

ORIGINAL

Disonancias cognitivas en la intervención antitabaco motivacional en adolescentes[☆]

A. Pérez-Milena^{a,*}, C. Pérez-Fuentes^a, A.B. Navarrete-Guillén^b,
M.I. Mesa-Gallardo^c, F.J. Leal-Helmling^d y R. Martínez Pérez^c

^a Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud El Valle, Jaén, España. Coordinador del Grupo de Trabajo del Adolescente (SAMFYC)

^b Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud de Torredonjimeno, Jaén, España

^c Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Bollullos del Condado, Huelva, España. Grupo de Trabajo del Adolescente (SAMFYC)

^d Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud de Jódar, Jaén, España. Grupo de Trabajo del Adolescente (SAMFYC)

Recibido el 23 de octubre de 2010; aceptado el 7 de diciembre de 2010

Disponible en Internet el 19 de febrero de 2011

PALABRAS CLAVE

Adolescente;
Tabaco;
Disonancias
cognitivas;
Intervención
motivacional

Resumen

Objetivo: Conocer las disonancias cognitivas más frecuentes de los adolescentes entre las motivaciones para fumar y dejar de fumar.

Material y métodos: Estudio descriptivo realizado en 5 institutos de secundaria tras intervención motivacional a adolescentes (< 20 años) para dejar de fumar. Se recoge por escrito una balanza de motivos para fumar/dejar de fumar, edad, sexo, tests de Fagerström/Richmond, edad de inicio y patrón del consumo.

Resultados: Participan 82 adolescentes (52% hombres, edad 15,6 años ± 1,4). Motivos para fumar: amigos (55%), «me gusta» (44%), «estar enganchado» (28%), diversión (19%), autoafirmación (18%). Motivos para dejar de fumar: mejorar la salud (91%), «es caro» (55%), no gusta sabor/olor (23%), conflictos con padres (23%). La diversión se asocia al inicio precoz del consumo ($p=0,025$; Student). La dependencia aparece en adolescentes de mayor edad ($p=0,075$; Student). La sensación de relajación se asocia a mayor consumo ($p=0,018$; Student), sobre todo en mujeres ($p=0,046$; χ^2). La autoafirmación es más frecuente en hombres ($p=0,045$; χ^2). El test de Richmond empeora si le gusta fumar ($p=0,035$; Student) y mejora si tiene problemas económicos ($p=0,082$; Student). El rechazo al sabor/olor se relaciona con menor dependencia (Fagerström) ($p=0,069$; Student). Disonancias cognitivas: <amigos>/<dependencia> (OR 4,14), <me gusta>/<es caro> (OR 0,44), <no gusta>/<perder peso> (OR 0,38) y <nuevas experiencias>

[☆] El resumen del trabajo fue presentado en el XXX Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria celebrado en Valencia en junio de 2010.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alejandra.perez.milena.sspa@juntadeandalucia.es (A. Pérez-Milena).

(OR 0,24), <castigo parental>/< autoafirmación> (OR 0,22), <agradar a la pareja>/<perder peso> (OR 0,21). Un 54% dejan de fumar y se relaciona con el entorno, la sensación de placer y la dependencia ($p < 0,05$ test χ^2).

Conclusión: Las disonancias cognitivas son un elemento motivacional muy importante para conseguir el cese del consumo tabáquico entre adolescentes y deben incorporarse a la intervención antitabaco realizada por los sanitarios.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Adolescent;
Tobacco;
Cognitive dissonance;
Motivational
interview

Cognitive dissonance in the motivational smoking intervention in adolescents

Abstract

Objectives: To find out the most common dissonances between smoking and giving up motivations in adolescents.

Material and methods: A five Secondary Schools descriptive study after motivational interviewing of adolescents (less than 20 years) who wanted to quit smoking. A written balance sheet of reasons for smoking and quitting smoking, age, sex, Fagerström/Richmond test, beginning age, consumption pattern, was collected.

