

## Prevalencia, actitudes y características socio-demográficas y de salud asociadas al hábito tabáquico en los usuarios de las consultas de Atención Primaria de Salud

M.<sup>a</sup> C. Alejandra / J. Torío / M.<sup>a</sup> A. Sánchez / C. Rojas / J. Chamorro

### Antecedentes y estado actual del tema

En la actualidad el tabaquismo es la epidemia más relevante del siglo XX; siendo el hábito de fumar cigarrillos, la drogadicción más frecuente en población general (1, 2, 3). España es uno de los países europeos con mayor prevalencia de fumadores; según datos del estudio «estilos de vida de la población adulta española», en el año 1992, ésta se cifraba en un 36%; siendo estos datos consistentes con los obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud del año 93 (2, 4). Si comparamos esta información con la de encuestas anteriores, podemos observar que, desde el año 87, en que la proporción de fumadores era del 40%, se ha producido un descenso gradual de la prevalencia de esta toxicomanía; no obstante, en España existe una tendencia al aumento del tabaquismo entre las mujeres, especialmente en grupo de edades jóvenes, alcanzando una de las prevalencias más elevadas de Europa (5, 10).

Respecto a la intensidad del hábito de fumar, en España el promedio de cigarrillos por habitante y día se aproxima a una cajetilla, y los datos brutos referidos al año 1990 estiman los cigarrillos fumados en 82.000 millones.

Entre la *población adolescente* la prevalencia de tabaquismo es verdaderamente

preocupante. Un estudio reciente realizado por la OMS entre adolescentes europeos de 11-16 años, muestra que, en estas edades, el porcentaje de fumadores se ha multiplicado por ocho, sin que existan diferencias apreciables en cuanto a sexos; por el contrario, el porcentaje de mujeres fumadoras es superior al de varones en el grupo de 15-25 años de edad (2, 11-13).

La contrastada magnitud del hábito tabáquico no tendría mayor importancia si no fuera porque las consecuencias de esta drogadicción en la salud pública e individual son verdaderamente relevantes y nada magnánimas; de hecho, el tabaco no es una sustancia inocua, y su elevado potencial adictivo es capaz de establecer, en un corto período de tiempo (1-3 años) una fuerte adicción comparable a la que producen la heroína y la cocaína, y convertir al fumador en usuario regular de esta sustancia (3).

Aproximadamente el 14% de las muertes ocurridas en el territorio español son debidas al tabaco, y se estima que éste es responsable directo de unas 45.000 muertes anuales. A este respecto, los fumadores varones de cigarrillos, para todos los niveles de consumo, tienen un 70% de exceso de mortalidad respecto a los no fumadores, incrementándose la misma en función de la cantidad de cigarrillos fumados, el tiempo

Palabras clave: Tabaco. Actitudes de la población. Percepción de salud.

Fecha de recepción: Octubre 1997.

del hábito y la cantidad de nicotina y alquitrán de los cigarrillos (2, 5-6, 11, 14-22). Por otra parte, el consumo de un paquete diario de cigarrillos acorta 6 años las expectativas de vida; y los datos disponibles muestran que más de la mitad de las muertes asociadas al tabaco se producen entre los 35 y 69 años, perdiéndose un promedio de 23 años de vida. (14, 15). Si evaluamos la *mortalidad específica por causas*, podemos afirmar que el 80% del exceso de mortalidad atribuible al tabaco se relaciona con las enfermedades cardiovasculares, cáncer de pulmón, bronquitis crónica, enfisema y asma (2, 5, 16-18).

Pero el uso de tabaco no sólo es nocivo para la salud del fumador, sino que las evidencias sobre los efectos perniciosos de la exposición ambiental al humo del tabaco, convierten al tabaquismo en un problema que atenta contra la salud y el derecho a un ambiente sano y saludable. En la Comunidad Europea se atribuyen al tabaquismo pasivo unas 4.000 muertes anuales (2).

Esta información nos da idea del significado tan importante que el tabaco tiene en las causas de muerte prematura de la población española, con el coste subsiguiente que ello conlleva, tanto social como familiar y personal. Pero lo que resulta verdaderamente impactante y justifica la elevada responsabilidad política y sanitaria respecto a la prevención del tabaco es el hecho de que a los 15 años del abandono de este hábito las razones de mortalidad de los exfumadores y de los no fumadores son prácticamente idénticas. Aunque los beneficios sobre el corazón de dejar de fumar se hacen patente en el primer año tras el abandono, con una disminución del riesgo de hasta el 50% (20, 30).

Considerando esta información, nadie dudaría de la pertinencia e idoneidad de una estrategia de prevención frente al tabaco. En este sentido, el *Programa Salud-2000* de la OMS reconoce la lucha antitabáquica como una prioridad, estableciendo como meta, para los estados miembros, que «el 80% de la población, como mínimo, no sea fuma-

dora; y que el consumo nacional de tabaco se reduzca en un 50%...».

Los objetivos generales de esta lucha antitabáquica son conseguir que los jóvenes no comiencen a fumar y que los fumadores abandonen definitivamente su hábito, proteger a los no fumadores de los efectos nocivos del tabaco y crear un medio ambiente negativo para el hábito de fumar (31-36). En España se están realizando diversos planes de lucha antitabáquica institucional, siendo Cataluña la primera comunidad autónoma que elaboró un plan de estas características, y que se inició en 1981 con la creación de un grupo de trabajo para el estudio de las drogodependencias (37).

La consulta de Atención Primaria ofrece una de las mejores oportunidades para la identificación, el tratamiento, el seguimiento y la derivación de los fumadores. Por una parte la relación entre el médico y el paciente favorece que éste sea más receptivo a los consejos sobre la salud; además, la accesibilidad y continuidad de la atención a la comunidad es muy alta, de modo que más del 70% de los pacientes acuden a su médico de cabecera cada año, y la mayoría de los fumadores afirman que su médico podría influir sobre ellos para que dejaran o disminuyeran su hábito (8, 12, 15, 20-40).

En esta línea, el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de Salud (PAPPS), patrocinado por la SEMFyC, propone, en base a las evidencias científicas disponibles, intervenir de forma prioritaria —paquete mínimo de actividades preventivas en el adulto— sobre el uso del tabaco; basando dicha intervención en la detección sistemática de fumadores y en el asesoramiento continuado para el abandono o no inicio del hábito tabáquico.

Entre las diferentes modalidades de intervención, existen datos suficientes sobre la efectividad, en Atención Primaria, del *consejo breve*, y claro sobre la necesidad de dejar de fumar ofrecido por el médico al paciente (40-49). Y como apoyo a la deshabitación del fumador se le puede proporcionar material informativo adecuado, y

para los que tienen un alto grado de dependencia y un deseo firme de dejar de fumar, a pesar de varios intentos fallidos, se pueden utilizar chicles o parches de nicotina.

No obstante, los profesionales de la salud pueden y deben mejorar sus actuaciones de promoción y prevención del tabaquismo; de hecho, la Encuesta de Barcelona del año 92 puso de manifiesto que sólo declararon haber recibido consejo por su médico para dejar de fumar el 38% de los fumadores y el 32% de las fumadoras (10, 50-52).

Es por ello que pensamos que la información que aportaría un análisis situacional del tabaquismo a nivel local actuaría como elemento motivador para los profesionales de la salud y aportaría datos concretos que justifiquen la implantación de un programa formativo y de intervención frente al tabaco. Igualmente, esta información serviría como análisis basal para, tras la implantación de la intervención, comparar y evaluar los resultados obtenidos en la reducción de la prevalencia de esta toxicomanía.

Desde esta perspectiva, los *objetivos* de nuestro estudio son:

1. Determinar en la población que acude a las consultas de dos Zonas Básicas de Salud de Jaén capital, la prevalencia de tabaquismo y su relación con factores sociodemográficos y de salud.
2. Conocer la situación motivacional de los fumadores que demandan asistencia en el nivel primario de Salud respecto al abandono del hábito tabáquico y su relación con características sociodemográficas e indicadores de salud —percepción de salud, número de enfermedades crónicas y problemas cardiovasculares, de hipertensión arterial y respiratorios (EPOC).
3. Definir y valorar un modelo exploratorio multivariado para conocer las variables que, de forma no contundente, se relacionan con el hábito de fumar en los usuarios de las consultas de APS, y evaluar en qué medida predicen el hábito de fumar.

