedraza, L. & Molerio, O. (2012). Propuesta de un programa de intervención para el tratamiento del tabaquismo en estudiantes universitarios. Trabajo de grado Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Santa Clara, Cuba.
- Lando, H. A. (1993). Formal quit smoking treatments. En: C.T. Orleans y J. Slade (Eds.). *Nicotine addiction. Principles and management* (pp. 221-244). Nueva York: Oxford University Press.
- Lichtenstein, E. & Brown, R. (1980). Smoking cessation methods: Review and recommendations. En: W. Miller (Ed.). *The addictive behavior. Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity*. Nueva York: Pergamont Press.
- Lichtenstein, E. y Glasgow, R. E. (1992). Smoking cessation. What have we learned over the past decade? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 518-527.
- Lichtenstein, E., Harris, D.E., Birchler, G.R., Wahl, J.M. & Schmahl, D.P. (1973). Comparison of rapid smoking, warm, smoky air, and attention placebo in modification of smoking behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 92-98.
- Mayor, L. I. (2010). *Estrategias metacognitivas en la intervención del tabaquismo*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Míguez, M. C., Vázquez, F. L. & Becoña, E. (2002). Effectiveness of telephone contact as an adjunct to a self-help program for smoking cessation: A randomization controlled trial in Spanish smokers. *Addictive Behaviors*, 27, 139- 144.
- OMS & OPS (2009). *Informe de OPS/OMS para presentar versión en español de "MPOWER" con medidas para combatir epidemia del tabaquismo*.

- Organization W. H. (2004). *Building blocks for tobacco control. A handbook*. France: WHO.
- Pérez & Cornella (2004). Salud Ocupacional. Efectos del tabaco. Recuperado el 23 de octubre de 2011 de www.paritarios.cl/especial_efecto_tabaco.htm
- Pérez, A. (2009). *Valoración de las acciones encaminadas a la prevención del consumo de drogas en la UCLV*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Santa Clara.
- Rodríguez, I. & Londoño, C. (2010). El proceso de adopción de precauciones en la prevención secundaria del consumo de cigarrillos en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 13 (1), 79-90.
- Rodríguez, I. Y. & Molerio, O. (2009). *Propuesta del diseño de una Multimedia para la prevención del consumo de alcohol en el contexto universitario*. (Unpublished). Maestría, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Santa Clara.
- Salvador, M. et al. (2010). *Intervención interdisciplinar en tabaquismo. Documento de consenso*. SEDET. Grupo de trabajo de abordaje interdisciplinar de la Sociedad Española de Especialidad en Tabaquismo.
- Schmahl, D. P., Lichtenstein, E. & Harris, D. E. (1972). Successful treatment of habitual smokers with warm, smoky air and rapid smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 105-111.
- Schwartz, J. (1987). *Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada*. U.S.: Department of Health and Human Services.
- Shiffman, S. (1982). Relapse following smoking cessation: A situational analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 71-86.
- Suárez, N. & Campos, E. (2010). Prevalencia y percepción del riesgo del tabaquismo en el área de salud del policlínico “Dr. Jorge Ruiz Ramírez”. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(2), 125-131.
- Tori, C. D. (1978). A smoking satiation procedure with reduced medical risk. *Journal of Clinical Psychology*, 34, 574-577.
- USDHHS (2000). *Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- Varona, P., García, R. & Molina, E. (2010). Humo ambiental de tabaco en el hogar y percepción de riesgo en la población cubana. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, Vol. 48, pp. 291- 303.
- Vigotsky, L.S. (1979). Zona de desarrollo próximo, una nueva aproximación. En: L. Vigotsky. *El desarrollo de los procesos psicológicos*. Barcelona: Editorial Grijalbo.
- Vigotsky, L. S. (1987). *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. La Habana: Editorial Ciencias Sociales.