Results: A total of 82 adolescents participated (52% male, age 15.6 years \pm 1.4). Reasons for smoking: friends (55%), «I like it» (44%), «addicted» (28%), for fun (19%), and self-assertiveness (18%). Reasons for quitting smoking: better health (91%), «It's expensive» (55%), don't like taste/smell (23%), and conflicts with parents (23%). Fun is associated with earlier onset of smoking ($p = .025$; Student) while dependency is recognised in older adolescents ($p = .075$; Student). Relaxation feeling is associated with greater cigarette consumption ($p = 0,018$; Student) especially in women ($p = .046$; χ^2); assertiveness is more common in men ($p = .045$; χ^2). Richmond test results get worse if they like smoking ($p = .035$; Student) and get better if they have economical problems ($p = .082$; Student). Rejecting taste/smell is related with less dependency (Fagerström) ($p = .069$; Student). The most common dissonances were between <friends>/<dependency> (OR 4.14), <I like it>/<It's expensive> (OR 0.44), <Don't like it>/<lose weight> (OR = 0.38) and <New experiences> (OR 0.24) <Parental punishment>/<self affirmation> (OR 0.22), <please partner>/<lose weight> (OR 0.21). A total of 54% quit smoking and was related to the environment, the feeling of pleasure and dependency ($p < .05$; χ^2 test).

Conclusions: Cognitive dissonances are a very important motivational element for the adolescent to quit smoking, and must be incorporated into anti-smoking interventions by health professionals.

© 2010 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud considera el tabaquismo como uno de los principales problemas de salud pública mundial, sobre todo en la población adolescente. En España los adolescentes forman un subgrupo poblacional de especial riesgo, con un consumo elevado y un inicio precoz del mismo¹⁻³. Mientras que existen múltiples programas preventivos escolares para evitar el consumo entre los adolescentes, en la actualidad no se dispone de información suficiente acerca de la eficacia de las intervenciones en jóvenes fumadores que desean dejar el tabaco, y las que existen presentan una desigual eficacia⁴⁻⁶.

La entrevista motivacional incorpora elementos sensibles al estadio del cambio en los adolescentes^{5,7} y emplea las disonancias cognitivas como elemento fundamental de esta técnica^{7,8}. Estas disonancias hacen referencia a la tensión interna del sistema de ideas, creencias, emociones y actitudes que percibe el fumador al mantener un comportamiento que entra en conflicto con sus creencias⁸. El cese del tabaquismo puede comenzar a partir de la confrontación entre diferentes creencias, unas utilizadas como

excusas o justificaciones para seguir fumando y otras que provocan la necesidad vivencial del cese del consumo. Esta confrontación es el objetivo de todas las formas de asesoramiento y requisito previo para el cambio intencional, que se consigue al enfrentar al adolescente con una imagen intranquilizadora de él mismo^{5,7,8}. El adolescente puede hacer un esfuerzo por lograr reducir las disonancias debido al conflicto interno que genera dicha situación sobre el tabaquismo, lo que constituye la base de la intervención motivacional⁶⁻⁹ y se relaciona con la intención real de dejar de fumar y el número de intentos realizados¹⁰.

El presente estudio intenta valorar la relación entre las motivaciones para el consumo de tabaco y la existencia de disonancias cognitivas con el cese del tabaquismo en la población adolescente.

Material y métodos

El diseño del estudio es descriptivo de asociación cruzada mediante cuestionario autoadministrado, con una intervención motivacional posterior para conseguir el cese del

Tabla 1 Categorización de los motivos para fumar y dejar de fumar de los adolescentes.

<i>Motivos para fumar</i>	
Amigos	Los amigos animan al consumo. Mejor aceptación grupal
Placer	Fumar gusta. El sabor y el olor son agradables
Dependencia	Estar «enganchado» al tabaco obliga a seguir fumando
Diversión	Fumar es divertido. Mata el aburrimiento
Autoafirmación	Fumar porque sí, porque «me da la gana»
Relajación	El tabaco relaja. Sirve para disminuir el nerviosismo
Nueva experiencia	Es una nueva experiencia interesante
Entorno	Es normal fumar porque todo el mundo fuma
Peso	Es útil para perder peso
<i>Motivos para no fumar</i>	
Salud	Dejar de fumar mejora la salud
Dinero	Es muy caro y se pierde mucho dinero comprando tabaco
Mal olor	Tiene mal olor y mal sabor, en el cuerpo y la ropa
Padres	Los padres/las madres no quieren que fumen. Pueden castigarlos
Pareja	La pareja sentimental no quiere que fume. Se enfada