#### **Población y métodos**

Para alcanzar los objetivos propuestos se diseñó un estudio transversal mediante encuesta. El trabajo se realizó en Jaén capital, en los Centros de Salud «Federico del Castillo» y «El Valle», que atienden a una población de 50.000 y 25.000 habitantes, respectivamente; siendo el nivel socioeconómico en «El Valle» predominantemente bajo, y en el «Federico del Castillo» heterogéneo, con predominio del nivel medio. La continuidad de la atención prestada a la comunidad, por parte de ámbos centros, alcanza, al menos, los 5 años; y es interesante señalar que dichos centros de salud tienen acreditación docente para la formación de Médicos de familia según el programa formativo de especialidades vía MIR.

*Población:* La población diana se definió como el conjunto de usuarios que demandan atención sanitaria en el ámbito de la Atención primaria de Salud.

La *Población estudio* la conformaron las personas mayores de 15 años que acudieron a consulta a demanda en los centros de salud mencionados, en los primeros dos meses del año. Se consideró como criterio de exclusión, que el usuario presentara una patología mental o sensorial capaz de dificultar la realización de una entrevista.

Se eligió una *muestra* representativa de forma «aleatoria y sistemática», con una fracción de muestreo ( $r$ ) = 4. El tamaño se fijó mediante la fórmula para poblaciones finitas, con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y un proporción estimada de fumadores del 25%; siendo el tamaño mínimo, según estas especificaciones, de 288 y finalmente se estudiaron 300 pacientes, consideraron la posibilidad de algunas negativas a participar.

*Instrumentos de medida:* Para la *recogida de información* se utilizó un cuestionario administrado, después de la consulta, por entrevistadores entrenados no incluidos en el Equipo de Atención Primaria (médicos residentes de 2.º año de MFyC). Este cuestionario fue elaborado a partir de otros exis-

tentes en la literatura y que ya habían sido utilizados en poblaciones similares a la de este estudio; se realizó un pilotaje previo a su administración para valorar las dificultades de comprensión del mismo por parte de los encuestados, y la duración promedio de las entrevistas fue, aproximadamente, de 30 minutos.

**Dimensiones de estudio:** El cuestionario constaba de 41 ítems estructurados en las dimensiones siguientes:

**Consumo de Tabaco:**

Uso de tabaco: personas que habían fumado algún cigarrillo en el mes anterior a la encuesta.

**Cantidad de uso:** número de cigarrillos diarios fumados en el último mes.

**Situación motivacional respecto al tabaco:** Se clasificó a los fumadores según la actitud declarada respecto al consumo en:

- Les gustaría *abandonar* el hábito tabáquico.
- Desearían *reducir* la cantidad de cigarrillos fumados.
- Están de *acuerdo* con la cantidad que fuman.

**Consumo de Alcohol:** Se evaluó la frecuencia de consumo de alcohol y se clasificó a los encuestados en:

- No bebedores*, cuando no habían consumido alcohol en el último año o nunca.
- Bebedores ocasionales*: consumían alcohol menos de una vez por semana pero al menos una vez durante el último año
- Bebedores habituales*: consumían al menos una vez por semana; diferenciando tres subgrupos:

- Consumidores a diario.
- Sólo los fines de semana.

**Salud Objetiva y Subjetiva:**

**Salud subjetiva:** Se valoró midiendo la salud percibida en una escala ordinal de 5 opciones —desde muy buena a muy mala—, según el ítem utilizado en la Encuesta Nacional de Salud.

**Salud objetiva:** Se consideraron dos indicadores indirectos:

— Número de enfermedades crónicas (23) tipificados según los epígrafes de la clasificación internacional de enfermedades. Se consideró como enfermedad crónica los problemas de salud diagnosticados y que tenían una duración de al menos tres meses.

— Tipo de problemas: Se consideraron la hipertensión arterial, problemas cardíacos y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, puesto que tienen una clara relación con el hábito de tabaco.

**Características Socio-Demográficas:**

Edad.

Sexo.

Situación civil.

Estudios realizados.

Nivel socioeconómico estimado según la profesión del Registro Civil de Inglaterra y Gales.

Situación laboral.

**Análisis estadístico:** Tratamiento informático se realizó con el paquete estadístico SPSS/PC+ y se utilizó la base de datos, DBASE III PLUS. La secuencia de análisis fue la habitual en este tipo de estudios.

Se valoró la distribución de frecuencias de cada una de las variables de estudio, utilizando medias y porcentajes, como medidas de síntesis, según las variables tuvieran un carácter cuantitativo o cualitativo.

Se utilizó el contraste de hipótesis de la  $\chi^2$  (Ji al cuadrado), con corrección por continuidad si procedía, cuando las variables eran cualitativas. En el caso de la comparación de dos medias se utilizó la prueba de la t-student para muestras independientes y se evaluó la homogeneidad de más de dos medias con el análisis de la varianza para una vía.

Para evaluar la relación entre el *hábito de fumar* y el conjunto de todas las variables predictoras simultáneamente se utilizó la técnica de regresión logística con carácter exploratorio. Este análisis permite controlar el fenómeno de confusión y estimar la magnitud de la asociación mediante el cálculo de las «odds ratios» (OR) o razones de

ventaja de la probabilidad de ocurrencia del hábito de fumar del grupo de expuestos a una variable respecto al de no expuestos a la misma.

La variable resultado, hábito de fumar, era nominal dicotómica y se consideraron variables predictoras del mismo: el sexo, edad, nivel socioeconómico, frecuencia de consumo de alcohol, salud percibida, número de enfermedad crónicas y problemas de HTA, EPOC y Cardiovasculares. La selección de las variables del modelo se realizó mediante el método hacia atrás (backward stepwise) —se construye el modelo con todas las variables y se van eliminando aquellas que no aportan información significativa—; se asumió un error  $\alpha < 20\%$  para considerar la asociación estadísticamente significativa.

Para la estimación de los parámetros del modelo de regresión se utilizó el método de máxima verosimilitud y mediante la técnica de análisis de residuales se comprobó la bondad de ajuste del mismo.

#### Resultados

El perfil sociodemográfico de la población encuestada se caracteriza por un predominio de mujeres (60% de encuestados), de edad más numeroso el de mayores de 65 años (un 25.5% del total) —aunque la distribución por edad, agrupada en quinquenios es muy homogénea—. Por otra parte, el estado civil más frecuente entre los encuestados es el de casados (69%) y el nivel socioeconómico, estimado según la clasificación laboral del registro civil de Inglaterra y Gales, es predominantemente bajo; de modo que la cualificación profesional baja y las tareas no cualificadas eran desempeñadas por el 76,5% de los entrevistados.

Esta situación económica es consistente con el nivel de instrucción que declaran los encuestados; el 49,3% no tenían estudios primarios completos y sólo un 4,4% habían realizado estudios superiores.

#### 1. Uso de tabaco

La *prevalencia destinada de fumadores*, en la población que acude a las consultas de Atención Primaria de Salud, es de 31%; lo que significa que 1 de cada 3 personas que demandan asistencia en el mencionado nivel de atención es fumadora.

A continuación exponemos los resultados referidos al hábito tabáquico declarado por los encuestados, según diferentes características sociodemográficas:

**Sexo:** El uso de tabaco entre los varones es más frecuente que entre las mujeres; en este sentido son fumadores el 45,3% de aquellos frente al 21% de las mujeres. ( $p = 0.00001$ ).

**Edad:** La prevalencia de fumadores disminuye conforme aumenta la edad, siendo esta asociación estadísticamente significativa ( $p = 0.0000$ ). El porcentaje de fumadores en el grupo de 15 a 34 años de edad es ligeramente superior al 50% y en el de 65 ó más años de edad es del 12%. (Gráfico 1).

**Nivel socioeconómico:** Igualmente, observamos diferencias estadísticamente significantes en el porcentaje de fumadores según el nivel socioeconómico de los encuestados ( $p = 0.0004$ ). De hecho en las personas con cualificación superior o media el porcentaje de fumadores es del 27% frente al 40% observado en las de cualificación baja o muy baja.

