

Abandono del consumo de tabaco en una cohorte de base poblacional

M. García^{a,b}, A. Schiaffino^a, J. Twose^a, C. Borrell^c, E. Saltó^{d,e}, M. Peris^a y E. Fernández^{a,c}, en representación de los investigadores del Estudio de Seguimiento de la Encuesta de Salud de Cornellà (ES.ESC)*

^aServicio de Prevención y Control del Cáncer. Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

^bDepartamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universitat de Barcelona. Barcelona.

^cServicio de Información Sanitaria. Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona.

^dDirección General de Salud Pública. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona.

^eDepartamento de Salud Pública. Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

OBJETIVO: Estudiar la tasa de incidencia del abandono del consumo de tabaco en una cohorte de base poblacional, así como determinar las características asociadas a éste.

MATERIAL Y MÉTODOS: Los datos proceden del Estudio de Seguimiento de la Encuesta de Salud de Cornellà del Llobregat (ES.ESC). Los análisis se restringieron a los fumadores diarios identificados en la entrevista basal (año 1994) y con información completa en la encuesta de seguimiento (2002). Se calcularon las tasas de incidencia de abandono y el riesgo relativo (con su intervalo de confianza) de abandono del consumo de tabaco mediante un modelo de Cox.

RESULTADOS: De los 353 fumadores diarios, 100 dejaron de fumar durante el período de seguimiento (incidencia acumulada del 28,3%). La tasa de incidencia de abandono fue mayor en los varones (42,34/1.000 personas-año) que en mujeres (24,97/1.000 personas-año), con un riesgo relativo de abandono para los varones de 1,69 (intervalo de confianza del 95%, 1,02-2,79). La edad y el nivel educativo se asociaron a un riesgo relativo de abandono mayor en los varones.

CONCLUSIONES: Los principales determinantes del abandono del consumo de tabaco son sociodemográficos (sexo, edad y nivel de estudios).

Palabras clave: *Tabaquismo. Abandono. Cesación. Estudio de cohortes.*

Smoking Cessation in a Population-Based Cohort Study

OBJECTIVE: To study the incidence rates and the determinants of smoking cessation in a population-based cohort.

MATERIAL AND METHODS: We used data from the Cornellà Health Interview Survey Follow-up Study. Subjects who declared they were daily smokers at baseline (1994) and had complete follow-up, with information on smoking status in 2002, entered into analysis. We calculated incidence rates and the relative risks of cessation (with 95% confidence intervals) using the Cox model.

RESULTS: Out of 353 daily smokers, 100 quit smoking during the follow-up period (cumulative incidence of 28.3%). The incidence rate of cessation was higher among men (42.34 per 1000 person-years) than among women (24.97 per 1000 person-years), with a relative risk of cessation of 1.69 (95% confidence interval, 1.02-2.79) for men. Age and level of education were associated with a higher relative risk of quitting in men.

CONCLUSIONS: The main determinants for smoking cessation are sociodemographic (sex, age, and level of education).

Key words: *Smoking. Quitting. Cessation. Cohort study.*

Introducción

Es bien conocido que el consumo de tabaco es un factor de riesgo susceptible de prevención, de manera

que la disminución de su prevalencia tiene repercusiones sanitarias en la incidencia y mortalidad por cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias^{1,2}. En Cataluña, en el año 2002, el 38% de los varones y el 26,5% de las mujeres declararon ser fumadores³. Respecto a años anteriores, se ha observado un descenso de la proporción de varones fumadores. En cambio, ha aumentado significativamente la prevalencia de fumadoras, especialmente entre las más jóvenes. Los datos para el conjunto de España muestran una tendencia similar. Los resultados de la última Encuesta Nacional de Salud (ENSE), realizada en 2001, revelan que el 34,4% de la población general mayor de 15 años es fumadora (un 42,1% de los varones y el 27,2% de las mujeres)⁴. En los varones, la prevalencia aumentó desde los años 1950 hasta mediados de la década de 1970, tras lo que se estabilizó durante un decenio y empezó a disminuir hasta

*El grupo investigador del Estudio de Seguimiento de la Encuesta de Salud de Cornellà (ES.ESC) está formado por: Esteve Fernández (investigador principal), Anna Schiaffino y Montse García (coordinadoras del estudio) y Mercè Martí, Esteve Saltó, Gloria Pérez, Mercè Peris, Carme Borrell, Francisco Javier Nieto y Josep Maria Borràs (investigadores asociados).

Este estudio ha sido financiado parcialmente mediante una ayuda del Fondo de Investigación Sanitaria (PI020261) y el Ayuntamiento de Cornellà de Llobregat. La Dra. M. García ha contado con financiación del Instituto de Salud Carlos III (Red de Centros RCESP C03/09).

Correspondencia: Dr. E. Fernández.
Servicio de Prevención y Control del Cáncer. Institut Català d'Oncologia.
Gran Via, s/n, km 2.7. 08907 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.
Correo electrónico: efernandez@ico.scs.es

Recibido: 4-11-2003; aceptado para su publicación: 24-2-2004.

la actualidad. En las mujeres, la prevalencia fue muy baja hasta la década de 1970, momento a partir del cual empezó a aumentar hasta nuestros días⁵⁻⁷. También se observan diferencias en cuanto al sexo y la clase social en el patrón de abandono. En los últimos años ha aumentado la proporción de abandono en los varones, aunque la tendencia es más marcada en aquellos de mayor nivel educativo, mientras que en las mujeres la proporción de abandono sólo ha aumentado entre las universitarias⁸⁻¹⁰ y la proporción de abandono es ligeramente superior en varones que en mujeres (el 34,1 frente al 28,4% en 1997)⁸. Estudios realizados en otros países muestran que no existen diferencias de sexo en el deseo, intento y éxito del abandono del consumo de tabaco¹¹, si bien un estudio transversal realizado en EE.UU.¹² indica que las mujeres tienen la misma probabilidad de dejar de fumar que los varones, pero muestran una mayor dificultad a la hora de mantenerse abstinentes.