consumo de tabaco. La población de estudio está formada por el alumnado de Educación Secundaria y Bachillerato perteneciente a 2 institutos urbanos de Jaén capital y a 3 rurales (2 en la provincia de Jaén y un tercero en la provincia de Huelva), procedentes de diferentes estratos sociales. Se incluyen alumnos con edad inferior a 20 años y fumadores habituales (se define como fumar al menos un cigarrillo semanal durante los últimos 6 meses)⁵ que desean dejar de fumar. Los criterios de exclusión son: adolescentes con deficiencia mental o enfermedad psiquiátrica grave, embarazo, uso concomitante de tratamiento farmacológico para la deshabituación tabáquica y/o negativa del adolescente o de sus padres/tutores a participar en el estudio. La captación de los adolescentes se realizó desde los departamentos de orientación de cada instituto, donde se entregó un cuestionario que recogía una balanza de motivos para continuar fumando y para dejar de fumar, que fueron posteriormente categorizados por el equipo investigador (tabla 1). Otras variables recogidas en el cuestionario fueron la edad, el sexo, el consumo cuantitativo y cualitativo de tabaco, y los tests de Richmond y Fagerström.

A todos los adolescentes se les realizó una intervención antitabaco mediante entrevista motivacional por parte de médicos de familia previamente adiestrados en estas técnicas. Las entrevistas se realizaron en el propio instituto, durante la jornada escolar y con una duración mínima de 15 min. El estudio ha contado con la aprobación previa del Comité de Investigación y Bioética del Hospital Ciudad

Tabla 2 Principales variables de los adolescentes incluidos en el estudio según el sexo.

	Hombre	Mujer
<i>Porcentaje</i>	52%	48%
<i>Edad (años)</i>	15,9 ± 0,28	15,23 ± 0,16
<i>Antecedentes médicos</i>	14%	18%
<i>Uso de medicación crónica</i>	8%	15%
<i>Patrón de consumo de tabaco</i>		
Intermitente	14%	12%
Fin de semana	3%	6%
Diario	83%	82%
<i>Consumo de tabaco (cigarrillos/día)</i>		
Total	11,2 ± 0,98	12,0 ± 1,0
Fin de semana	14,4 ± 1,4	15,8 ± 1,3
Entre semana	8,0 ± 0,8	8,2 ± 0,9
<i>Edad de inicio del tabaquismo</i>	13,2 ± 0,3	12,6 ± 0,2
<i>Intentos previos para dejar de fumar</i>	72%	74%
<i>Test de Fagerström</i>		
Dependencia baja	70%	62%
Dependencia moderada	31%	35%
Dependencia alta	-	3%
<i>Test de Richmond</i>		
Motivación nula	-	3%
Motivación moderada	69%	61%
Motivación alta	31%	36%
<i>Consumo de alcohol</i>	74%	77%
<i>Consumo de drogas ilegales^a</i>	33%	9%

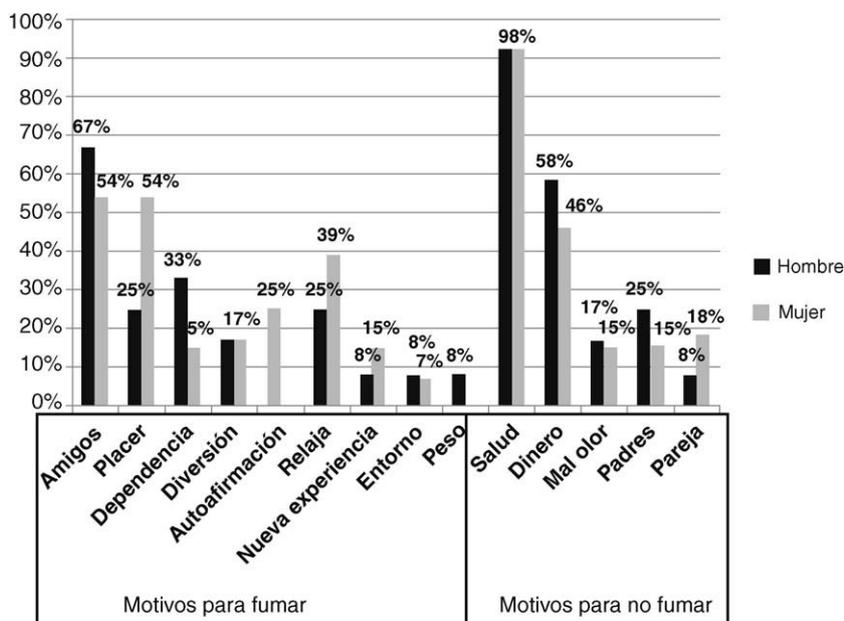
^a Diferencias significativas con $p < 0,05$ test de χ^2 .