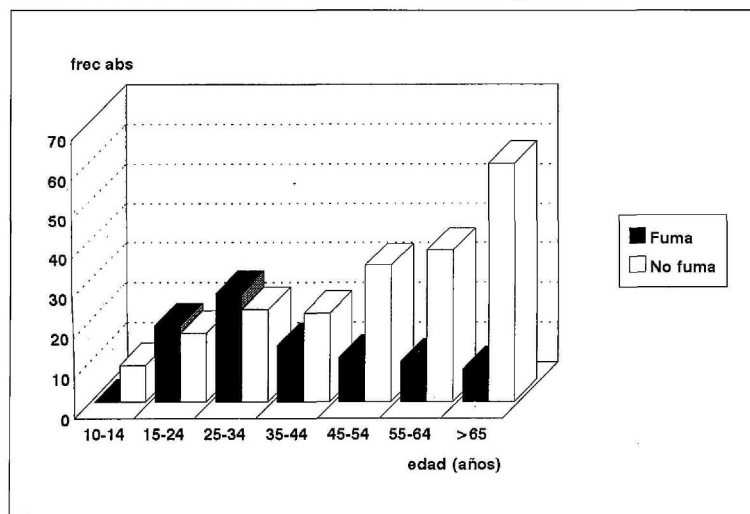
**Situación civil:** En cuanto a la situación civil, los solteros tienen el mayor porcentaje de fumadores (42,2%), y después los casados (28,9%), siendo los viudos o separados los que obtienen la menor prevalencia (20,7%). ( $\alpha = 6\%$ ).

#### 2. Cantidad de tabaco

Entre los fumadores el *promedio diario de cigarrillos consumidos* es de 16.5 (EM: 1.64) situándose la mediana en el valor 15 y el percentil 75 en el 20. Es decir la mitad de los fumadores consumen una cantidad mayor a 15 cigarrillos y el 25% superior a una cajetilla de tabaco.



Gráfico 1. Distribución del hábito de fumar según la edad



Si categorizamos la variable número cigarrillos en 3 grupos, aún siendo conscientes de la pérdida de información, observamos que el 45,7% de los fumadores consumen habitualmente de 1-10 cigarrillos diarios, el 42,6% de 11-20 cigarrillos y el 11,7% más de 20 cigarrillos.

El consumo de tabaco según características sociodemográficas de los fumadores se refiere a continuación:

**Sexo:** El promedio de cigarrillos es bastante similar en hombres y mujeres. En las fumadoras la media de cigarrillos diarios es de 14.2 (EE: 2.9) y en los varones de 17.9 (EM: 1.9), no siendo estadísticamente significativas las diferencias observadas ( $\alpha = 0.29$ ).

**Situación civil:** Por el contrario observamos que según la situación civil de los encuestados la cantidad de tabaco fumada era diferente ( $\alpha = 0.026$ ). Los viudos fumaban más cantidad de tabaco que los otros grupos —solteros y casados—, así, el promedio

de cigarrillos en los solteros es de 16.9 (EM: 3.5) en los casados es de 14.8 (1.3) y en los viudos de 33.16 (13.9).

**Edad:** No observamos en este estudio una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la cantidad de tabaco que fuman los encuestados ( $\alpha = 0.29$ ). De hecho hasta los 45 años de edad el porcentaje de fumadores de más de 10 cigarrillos oscila entre el 43% y el 52%, y en los de edad superior a 45 años el porcentaje de fumadores de más de media cajetilla de tabaco oscila entre el 60% y el 82%. (Tabla I).

**Nivel socioeconómico:** En otro sentido, tampoco observamos que la situación socioeconómica de los fumadores se relaciona con la cantidad de cigarrillos consumidos ( $\alpha = 0.59$ ). Así, el promedio de cigarrillos consumidos diariamente en el grupo de «no cualificados» es de 19.7 (EM: 4.6.1) en el de cualificación «baja o media» es de 15.6 (EM: 1.54) y respecto a las mujeres dedicadas a

**Tabla I: Número de cigarrillos fumados y edad de los fumadores**

	15-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años	a 65 años	N. por fila
1-10 cig. . .	55%	48%	57%	18.2%	40%	40%	42
>20 cig. . .	30%	44.5%	28.6%	72.8%	50%	40%	39
>20 cig. . .	15%	7.5%	14.4%	9%	10%	20%	11
N. por columna . . .	20	27	14	11	10	10	92

**Tabla II: Actitud frente al hábito tabáquico y cantidad de consumo de cigarrillos**

	Desea abandonar tabaco	Desea reducir consumo tabaco	Acuerdo con el hábito de fumar	N. total de fila
1-10 cigarrillos . . .	16 (38,1%)	6 (14,3%)	20 (47,6%)	42
11-20 cigarrillos . .	21 (53,8%)	9 (23,15)	9 (23,1%)	39
>cigarros . . . . .	7 (77,8%)	2 (22,2%)	0 (0%)	9
N. total columna . .	44	17	29	90

sus labores la media de cigarros es de 14.94 (EM.5.53)

**3. Situación motivacional frente al hábito de fumar**

En este estudio 1 de cada 2 fumadores manifestaron su deseo de abandonar el hábito tabáquico. Aunque el 31,5% declaró su acuerdo o parecer en que la cantidad fumada les parecía bien; por otra parte, el 18,5% de los fumadores opinaron que deseaban reducir el número de cigarrillos que fumaban. Al evaluar la actitud disonante frente al propio hábito de fumar, según la cantidad de tabaco consumida y diferentes peculiaridades sociodemográficas los resultados obtenidos fueron:

**Cantidad de tabaco:** Según la cantidad de tabaco fumada la situación motivacional de los encuestados difería significativamente ( $p = 0.0062$ ). En este sentido el consumo promedio de cigarrillos entre los que deseaban abandonar el hábito o reducir el consumo es bastante similar (17.29 y 17.05, respectivamente), y difieren significativamente de la media de cigarros entre los que les parecía bien la cantidad fumada que era de 9.8 (EM 1.2) (Tabla II).

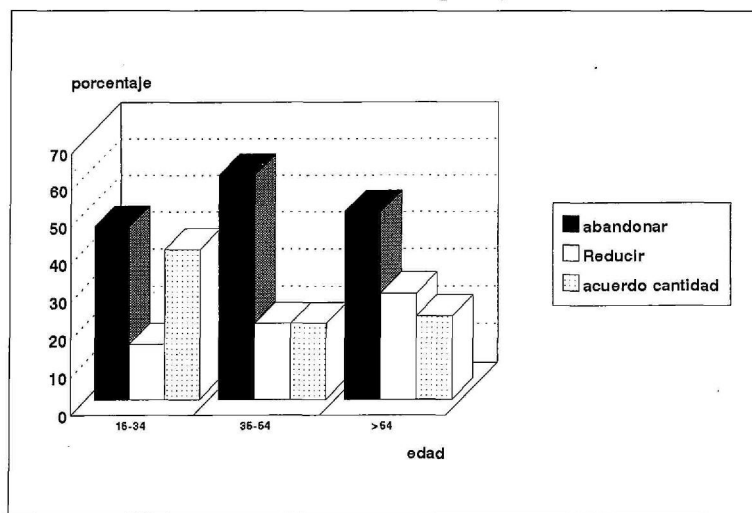
**Sexo:** También difería la situación motivacional frente al hábito de fumar según el sexo del fumador ( $p = 0.003$ ). Entre los varones el deseo de abandonar el tabaco fue más frecuente que entre las mujeres (51,8% frente al 47%, respectivamente), al igual que el interés en reducir el consumo (25% de fumadores respecto al 8,3% de las fumadoras); por el contrario al 44,4% de las fumadoras les parecía bien la cantidad fumada frente al 23,2% de los varones fumadores.

**Situación civil:** No observamos, por el contrario, que la situación motivacional respecto al abandono de hábito de fumar se relacionase con la situación civil, el nivel socioeconómico o la edad de los fumadores. En este sentido, deseaban abandonar el tabaco el 46% de los solteros, el 50.8% de los casados y el 60% de los viudos o separados ( $a = 0.46$ ).

**Edad:** En el grupo de 15 a 34 años de edad deseaban abandonar el hábito de fumar el 45.8% de los fumadores, en el grupo de 35 a 54 años el 60% y en los de edad igual ó superior a 55 años la mitad deseaban dejar el tabaco ( $o = 0.34$ ). (Gráfico 2).



**Gráfico 2. Actitud frente al hábito tabáquico y edad del fumador**



#### 4. Salud y tabaco

El 51,3% de las personas que acuden a las consultas de APS consideran que su salud es muy buena o buena, el 39,1% que es regular y el 9,5% que es mala o muy mala. Por otra parte, el promedio estimado de problemas crónicos es de 3,8 (EM: 0,147), situándose la mediana en el valor 3; lo que significa que el 50% de los encuestados tienen un número de enfermedades crónicas superior a 3.