de Jaén del Servicio Andaluz de Salud (RD 223/04) y del Consejo Escolar de cada instituto, ajustándose a las normas de buena práctica clínica. Se entregó información por escrito sobre la investigación y se solicitó la firma del consentimiento informado por parte del adolescente.

El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS v15. Se aplicó el test de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad de los datos, que se muestran como medias ± error estándar de la media, y porcentajes. Se propone un nivel de significación estadística con $p < 0,05$, aplicándose el test de la t de Student de una vía para comparación de medias y el test de χ^2 para la comparación de proporciones. La relación entre motivos para fumar y dejar de fumar (o disonancias cognitivas) se valora mediante *odds ratio* con un alfa de 0,05.

Resultados

Han participado un total de 82 adolescentes (52% hombres), siendo excluido solo uno por estar usando previamente parches de nicotina y sin pérdidas durante las intervenciones. Las principales variables en función del sexo se muestran en la tabla 2. La media de edad general es de 15,1 años ($\pm 1,0$)



Diferencias significativas para las categorías placer, autoafirmación, relajación y dinero ($p < 0,05$, test χ^2)

Figura 1 Motivos para fumar y dejar de fumar en los adolescentes entrevistados según el sexo.

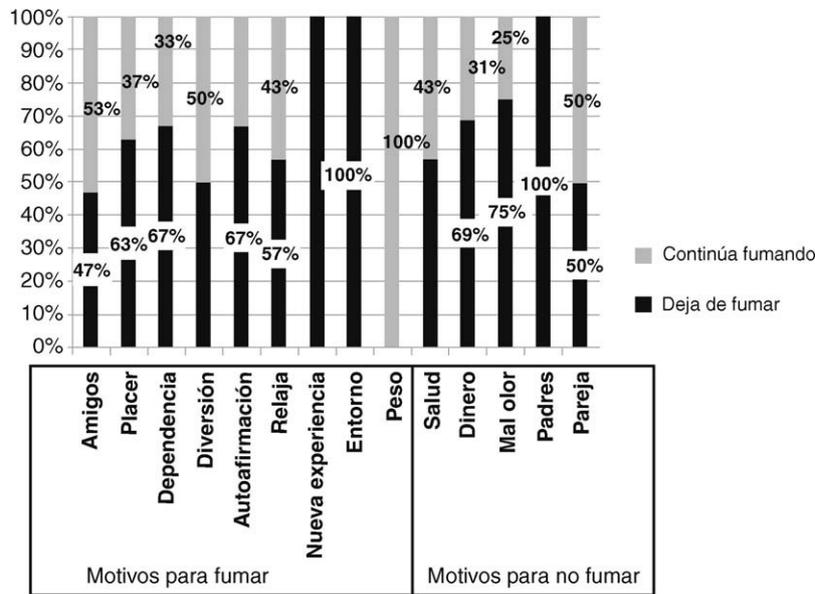
y el inicio del consumo de tabaco se sitúa en 12,2 años ($\pm 1,7$). Un 20% tienen alguna enfermedad que requiere medicación continua (sobre todo enfermedad respiratoria como asma bronquial). El patrón de consumo es mayoritariamente diario (75%), en una cantidad media de 7,9 cigarrillos ($\pm 5,2$) al día, incrementándose durante el fin de semana (12,3 cigarrillos [$\pm 8,1$] diarios). El test de Fagerström muestra una puntuación media de 2,8 ($\pm 2,1$), con una dependencia de la nicotina baja en un 61% y moderada en el restante 39%. El test de Richmond puntúa de media 7,8 ($\pm 1,6$) con una motivación moderada en un 44% y alta en un 53%. El 72% han realizado intentos previos para dejar de fumar, con una media de 1,2 ($\pm 0,8$) intentos. Solo en el consumo de drogas ilegales existen diferencias por género (33% en hombre frente a 9% en mujeres, con $p < 0,05$ test χ^2 ; tabla 2).