Observamos que la salud percibida se asociaba con el número de problemas de salud crónicos declarados por los encuestados. En el grupo que consideró su salud como muy buena o buena el promedio de problemas crónicos fue de 2,9 (EM: 0,18) en los que la consideraron como regular la media de problemas fue de 4,5 (EM: 0,21) y en los que la definían como mala o muy mala fue de 4,9 (0,54); podemos constatar cómo difiere significativamente el primer grupo de los restantes ( $p = 0,0000$ ).

Según el hábito de fumar y características sociodemográficas, los resultados referentes a la salud de los encuestados son los siguientes:

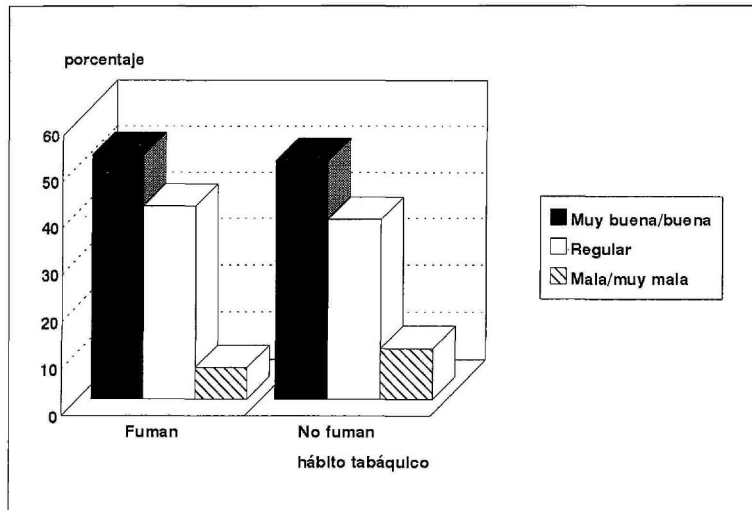
**Hábito de fumar:** No observamos que la percepción de salud se relacionara con el hábito de fumar de los entrevistados; aunque es interesante señalar que el 67% de los fumadores la consideraron mala o muy mala frente al 10,8% de los no fumadores. ( $\alpha = 0,53$ ). (Gráfico 3).

Por el contrario, el hábito de fumar se asociaba al número de problemas de salud de carácter crónico, en este sentido los fumadores tienen un promedio de enfermedades crónicas menor que los no fumadores (3,1 EM: 1,7) frente a un promedio de procesos crónicos de 4,1 en no fumadores).

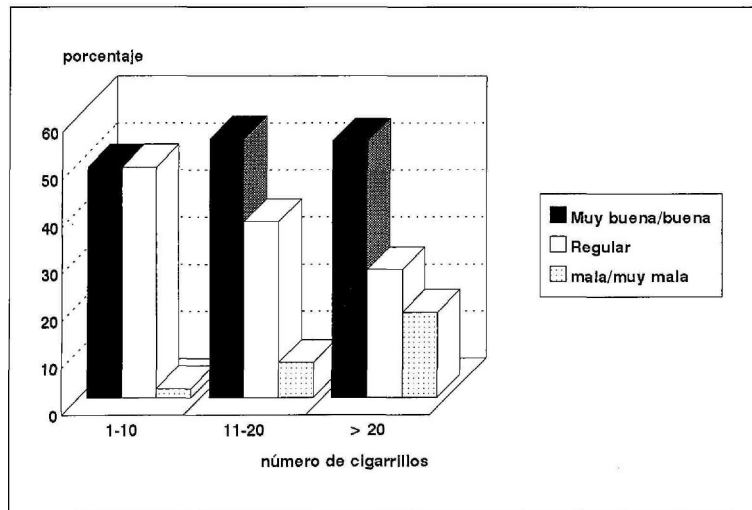
**Cantidad de tabaco:** En los fumadores que definieron su salud como muy buena o buena el promedio de cigarrillos es de 18,48 (EM: 2,82) y en el que consideraron su sa-



**Gráfico 3. Nivel de salud percibida según hábito tabáquico**



**Gráfico 4. Nivel de salud percibida y número de cigarrillos fumados**



lud mala o muy mala fue de 22.16 (EM:5.93) ( $\alpha = 0.198$ ). (Gráfico 4).

Igualmente, la cantidad de cigarrillos fumada se asocia al número de enfermedades crónicas, a medida que aumenta la cantidad de tabaco usada aumenta el promedio de problemas crónicos ( $\alpha = 0.0026$ ).

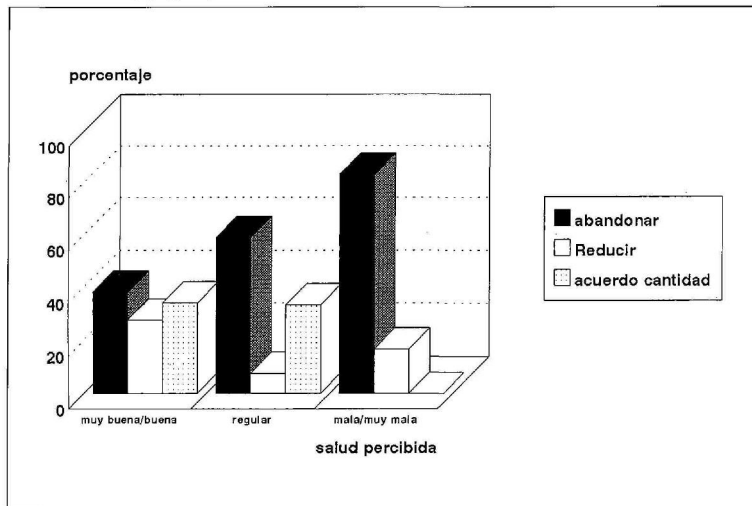
**Situación motivacional:** Y aunque no observamos que la percepción de salud se asociase estadísticamente con el hábito de fumar, sí que la motivación respecto al abandono del hábito de fumar difería significativamente según la percepción de salud de los fumadores ( $p = 0.04$ ).

De hecho manifestaron su deseo de abandonar el hábito de fumar el 38.3% de los que declararon que su salud era muy buena o buena, el 59% de los fumadores que la consideraron regular y el 83.3% de los que consideraron su salud como mala o muy mala. (Gráfico 5).

El número de enfermedades crónicas, al contrario que la salud percibida, no se relacionó con la situación motivacional respecto al abandono del hábito tabáquico ( $\alpha = 0.28$ ). La media de enfermedades crónicas entre los que deseaban abandonar el tabaco es de 3.5 (EM: 0.35), entre los que deseaban reducir el número de cigarrillo fumados es de 3.0 (0.61) y de 2.6 en los que les parecía bien la cantidad que fumaban. Los resultados obtenidas en salud percibida y procesos crónicos, tanto de fumadores como de no fumadores, según el sexo, situación civil, edad y nivel socioeconómico de los usuarios de las consultas de Atención Primaria se exponen a continuación:

**Sexo:** Los varones tienen peor percepción de su salud que las mujeres ( $\alpha = 0.011$ ), así el 53,6% de los que consideran que su salud es mala o muy mala fueron varones frente al 55% de los que la consideran muy buena o buena que son mujeres. Entre los

**Gráfico 5. Actitud frente al hábito tabáquico y percepción del nivel de salud**



entrevistados, independientemente del hábito tabáquico, el promedio de enfermedades crónicas era similar en varones y mujeres; siendo el promedio de procesos crónicos en aquellos de 3.5 y en mujeres de 4.1.

*Situación civil:* En otro sentido, los solteros tienen una percepción de salud mejor que los casados o viudos ( $\alpha = 0.040$ ) de modo que el 65% de los solteros declaran una salud muy buena o buena frente al 37,9% de los viudos que la consideran de igual forma.

Por otra parte, los solteros tienen un promedio de problemas crónicos de 3.1 (0.34), menor que los casados (3.98) y que los viudos, cuyo promedio es de 4.5 ( $\alpha = 0.03$ ).

*Nivel socioeconómico:* Los trabajadores más cualificados tienen una mejor auto-percepción de salud que los de menos cualificación ( $\alpha = 0.069$ ). El 77% de los entrevistados que tenían un trabajo de cualificación media o superior declaran una salud muy buena o buena, frente al 49% de los que desempeñaban trabajos no cualificados.

*Edad:* Igualmente, la edad de los encuestados se relacionaba con la percepción de salud ( $\alpha = 0.040$ ), en este sentido el 85% de los que consideran su salud «mala o muy mala» tienen más de 45 años frente al 50% de los que las consideran muy buena o buena que tienen una edad inferior a los 45 años.