Los principales motivos para fumar y no fumar se presentan en la figura 1. Destacan los amigos, el placer, la dependencia y la relajación como motivos para fumar. Entre los motivos para no fumar se encuentran la salud, el dinero y la opinión contraria de los padres. Existen diferencias por sexo (fig. 1), siendo más frecuente en hombres la autoafirmación (25% y ningún caso entre mujeres) y el coste económico como motivo para dejar de fumar (58 frente a 46 en mujeres). En las mujeres predomina el placer (25 frente a 54%) y la relajación como motivos para fumar (25 frente a 39%, $p < 0,05$ test χ^2 ; fig. 1). La categoría diversión se asocia a un inicio más precoz del consumo (12,7 años [$\pm 1,4$] frente a 13,1 años [$\pm 1,2$]; $p = 0,025$ test de la t de Student). La sensación de relajación provoca un mayor consumo medio de cigarrillos/día tanto en fin de semana (20,8 [$\pm 9,4$] frente a 12,5 cigarrillos [$\pm 5,9$]) como entre semana (13 [$\pm 2,8$] frente a 7,2 cigarrillos [$\pm 1,1$]) ($p < 0,1$ test de

la χ^2). La dependencia del tabaco aparece como motivo más poderoso en adolescentes de mayor edad (15,3 [$\pm 0,5$] frente a 12,9 [$\pm 0,7$]; $p < 0,05$ test de la t de Student). Los adolescentes que refieren que les gusta fumar presentan una puntuación algo inferior en el test de Richmond, lo que supondría una menor motivación para dejar de fumar (6,3 $\pm 0,6$ de media frente a 7,0 $\pm 0,3$, $p < 0,05$ test de la t de Student). Sin embargo, la puntuación del test de Richmond se incrementa entre los que alegan que el entorno de fumadores favorece el consumo (7 $\pm 0,1$ frente a 6,7 $\pm 0,3$; $p < 0,1$ test de la t de Student) y los que quieren dejar de fumar por el coste económico que supone la compra del tabaco (7 $\pm 0,3$ frente a 6,4 $\pm 0,5$; $p < 0,05$ test de la t de Student). Los adolescentes que quieren dejar de fumar porque no les gusta el sabor o el olor del tabaco tienen un menor consumo de tabaco entre semana (1,0 cigarrillos $\pm 0,1$ frente a 7,1 $\pm 1,1$; $p < 0,05$ test de la t de Student).

Al mes de la intervención, un 54% de los adolescentes dejan de fumar. Los motivos para fumar más frecuentes entre los adolescentes que consiguen la abstinencia son el probar una nueva experiencia y el entorno de fumadores, así como la sensación de placer y de dependencia del tabaco (fig. 2; $p < 0,05$ test de χ^2). Entre los motivos para dejar de fumar son más frecuentes el miedo al castigo parental, el mal olor y el coste económico que supone (fig. 2; $p < 0,05$ test de χ^2). Entre aquellos que continúan fumando, el perder peso es un importante motivo para fumar (fig. 2).

Las disonancias cognitivas más frecuentemente encontradas se muestran en la figura 3 y relacionan las categorías *amigo/dependencia* (OR 4,14), *placer/dinero* (OR 0,44), *mal olor/peso* (OR 0,38), *mal olor/nuevas experiencias* (OR 0,24), *padres/autoafirmación* (OR 0,22), y *pareja/peso* (OR 0,21). Estas disonancias se encuentran más frecuentemente



Diferencias significativas para las categorías placer, dependencia, dinero y mal olor ($p < 0,05$, test χ^2)

Figura 2 Motivos para fumar y dejar de fumar en los adolescentes entrevistados según el cese del consumo tabáquico al mes de la intervención.

entre aquellos adolescentes que han realizado un mayor porcentaje de intentos para dejar de fumar (95 frente a 70%, $p < 0,10$ test de χ^2) y que tienen un mayor consumo de alcohol (71 frente a 50%, $p < 0,10$ test de χ^2).

Discusión

Nuestros hallazgos indican que la existencia de determinados motivos para no fumar y, sobre todo, su disonancia con otras creencias esgrimidas por el adolescente para continuar consumiendo parecen ser un elemento motivador para el cese del consumo de tabaco entre adolescentes¹⁰. Así, encontramos que motivos poderosos para dejar de fumar, como el coste económico o la sensación de dependencia, crean disonancias con otros motivos que facilitan el

consumo, como la existencia de amigos fumadores o la sensación placentera que produce. En los adultos la racionalización de conductas poco saludables, como el hábito tabáquico, es alta, lo que produce una disminución del número de disonancias para justificar de manera más consistente su comportamiento^{11,12}. Los adolescentes, por el contrario, tienen un mayor número de disonancias y una menor racionalización de las mismas, lo que puede explicar el alto porcentaje de jóvenes que desean dejar de fumar y supone un recurso sanitario para el cambio en esta conducta adictiva^{13,14}.

Los resultados encontrados serían aplicables a aquellos adolescentes en etapa de acción para dejar de fumar, aunque se encuentran muchas similitudes con otros estudios que valoran la población adolescente general^{10,14-16}. El principal motivo argumentado por los adolescentes para dejar de fumar es la propia salud^{10,15}, pero parece ser un sesgo de deseabilidad social: un comentario que puede agradar al médico que le atiende. Este hallazgo choca con las creencias habituales que tienen los adolescentes sobre su propia invulnerabilidad en cuestiones de salud, no forma parte de ninguna disonancia relevante y no parece tener influencia sobre ninguno de los factores estudiados¹⁶. La autoestima y la propia imagen corporal serían elementos más importantes como elementos motivacionales^{15,17}.

En cambio, la disonancia más importante encontrada en el estudio está formada por la influencia de los amigos para fumar y la sensación de adicción que motivaría el cese del consumo. Esta aparente paradoja tal vez podría explicarse desde la perspectiva del adolescente, por la necesidad de establecer relaciones sociales, lo que les hace sentirse obligados a ir a los lugares de ocio donde la presencia del humo del tabaco en el aire es «la norma»¹³. Se han identificado las relaciones entre pares como un factor primario involucrado

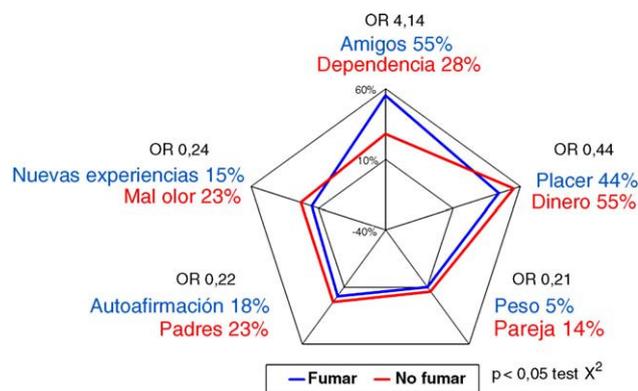


Figura 3 Relación entre los motivos para fumar y dejar de fumar (disonancias cognitivas) en los adolescentes entrevistados.

en el tabaquismo de los adolescentes^{13,15,18}, pero no se conocen con exactitud los mecanismos por los cuales afecta al comportamiento de los jóvenes para iniciar el consumo o para dejar de fumar¹⁹. Estos mecanismos estarían influidos, a su vez, por el contexto social (la familia, el vecindario y los medios de comunicación)²⁰ y la accesibilidad a la compra²¹.

Por otro lado, en nuestro estudio la sensación de dependencia de la nicotina funciona a la vez como causa del consumo mantenido de cigarrillos y como un poderoso elemento incentivador para el cese del tabaquismo. La mitad de los fumadores adolescentes presentan dependencia de la nicotina, con una adicción alta hasta en la quinta parte del total^{13,22}. Existe una relación entre dependencia y adherencia al tabaquismo: la presencia de síntomas de abstinencia predice un mayor porcentaje de recaídas tras el cese del consumo^{12,23}. La dependencia de la nicotina parece ser un factor clave en la influencia de familiares y amigos para fumar, por encima de otros factores psicológicos o de enfermedad^{23,24}. La presencia de síntomas de abstinencia en intentos previos para dejar de fumar se relaciona con una actitud de precontemplación en el adolescente, interfiriendo en las habilidades y la disposición para dejar de fumar²⁵. La capacidad del adolescente de percibir y criticar esta dependencia parece revelarse como un contrapunto fundamental a las influencias de los pares y el entorno.