Igualmente, los mayores de 35 años de edad tienen un promedio de enfermedades crónicas próximo a 4.5 y significativamente mayor que los menores de 35 años los cuales tienen un promedio de problemas crónicos de 2.7 ( $\alpha = 0.000$ ).

##### 5. Tabaco e hipertensión arterial, enfermedades cardíacas y EPOC

Nos pareció interesante valorar tres problemas crónicos frecuentes en la comunidad: La hipertensión arterial, las enfermedades cardíacas y la enfermedad pulmonar obs-

tructiva crónica. Estas patologías contribuyen de forma importante a las causas principales de mortalidad e incapacidad en las sociedades industrializadas, siendo el tabaco el factor de riesgo que, en mayor medida, contribuye a su ocurrencia.

En este estudio declararon padecer de hipertensión arterial el 18% de los encuestados, de EPOC el 15 % y de problemas cardíacos el 9%.

*Hábito fumar:* Observamos que el hábito de fumar tenía una asociación significativa con las enfermedades cardíacas y la hipertensión arterial, aunque en este estudio no observamos diferencias en el porcentaje de personas con EPOC según el hábito de fumar.

En este sentido, llama la atención que entre los no fumadores era mayor el porcentaje de personas que padecían problemas cardíacos que entre los fumadores (11.4 % frente al 3.3 % en fumadores) ( $p = 0.02$ ).

Igualmente, el 21.3% de los no fumadores padecían de hipertensión arterial frente al 10% de los fumadores ( $p = 0.019$ ). En el caso de la EPOC la ocurrencia de esta enfermedad entre fumadores y no fumadores es bastante similar (14.4 de aquellos frente al 15.3% de no fumadores) ( $\alpha = 0.84$ ).

##### 6. Modelo multivariante: Predictor del hábito de fumar

Consideradas todas las variables de forma simultánea en el modelo de regresión logística; las que se asociaron al hábito de fumar, de forma no contundente e independientemente, fueron la edad y el sexo, la frecuencia de consumo de alcohol, y la auto-percepción de salud y ocurrencia de cardiopatía. (Tabla III).

*Edad:* Observamos una relación lineal entre la edad y el hábito de fumar ( $p = 0.0000$ ); esta asociación era independiente de la frecuencia de consumo de alcohol, sexo, y situación de salud del encuestado.

De hecho, la probabilidad de ser fumador en los menores de 35 años era 6.5 veces superior que en los de edad igual o superior



**Tabla III: Modelo predictivo del hábito de fumar entre los encuestados.  
Análisis multivariante mediante regresión logística**

	B	S.E.	Sig.	Odds Ratio
FREC. ALCOHOL: . . . . .			.0000	
diaria . . . . .	1.7208	.3734	.0000	5.5887
fin semana . . . . .	.7203	.4251	.0902	2.0550
SEXO:				
varones . . . . .	.9874	.3496	.0047	2.6843
CORAZÓN:				
prob cardíacos . . . . .	1.0849	.7114	.1272	2.9592
SALUD PERCIBIDA: . . . . .		.1201		
muy buena/buena . . . . .	.6815	.3330	.0407	1.9769
regular . . . . .	.1775	.5916	.7642	1.1942
EDAD: . . . . .			.0000	
menos de 34 años . . . . .	1.8654	.3966	.0000	6.4582
35-54 años . . . . .	.9660	.4033	.0166	2.6274
Constant . . . . .	-4.3507	.8274	.0000	

a 55 años; igualmente en los que tenían una edad comprendida en el intervalo de 35-54 años la frecuencia de fumadores era 2.6 veces mayor que en los de mayor edad.

**Consumo de alcohol:** La frecuencia de consumo de alcohol se asoció al hábito tabáquico en el modelo de regresión ( $p=0.0000$ ); no siendo explicada por variables sociodemográficas o de salud.

Si consideramos como nivel de referencia a los abstemios o consumidores ocasionales de alcohol, el hábito tabáquico fue 5.6 veces más frecuente en los que bebían alcohol diariamente y 2 veces más frecuente en los que consumían sólo los fines de semana.

**Sexo:** Los varones respecto a las mujeres, a igualdad de edad, consumo de alcohol y situación de salud, son 2.6 veces más frecuentemente fumadores.

**Problemas cardiológicos:** En relación a los problemas crónicos valorados, hipertensión arterial, EPOC y cardiopatías, sólo estos últimos mostraron una asociación con el hábito de fumar en el modelo multivariante ( $\alpha = 0.12$ ).

En este sentido, el hábito de fumar fue 3 veces más frecuente en los que no padecían de

cardiopatía respecto a los que sí tenían este problema.

**Salud percibida:** Observamos que, considerando simultáneamente todas las posibles variables predictoras del hábito tabáquico, la mala percepción de salud se asociaba significativamente con el mismo. Así entre los que declaraban una salud muy buena o buena la frecuencia de fumadores era doble que en los que la declaraban mala o muy mala.

#### Discusión

El objetivo principal de este estudio era conocer la prevalencia de fumadores entre los pacientes que acuden a las consultas de APS y su relación con variables sociodemográficas y de salud, valorando igualmente la situación motivacional de los fumadores frente al abandono o reducción del hábito tabáquico. Los resultados más relevante al respecto muestran que el tabaco es una droga ampliamente extendida en la población, especialmente entre los más jóvenes. Y en otro sentido, un gran número de fumadores es disonante con su hábito, lo que

significa que desean abandonar o reducir el consumo de cigarrillos.

De forma previa a la discusión de estos resultados debemos considerar las características metodológicas del estudio con la finalidad de interpretarlos correctamente.

1. A este respecto conviene recordar el carácter de *usuarios de los servicios de salud* de la población de estudio; por lo que cabe esperar que la *salud de éstos sea peor* que las de otras poblaciones comunitarias. Esta característica además de definir la validez externa del estudio puede condicionar los resultados en varios aspectos:

— probablemente, una parte de esta población haya sido fumadora pero en la actualidad hayan abandonado el hábito de fumar por problemas de salud;

— igualmente, y por el mismo motivo, el porcentaje de fumadores actuales disonantes con su hábito y por tanto que desean abandonar o reducir el consumo de tabaco probablemente sea mayor que en población general.

La primera de estas condiciones podría infraestimar la prevalencia de fumadores a expensas de los que han abandonado el hábito de fumar. Y la segunda condición supraestimaría el porcentaje de fumadores disonantes con su hábito, fundamentalmente por sus problemas o necesidades de salud.

2. El segundo aspecto metodológico a considerar deriva de las *peculiaridades sociodemográficas* que suelen ser habituales en los usuarios de los servicios sanitarios de APS. Este perfil poblacional se caracteriza por la escasa representación de varones jóvenes y de edad media, la *sobrerrepresentación de mujeres sin trabajo remunerado*, en todas las edades, y de personas de edad madura y avanzada. A estas características hay que añadir el estatus socioeconómico predominantemente bajo que deriva del emplazamiento de este estudio en dos zonas geográficas de este nivel económico.

Las evidencias científicas acerca de la asociación entre hábito tabáquico y características sociodemográficas como edad, sexo y nivel económico y las peculiaridades co-

mentadas acerca de la población de estudio podrían afectar a los resultados infraestimando la prevalencia de tabaquismo; puesto que el mayor porcentaje de fumadores ocurre en las personas de edad joven y media y en las mujeres de mayor nivel socioeconómico y con trabajo remunerado fuera de casa (grupos poco representados en el estudio); por el contrario las personas de edad avanzada muy representadas en la población estudiada tienen menor prevalencia de hábito tabáquico.

3. Finalmente, un aspecto relevante en la validez interna del estudio por su influencia en la veracidad de la información obtenida son la posibilidad de ocurrencia de sesgos de clasificación que pudieran derivar del instrumento de medida (encuesta), del encuestado y/o del entrevistador. En este sentido, creo que la posibilidad de un error de este tipo es escasa y los argumentos que podríamos aducir son:

— Las observaciones obtenidas en este estudio son consistentes con los resultados publicados en la literatura científica (1, 2, 4-8).

— Por otra parte, en el diseño y administración de la encuesta se prestó especial importancia en articular los mecanismos necesarios para controlar este tipo de sesgos (54, 55).

**Cuestionario:** Se elaboró a partir de otros ya publicados, validados y ampliamente utilizados en población general. Se pilotó previamente el cuestionario con la finalidad de comprobar la comprensión del mismo por los encuestados.

**Entrevistados:** Existen evidencias de la buena correlación entre el análisis bioquímico de metabolitos de nicotina y el interrogatorio acerca del hábito de fumar; no pareciendo importante la infradeclaración del hábito por los encuestados.

**Encuestadores:** Se intentó que adoptaran una posición neutra para obtener infamación del encuestado para lo cual se le informó bien de los objetivos del estudio y se les entrenó previamente en como debían administrar la encuesta.

Realizadas estas consideraciones sobre los aspectos metodológicos discutiremos los hallazgos más importantes de este estudio.

**Habito tabáquico:** La prevalencia global de fumadores fue del 31%, y al igual que en otros estudios observamos entre los usuarios un comportamiento diferente según el sexo, la edad y el nivel socioeconómico (1, 2, 4-8).

Entre los varones la frecuencia de fumadores es del 45% y entre las mujeres del 21%; la mayor prevalencia de tabaquismo (ligeramente superior al 50%) se observó en el grupo de edad de 15-34 años, y en las personas con un nivel socioeconómico más bajo donde se observaron cifras del 40% de fumadores.

**Cantidad de tabaco:** Igualmente, los resultados coinciden con las publicaciones al respecto. En este sentido observamos que en los fumadores el promedio diario de cigarrillos fue de 16.5, con un 25% de estos que consumen más de una cajetilla diaria.

Es interesante comentar que no observamos asociación estadística entre la cantidad de tabaco y las variables demográficas. No obstante, habría que considerar que el total de fumadores es 92 y que el tamaño de muestra en los subgrupos es escaso, por lo que quizá no existe suficiente potencia estadística para que las pruebas de hipótesis detecten diferencias cuando realmente existen.

De hecho las diferencias de consumo por sexo y edad no son estadísticamente significativas, pero sí son clínicamente relevantes. Entre los varones el promedio de cigarrillos osciló entre 16 y 20, y entre las fumadoras entre 11 y 17. Respecto a la edad, la cantidad de tabaco consumido aumenta conforme aquélla se incrementa; lo cual es plausible con el potencial adictivo de la nicotina y con la progresiva tolerancia frente al tabaco. De hecho, en los menores de 45 años, fuman más de 10 cigarrillos diarios, hasta el 52% de los mismos, y en los de edad superior el porcentaje de

fumadores de más de media cajetilla asciende hasta el 80%.

**Situación motivacional frente al tabaco:** La información que ofrece nuestro estudio en este aspecto es probablemente la de mayor relevancia e importancia desde el punto de vista médico, preventivo y de responsabilidad ética y competencia profesional en la práctica médica.

A este respecto, uno de cada dos fumadores que contactan con el médico de cabecera (y por tanto accesibles a su intervención) declara que desean abandonar el hábito tabáquico o reducir el consumo de cigarrillos. Esta situación de disonancia con el uso de tabaco ocurrió en el 55.5% de las fumadoras y en el 77% de los varones fumadores. En la encuesta sobre tabaco de Barcelona (92) realizada en población general (no usuaria de servicios sanitarios) declararon deseos de abandonar el hábito de fumar el 55.5% de los fumadores y el 53% de las fumadoras; unas cifras evidentemente inferiores a las de nuestro estudio sobre todo para los fumadores varones (10).

Probablemente, y como ya comentábamos, ello podría ser debido a la peor salud de nuestros encuestados (en este sentido, el promedio de enfermedades crónicas en la población de estudio es aproximadamente de 4 y el 48,6% de los entrevistados consideran su salud distinta de buena). En este sentido constatamos una asociación estadística y clínicamente relevante entre la disonancia al hábito de fumar y la salud percibida de los fumadores. Entre los fumadores el 59% de los que consideraban su salud regular y el 33% de los que la consideraban mala o muy mala deseaban abandonar el hábito de fumar.

Considerando esta información y recordando que el tabaco es la primera causa evitable de mortalidad prematura e incapacidad en nuestra sociedad, parece contundente la responsabilidad del profesional de la salud, principalmente del médico, en la deshabitación tabáquica de sus fumadores apoyando y facilitando el abandono de esta droga. Sobre todo si conside-

ramos las fuertes evidencias científicas acerca de la pertinencia, efectividad y eficiencia de la intervención preventiva frente al tabaco en el nivel primario de salud (2, 5, 34, 38, 40, 42-48).

Hemos podido observar que en las consultas médicas de APS una gran parte de los fumadores se encuentran en la etapa tercera del modelo de actitudes frente al tabaco —actitud disonante con el hábito que mantienen— (2). En dicha situación la intervención radicaría en analizar las dificultades y beneficios relacionados con el abandono, en impulsar y apoyar la fijación de una fecha para el mismo y la prestación de información sobre la ayuda que se le ofrecería para hacer más fácil y efectiva la deshabituación.

No podemos dejar de mencionar en este apartado que los datos publicados sobre la actuación de los profesionales médicos, en cualquier nivel asistencial, sobre el hábito tabáquico de sus pacientes es susceptible de mejora. En la mencionada encuesta de Barcelona sólo el 38% de los fumadores y el 32% de las fumadoras declararon haber sido aconsejados por su médico para abandonar el hábito tabáquico (10).

Por otra parte, los estudios que valoran el registro en la historia clínica del hábito tabáquico de los pacientes observan que el infrarregistro y la no actualización de la información al respecto es una realidad frecuente (50-52). Suponemos difícil que en la práctica se aconseje a los pacientes sobre la necesidad de abandonar el hábito tabáquico cuando no se valora el mismo o se registra sólo de forma puntual.

**Tabaco y salud:** Los datos obtenidos respecto a la salud de la población estudiada nos permite interpretar correctamente los resultados y entender algunos datos llamativos. Constatamos un elevado número de enfermedades crónicas declaradas por los encuestados siendo mayor el promedio en los no fumadores.

En otro sentido, hemos observado una frecuencia de HTA, EPOC y cardiopatía (problemas relacionados con el tabaco) similar

a la prevalencia que se estima en la comunidad. Así, el 18% de los encuestados son hipertensos, el 15% padecen EPOC y el 9% problemas cardíacos. Igualmente, observamos que entre los no fumadores la frecuencia de estas patologías es mayor que entre los fumadores, excepto para la EPOC cuya ocurrencia es similar.

Estos datos, en principio poco razonables dan coherencia a nuestras conjeturas acerca de que era muy probable que existiese en este estudio un elevado porcentaje de exhumadores por problemas de salud. De hecho, en la literatura científica se considera como determinante fundamental del abandono del tabaco la situación de salud del fumador. Por tanto, no nos parecen llamativos los datos observados, y deben servir como punto de reflexión sobre la incapacidad, el sufrimiento y el coste sociosanitario que podría haberse evitado si la deshabituación a la nicotina hubiera ocurrido antes de sufrir sus consecuencias en salud.

**Modelo predictivo del hábito de fumar en las personas que acuden a las consultas de APS:** La importancia de este análisis radica en que es una forma eficiente de controlar los posibles factores de confusión y mejorar la veracidad de la información derivada del estudio. Ello es posible porque las técnicas multivariantes controlan la distorsión de resultados que producirían determinadas variables que se denominan confundidoras.

La técnica multivariante que utilizamos en este estudio para, además de controlar la confusión, valorar la magnitud de la asociación de las variables con la ocurrencia de tabaquismo, fue la regresión logística; considerando como variable dependiente de carácter dicotómico el hábito de fumar (sí/no).

Puesto que teníamos de muestra suficiente (el criterio más admitido considera que se puede introducir en el modelo de regresión una variable por cada 10 individuos estudiados) evaluamos en el modelo logístico 10 variables predictoras:

— Edad, sexo, nivel socioeconómico, situación civil.

— Salud percibida, número de enfermedades crónicas, problemas de HTA, EPOC y cardíacos.

— Frecuencia de consumo de alcohol.

Sólo consideramos que existía una asociación estadística cuando la significación era menor o igual al 20%. Según esta especificación, obtuvimos un modelo explicativo del hábito tabáquico, que clasificaba correctamente al 80% de los encuestados y recababa dos variables demográficas (edad y sexo), otras dos de salud (salud percibida y problemas cardíacos) y la frecuencia de uso de alcohol.