Otra disonancia importante se relaciona con el coste económico frente al placer que proporciona. Varias décadas de estudios proporcionan evidencia sobre la relación entre el aumento de precios a través de los impuestos al consumo de cigarrillos y la reducción del tabaquismo en adolescentes, que son especialmente sensibles a los precios²⁶. Se encuentran otras disonancias relacionadas con la imagen corporal (el mal olor del tabaco frente al control del peso)^{17,27} y la autoafirmación y nuevas experiencias frente a la dependencia parental. Los adolescentes que perciben que ambos padres responderían negativamente a su consumo de tabaco son menos propensos a fumar^{15,28}.

En conclusión, se encuentran disonancias cognitivas que se asocian al cese del tabaquismo tras una intervención motivacional y se relacionan con factores como el sexo, la dependencia de la nicotina y la motivación para el abandono del consumo. Los profesionales sanitarios deben ser receptivos a las señales disonantes que emite el adolescente para dejar de fumar, dejando aparte sus creencias y valores propios sobre el empleo de tiempo en este importante problema^{8,29}. Más de la mitad de los adolescentes estarían dispuestos a dejar el consumo de tabaco¹³, por lo que esta intervención será rentable siempre que se tengan en cuenta las actitudes de los propios adolescentes, las familias y las redes de pares^{15,19} así como la dependencia de la nicotina del joven fumador^{12,23,24}. El conocimiento y empleo de las disonancias cognitivas pueden ayudarnos a eliminar obstáculos con esta población, ofrecer alternativas, disminuir la deseabilidad del consumo y ofrecer ayuda activa para el cese del tabaquismo^{5,7,8}.

Financiación

Proyecto de investigación financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía con n.º de expediente PI-0160/2008 (BOJA n.º 12 de 20 de enero de 2009, p. 133).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todo el profesorado perteneciente a los institutos de Educación Secundaria, en especial a los departamentos de Orientación, que con su ayuda han hecho posible las intervenciones en los centros educativos. Al personal de FIBAO en Jaén por su apoyo logístico y metodológico.

Bibliografía

1. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [consultado 29/11/2010]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2008.Web.pdf>.
2. Pérez-Milena A, Leal FJ, Jiménez I, Mesa MI, Martínez ML, Pérez-Milena R. Evolución del consumo de sustancias tóxicas entre los adolescentes de una zona urbana (1997-2004). *Aten Primaria*. 2007;39:299–304.
3. Cabrera Mateos JL, Báez Álvarez A, Gutiérrez Riquelme F, Toledo Perdomo I, Mendoza Luzardo MC. Prevalencia y características del consumo de tabaco en adolescentes de Lanzarote. *SEMergen*. 2005;31:307–13.
4. Barrueco M, Gómez G, Torrecilla M, Pérez A, Bartolomé C. Valor de la intervención breve y los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar en adolescentes. *Arch Bronconeumol*. 2007;43:334–40.
5. Grimshaw GM, Stanton A. Intervenciones para el abandono del hábito de fumar en personas jóvenes (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*. Número 4. Oxford: Update Software Ltd.; 2007. Disponible en: <http://www.update-software.com> [traducida de The Cochrane Library, 2007. Chichester, Reino Unido: John Wiley & Sons, Ltd.].
6. Rivera S, Villouta MF, Ilabaca A. Entrevista motivacional: ¿cuál es su efectividad en problemas preventivos de la atención primaria? *Aten Primaria*. 2008;40:257–61.
7. Miller WR, Rollnick S. *La entrevista motivacional: preparar el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós; 1999.
8. McMaster M, Lee C. Cognitive dissonance in tobacco smokers. *Addict Behav*. 1991;16:349–53.
9. Caponnetto P, Polosa R. Common predictors of smoking cessation in clinical practice. *Respir Med*. 2008;102:1182–92.
10. Dijkstra A, Borland R. Residual outcome expectations and relapse in ex-smokers. *Health Psychol*. 2003;22:340–6.
11. Kleinjan M, van den Eijnden RJ, Dijkstra A, Brug J, Engels RC. Excuses to continue smoking: the role of disengagement beliefs in smoking cessation. *Addict Behav*. 2006;31:2223–37.
12. Kleinjan M, van den Eijnden RJ, Engels RC. Adolescents' rationalizations to continue smoking: the role of disengagement beliefs and nicotine dependence in smoking cessation. *Addict Behav*. 2009;34:440–5.
13. Pérez-Milena A, Martínez-Fernández ML, Pérez-Milena R, Jiménez-Pulido I, Leal-Helmling FJ, Mesa-Gallardo I. Tabaquismo y adolescentes: ¿buen momento para dejar de fumar? Relación con factores sociofamiliares. *Aten Primaria*. 2006;37:452–6.
14. Pericas J, González S, Bennisar M, de Pedro J, Aguiló A, Bauzá L. Cognitive dissonance towards the smoking habit among nursing and physiotherapy students at the University of Balearic Islands in Spain. *Int Nurs Rev*. 2009;56:95–101.