Las variables más fuertemente asociadas al hábito tabáquico fueron la edad y la frecuencia de consumo de alcohol. Así, de forma independiente a las otras variables, fue 6 veces más frecuente el tabaquismo en los menores de 35 años frente a los mayores de 54 años. Igualmente, entre los que consumen alcohol diariamente la frecuencia del hábito tabáquico es 5,6 veces mayor que entre los abstemios o consumidores ocasionales.

Las variables de salud que se asociaron de forma independiente al hábito tabáquico fueron la autopercepción de salud y padecer problemas cardíacos. De hecho, fue dos veces más frecuente el consumo de tabaco entre los que percibían su salud como buena o muy buena frente a los que la consideraban mala o muy mala. En igual sentido, los que no padecían problemas cardíacos fueron fumadores tres veces más frecuentemente que los que declararon alguna cardiopatía.

Por otra parte, los varones, independientemente de la edad, el consumo de alcohol y la situación de salud, tienen una frecuencia de hábito tabáquico doble que las mujeres.

Estos resultados vienen a confirmar las evidencias acerca de las principales caracte-

rísticas que recaban la población de fumadores en las consultas de APS; y nos dan idea de los grupos en los que la intervención tabáquica sería más eficiente. Aunque, por supuesto, dicha intervención debe pretender alcanzar a toda la población subsidiaria de beneficiarse.

Considerando los resultados obtenidos en este estudio podríamos concluir que:

1.º En términos numéricos, el tabaquismo es un problema de salud cuya magnitud supera a cualquiera de los problemas de mayor prevalencia en APS (hipertensión arterial, diabetes etc...).

2.º Desde el punto de vista de la salud comunitaria, la relevancia del tabaquismo no sólo radica en su magnitud, sino que además es un problema que afecta principalmente a jóvenes y personas de edad media. Si consideramos que el tabaco es la primera causa de muerte prematura y potencialmente evitable, no tienen justificación alguna la no intervención preventiva frente a este problema.

3.º La accesibilidad de los médicos de APS a sus pacientes fumadores es muy alta; de hecho una de cada tres personas que contacta con el médico de cabecera es fumadora. A ello debemos añadir que gran parte de estos fumadores desean abandonar o reducir su consumo de tabaco (uno de cada dos). Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad organizativa y asistencial de dar respuesta a un problema importante y que como tal es percibido por las propias personas que lo padecen. ◀

---

M.<sup>a</sup> del Carmen Alejandra García Tirado, Jesús Torío Duránte, M.<sup>a</sup> Asunción Sánchez Peralta, Carmen Rojas Salido, José Chamorro Quirós, *Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén. Hospital General de Especialidades «Ciudad de Jaén»*

---



## Bibliografía

1. GARY, A.; GIOVINO, Jack E.; HENNINGFIELD, Scott L.; TOMAR, G. ESCOBEDO, Luis, y SLADE, John: «Epidemiology of Tobacco use and dependence». *Epidemiology Reviews*, 1995; 17 (1): 48-65.
2. POZUELOS ESTRADA, J.: «El tabaco. Dependencia de nicotina». En: *II Curso de Master en Drogodependencia y SIDA*, 1996. Vol. I, Tema IV: 3-79.
3. A. TAYLOR, Susan: «Nicotine Addiction». *Can. Fam. Phy.*, 1994; 40: 1.614-1.617.
4. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICAS SANITARIAS: «Encuesta Nacional de Salud 1993». *Rev. San. Hig. Pub.*, 1994; 68: 121-178.
5. FERNÁNDEZ FERRÉ, M.ª L.; GUAL SOLÉ, A., y CABEZAS PEÑA, C.: «Alcoholismo, tabaco y otras drogodependencias». En: Martín Zurro, A., y Cano Pérez, JF: *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Barcelona. Doyma, 1994; 485-493.
6. COMAS FUENTES, Ángel: «Tabaquismo». *Fomento*, 1994; 2 (3): 198-209.
7. SERNAN ARNALIZ, M. Catalina; SERRA I MAJEM, L.; MIRET MONTANÉ, M.; GASCÓ EGUILUZ, E.; PÉRRERA ENJUANES, A., y MITJAVILA LÓPEZ, J.: «Prevalencia del tabaquismo en 6 comarcas de Lleida». *Atención Primaria*, 1997; 29 (5): 221-225.
8. BUENO CAVANILLAS, Aurora; RAMOS CUADRA, Amalia M.; RODRÍGUEZ TAPIOLES, Reyes; PÉREZ HUERTAS, María A., y GÁLVEZ VARGAS, Ramón: «Hábito tabáquico de la población de la provincia de Granada». *Gaceta Sanitaria*, 1993; 7 (38): 221-227.
9. PONS SUREDA, Onofre; BENITO OLIVER, Enrique; CATALÁN FERNANDEZ, Gustavo; SALOM, Pilar; PROENZA ARENAS, Ana; GARAU LLINÁS, Isabel, y AVELÁ MESTRE, Antonio: «Prevalencia del consumo de tabaco en Mallorca». *Gaceta Sanitaria*, 1992; 6 (28): 25-29.
10. NEROT, M.; BORRELL, C.; BALLESTÍN, M., y VILLALBA, JR.: «Prevalencia y características asociadas al consumo de tabaco en población general en Barcelona entre 1983 y 1992». *Revista Clínica Española*, 1996; 196 (6): 359-364.
11. Anónimo: «El tabaco perjudica más a las mujeres que a los varones. Nuevas investigaciones confirman los efectos nocivos del tabaco». *Jano*, 1997; LIII (1224): 790.
12. SÁNCHEZ BEZA, L.; MARTÍN-CARRILLO DOMÍNGUEZ, P., y GIL SERRANO, MP.: «Detección y características del consumo de drogas legales en jóvenes de 15 a 25 años». *Atención Primaria*, 1993; 11 (7): 350-352.
13. PARTRIDGE, M. R.: «El hábito tabáquico y la juventud. Una mancha en la salud de la nación». *B.M.J.*, 1993; 8 (6): 21-22.
14. RODRÍGUEZ TAPIOLES, Reyes; BUENO CAVANILLAS, Aurora; PUEYOS SÁNCHEZ, Armando; ESPIGARES GARCÍA, Miguel; MARTÍNEZ GONZÁLEZ, Miguel Ángel, y GÁLVEZ VARGAS, Ramón: «Morbilidad, mortalidad y años potenciales de vida perdidos atribuibles al tabaco». *Medicina Clínica*, 1997; 108: 121-127.
15. E. BARTECCHI, Carl; D. MACKENZIE, Thomas, y W. SHRIER, Robert: «The human costs of tobacco use». *New England Journal of Medicine*, 1994; 330 (13): 907-910.
16. RODRÍGUEZ TAPIOLES, Reyes; PUEYOS SÁNCHEZ, Armando; BUENO CAVANILLAS, Aurora; DELGADO RODRÍGUEZ, Miguel, y GÁLVEZ VARGAS, Ramón: «Proporción de enfermedad atribuible al tabaco en la provincia de Granada». *Medicina Clínica*, 1994; 102: 571-574.
17. PARDELL, H., y AGUSTÍ VIDAL, A.: «El tabaquismo como riesgo para la salud. Su coste médico y social». *Jano*, 1993; XIV (N.º extraordinario): 58-62.
18. KUMAR, PD; NEAL, K.; MONEY, S., y EUSTACE, D.: «Tabaco». *Lancet*, 1992; 20(5): 311.
19. ALCÁNTARA, PA.; AROCA, MD.; MENÁGUEZ, J.F.; ALCARAZ, J., y HERRANZ, J.J.: «El tabaco factor de riesgo en una Zona de Salud». *Atención Primaria*, 95; 16 (1): 38-42.
20. ABBOT, A., y BLANKENHORN, D.: «Preventive cardiology. Cardiovascular disease». En: Rakel, E.: *Textbook of family practice*. Philadelphia, 1990. WB Saunders company: 865-870.
21. GARCÍA LÓPEZ, P.; MARTÍN ROBLES, M., y RODRÍGUEZ GUZMÁN, M.: «Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares. Factores de riesgo. Detección y búsqueda de hipertensos, diabéticos y otros grupos de riesgo elevado». En: Gallo Vallejo, FJ.: *Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria*. Madrid, 1993. Edi I.M & C (Beechan): 1.262-1.274.
22. BANEGAS BANEGAS, JR.; VILLAR ÁLVAREZ, F.; PÉREZ DE ANDRÉS, C.; JIMÉNEZ GARCÍA-PASCUAL, R.; GIL LÓPEZ, E., y MUÑOZ GARCÍA, J.: «Estudio epidemiológico de los factores de riesgo cardiovascular en la población española de 35 a 64 años». *Rev. San. Hig. Pub.*, 1993; 67: 419-445.
23. BROTONS CUXART, C.; URRUTIA CUCHI, G.; MAIQUÉS GALÁN, A., y FRANCH TAIX, M.: «Epidemiología de la arterioesclerosis y de sus factores de riesgo en España. Papel de la Atención Primaria». *Medicina Integral*, 1995; 25: 15-28.
24. SEGURA BENEDICTO, A.: «La evolución de la mortalidad en España». *Med. Clin.*, 1996; 107: 458-459.