15. Kulbok PA, Rhee H, Botchwey N, Hinton I, Bovbjerg V, Anderson NL. Factors influencing adolescents' decision not to smoke. *Public Health Nurs.* 2008;25:505–15.
16. Schneider S, Loeber S, Janssen M, Roehrig S, Solle D. What prevents young adolescents from smoking? Self-reported motives of 12-15-year-old non-smokers. *Health Policy.* 2010;95:36–40.
17. Lopez EN, Drobos DJ, Thompson JK, Brandon TH. Effects of a body image challenge on smoking motivation among college females. *Health Psychol.* 2008;27 Suppl 3:S243–251.
18. Smith BN, Bean MK, Mitchell KS, Speizer IS, Fries EA. Psychosocial factors associated with non-smoking adolescents' intentions to smoke. *Health Educ Res.* 2007;22:238–47.
19. Kobus K. Peers and adolescent smoking. *Addiction.* 2003;98 Suppl 1:S37–55.
20. Schepis TS, Rao U. Epidemiology and etiology of adolescent smoking. *Curr Opin Pediatr.* 2005;17:607–12.
21. Doubeni CA, Li W, Fouayzi H, DiFranza JR. Perceived accessibility as a predictor of youth smoking. *Ann Fam Med.* 2008;6:323–30.
22. DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, O'Loughlin J, Pbert L, Ockene JK, et al. Symptoms of tobacco dependence after brief intermittent use: the Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youth-2 study. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007;161:704–10.
23. Kleinjan M, Engels RC, Van Leeuwe J, Brug J, Van Zundert RM, Van den Eijnden RJ. Mechanisms of adolescent smoking cessation: roles of readiness to quit, nicotine dependence, and smoking of parents and peers. *Drug Alcohol Depend.* 2009;99:204–14.
24. Van Zundert RM, Engels RC, Kleinjan M, Van den Eijnden RJ. An integration of parents' and best friends' smoking, smoking-specific cognitions, and nicotine dependence in relation to readiness to quit smoking: a comparison between adolescents with and without asthma. *J Pediatr Psychol.* 2008;33:821–32.
25. O'Loughlin J, DiFranza J, Tyndale RF, Meshefedjian G, McMillan-Davey E, Clarke PB, et al. Nicotine-dependence symptoms are associated with smoking frequency in adolescents. *Am J Prev Med.* 2003;25:219–25.
26. Forster JL, Widome R, Bernat DH. Policy interventions and surveillance as strategies to prevent tobacco use in adolescents and young adults. *Am J Prev Med.* 2007;33(6 Suppl):S335–339.
27. Wahl SK, Turner LR, Mermelstein RJ, Flay BR. Adolescents' smoking expectancies: psychometric properties and prediction of behavior change. *Nicotine Tob Res.* 2005;7:613–23.
28. Sargent JD, Dalton M. Does parental disapproval of smoking prevent adolescents from becoming established smokers? *Pediatrics.* 2001;108:1256–62.
29. Vogt F, Hall S, Marteau TM. General practitioners' and family physicians' negative beliefs and attitudes towards discussing smoking cessation with patients: a systematic review. *Addiction.* 2005;100:1423–31.