25. ALONSO, I.; REGIDOR, E.; RODRÍGUEZ, C., y GUTIERREZ-FISAC, L.: «Principales causas de muerte en España, 1992». *Med. Clín.*, 1996; 107: 441-445.
26. SIERRA LÓPEZ, A., y TORRES LAMA, A.: «Epidemiología de las enfermedades vasculares». En: Piedrola Gil, C., y cols. editores: *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona, 1991. Edic. Científicas y Técnicas (9.ª edic.): 830-841.
27. JUNCADELLA GARCÍA, E., y VILARDELL TARRÉS, M.: «Sistema cardiovascular». En: Martín Zurro, A., y Cano Pérez, JF: *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Barcelona, 1992. Edic. Doyma: 611-639.
28. BRONNER, L.; KANTER, D., and MANSOMN J.: «Primary prevention of stroke». *N. Engl. J. Med.*, 1995; 333: 1.392-1.400.
29. RICH-EDWARDS J.; MANSON J.; HENNEKENS, CH. and BURING; J.: «The primary prevention of coronary heart disease in women». *N. Engl. J. Med.*, 1995; 333: 1.758-1.766.
30. HAVAS, S.; WOZENSKI, S.; DEPPEZ, R.; MILLER, L.; CHARMAN, R.; HAMRELL, M.; GREEN, L. and BENN, S.: «Report of the new England task force on reducing heart disease and stroke risk». *Public Health Reports*, 1989; 104: 134-142.
31. Anónimo: «Informe sobre tabaquismo pasivo (I)». *Salud 2000*, 1994; 46: 26.
32. HERNÁNDEZ, JR., y TERCIADO VALLS, J.: «Tabaquismo pasivo». *Rev. Clínica Española*, 1994; 194 (6): 492-497.
33. GARCÍA, A.; HERNÁNDEZ, I., y ÁLVAREZ-DARDET, C.: «El abandono del hábito tabáquico en España». *Medicina Clínica*, 1991; 97: 161-165.
34. AGUADO MINGORANCE: «Tabaco o salud: Estrategia para la prevención del hábito tabáquico en A.P.». *Centro de salud*, 1995; 3 (10): 733-736.
35. CABEZAS: «La publicidad del tabaco en España». *Atención Primaria*, 1993; 12 (5): 245-247.
36. ROEMER: «Acción legislativa contra la epidemia mundial del tabaquismo». *Rev. Esp. Salud Pública*, 1996; 70 (1): 71-74.
37. VILLALBI, JR.; AUBÁ, J.; GARCÍA-GONZÁLEZ, A.: «Evaluación de un proyecto de prevención primaria del tabaquismo: El proyecto piloto base de Barcelona». *Rev. San. Hig. Pub.*, 1992; 66: 143-148.
38. CÓRDOBA GARCÍA, R., y SANZ ANDRÉS, C.: «Intervención de tabaquismo en Atención Primaria». *Formación continuada en Atención Primaria*, 1994; 1 (3): 203.
39. BLUM, Alan, y SOLBERG, Eric: «The role of the family physician in ending the tobacco pandemic». *Journal of Family practice*, 1992; 34 (e): 697-700.
40. GOGORCENA, MA.: «AOIZ. El papel de los equipos de Atención Primaria en la lucha contra el tabaquismo». *Centro de salud*, 1994; 2 (2): 91-98.
41. CIURANA MISOL, R.: «Actividades de Promoción y Prevención de la Salud». En: Martín Zurro, A., y Cano Pérez, JF: *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Barcelona. Doyma, 1994: 327-357.
42. COMAS FUENTES, A.; SUÁREZ GUTIÉRREZ, R.; LÓPEZ GONZÁLEZ, ML., y CUETO ESPINAR, A.: «Eficacia del Consejo Sanitario Antitabaco». *ME-DIFAM*, 1994; 4: 67-74.
43. PLANS, P.; NAVAS, E.; TARIN, G., RODRÍGUEZ, G.; GALÍ, N.; GAYTA, R.; TABERNER, JL., y SALIERAS, L.: «Coste-efectividad de los métodos de cesación tabáquica». *Med. Clín.*, 1995; 104: 49-53.
44. SALIERAS, L.; PARDELL, H.; SALTÓ, MARTI, E.; SERRA, G.; PLANS, L.; TRESSERRAS, P.; TABERNER, JL.: «Consejo antitabáquico». *Med. Clín.*, 1994; 102 (supl. 1): 109-117.
45. MARÍN TUYA, D.: «Eficacia real de la deshabituación tabáquica». *Med. Clín.*, 1991; 97: 533-535.
46. IMPERIAL CANCER RESEARCH FUND GENERAL PRACTICE RESEARCH GROUP «Ensayo clínico aleatorizado de parches de nicotina en una consulta de Medicina General: Resultados a un año». *B.M.J.*, 1994; 9 (9): 418-420.
47. FIORE, MC.; SMITH, SS.; JORENYB, DE., y BAKER, TB.: «Efectividad del parche de nicotina en el abandono del hábito tabáquico: Un meta-análisis». *JAMA* (ed. esp.) 1995; 4 (1): 48-58.
48. MOY, CS.; SONGER, TJ.; RONALD E. LAPORTE; DORMAN, IS.; KRISKA, AM.; ORCHARD, TJ.; BECKER, DJ., y DRASH, AL.: «Chances in dult cigarette smoking prevalence afther 5 years of Community Health Education». *Am. J. Epyd.*, 1993; 137 (1): 82-96.
49. Informe del U.S. Preventive services task torce. «Guía de actividades Preventivas en la práctica médica». *Una valoración de la efectividad de 169 intervenciones*. Madrid, 1991. Díaz de Santos: 3-50.
50. GARCÍA CULEBRAS, C.; GONZÁLEZ SÁNCHEZ, MC.; MONTERO NÚÑEZ, M.; PÉREZ-CRESPO GÓMEZ, C., y OLVARES ESCRIBANO, JJ.: «Evolución del grado de cumplimiento y accesibilidad de los datos en la historia clínica de Asistencia Primaria». *At. Prim.*, 1988; 5: 186-190.
51. BENET MARTÍ, JM.; CORTÉS VARGAS, P.; SOLÉ VILLA, J.; GUARCA ROJAS, A.; MARQUET PALOMER, R.; MUÑOZ GRIMALDO, M., y PASCUAL TALAVERA, JM.: «Factores de riesgo cardiovascular. Audit de su detección en Atención Primaria». *Atención Primaria*, 1990; 7 (núm. especial): 20-28.

52. GARCÍA BORO, S.; SIERRA GARCÍA, B.; MARÍN BARRIA, D.; DÍAZ OLALLA, JM.; OTERO PUIME, A.: «Evaluación de la calidad del proceso en equipos de Atención Primaria» *MEDIFAM*, 1993; 3 (1): 17-24.
53. SÁNCHEZ CANTALEJO RAMÍREZ, E.; OCAÑA RIOLA, R., y PEREA-MILLA LÓPEZ, E.: «Análisis multivariante». En: Burgos Rodríguez, R.; Chicharro Molero, JA., y Bobenrieth Astete, M. (Editores). *Metodología de la Investigación y escritura científica en clínica*. Junta de Andalucía. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, 1994: 211-240.
54. ARGIMÓN PALLÁS, JM., y JIMÉNEZ VILLA, J.: «Cuestionarios». En: Argimón Pallás, JM., y Jiménez Villa, J.: *Métodos de Investigación. Aplicados a la Atención Primaria de Salud*. Barcelona, 1991. Edic. Doyma: 135-148.
55. ROTHMAN KENNETH, J.: «Objetivos del diseño de estudios epidemiológicos». En: Rothman Kenneth, J.: *Epidemiología Moderna*. Madrid, 1986. Edic. Díaz de Santos: 89-113.