Es bien conocido que el riesgo para la salud ocasionado por el tabaco se reduce de forma progresiva cuando se abandona su consumo¹³. Prácticamente la mitad de los fumadores desearía dejar de fumar⁴. Aproximadamente una tercera parte de los fumadores intenta dejar de fumar cada año y, sin embargo, menos de un 10% logra con éxito abandonar el consumo de tabaco¹³. Pese a que el principal obstáculo a la hora de abandonar el hábito tabáquico es la adicción a la nicotina, el consumo de tabaco y el abandono del hábito vienen caracterizados por determinantes sociales y psicológicos complejos¹⁴. Por tanto, el estudio de las características de los ex fumadores en comparación con las personas que continúan fumando es de interés para el diseño de intervenciones específicas y campañas dirigidas a la disminución de la prevalencia del consumo de tabaco.

Varios estudios en nuestro medio han identificado variables sociodemográficas asociadas a diferentes distribuciones del consumo de tabaco^{8,15-17}. Estos estudios, útiles además para observar tendencias, no ofrecen información sobre la incidencia del abandono. Para ello, son necesarios estudios de seguimiento que permitan observar las tasas de incidencia del abandono del consumo de tabaco¹⁴. El objetivo del presente trabajo fue analizar la incidencia del abandono del consumo de tabaco y sus determinantes en una cohorte formada a partir de una muestra representativa de la población general de Cornellà de Llobregat.

Material y métodos

Los datos del presente estudio proceden del Estudio de Seguimiento de la Encuesta de Cornellà del Llobregat (ES.ESC), una cohorte de base poblacional, que se constituyó a partir de los participantes de la Encuesta de Salud de Cornellà de 1994. En la encuesta basal de 1994 se entrevistó personalmente a 2.500 personas (1.237 varones y 1.263 mujeres) representativas de la población no institucionalizada de Cornellà de Llobregat, población del área metropolitana de Barcelona¹⁸. Ocho años después, tras actualizar el estado vital y la dirección de los participantes en la Encuesta de Salud de Cornellà mediante una conexión informatizada de datos con el Padrón Municipal de Habitantes, se intentó establecer contacto directo con cada uno de los 2.500 individuos (excluidos los fallecidos y

emigrados, a los que se identificó previamente mediante la conexión informatizada de datos) y se les administró una encuesta telefónica¹⁹.

Se diseñaron 3 tipos de cuestionarios para obtener la información de seguimiento. El primero era un cuestionario general para aquellos casos en los que la persona pudiera responder directamente (mayores de 14 años). En segundo lugar, disponíamos de un cuestionario del informador o *proxy*, utilizado cuando la persona seleccionada era menor de 15 años o estaba incapacitada y no podía responder directamente (este cuestionario seguía la misma estructura que el general, pero se eliminaron las preguntas de opinión o aquellas que, por su naturaleza, no podían ser contestadas por otra persona, incluido el consumo de tabaco). Por último, se diseñó un cuestionario de rechazo para las personas que no querían participar en la entrevista de seguimiento. Se les pedía que al menos respondieran sobre su estado de salud percibido, el consumo de tabaco y el nivel de estudios alcanzado. De esta forma, si no era factible obtener una información completa, al menos se podían recoger algunas variables potencialmente explicativas.

Los análisis se restringieron a las personas que habían declarado fumar diariamente en la entrevista basal de 1994 (n = 609) y de las cuales disponíamos de información completa sobre el consumo de tabaco en 2002 (n = 353). En concreto, de las 609 personas de la cohorte que en 1994 fumaban diariamente, 378 (62,1%) contestaron la entrevista de seguimiento. No se obtuvo información sobre tabaco en 5 sujetos incapacitados (0,8%) con cuestionario del informador, 11 personas (1,8%) se negaron a participar en el estudio, 22 (3,6%) fallecieron durante el período de seguimiento, 131 (21,5%) emigraron y, por último, no se pudo localizar a 62 personas (10,2%). Quienes no contestaron el cuestionario de seguimiento eran como promedio 4 años más jóvenes (p < 0,05) pero no existían diferencias estadísticamente significativas respecto al nivel educativo o los trastornos crónicos en comparación con los sujetos entrevistados de nuevo en el año 2002.

El consumo de tabaco se definió según los criterios de la Organización Mundial de la Salud²⁰, de modo que se consideró fumadora a la persona que fumaba al menos un cigarrillo diariamente, y ex fumador a quien hacía 6 meses que había dejado el consumo de tabaco pero que había fumado al menos un cigarrillo al día en el pasado.

Se calcularon las tasas de incidencia de abandono según el número de eventos (sujetos que dejaron de fumar) y la población-tiempo a riesgo, expresada en 1.000 personas-año. Se determinaron el riesgo relativo (RR) y su intervalo de confianza (IC) de abandono del consumo de tabaco mediante un modelo de regresión de Cox separadamente para varones y mujeres y ajustado por edad, tras comprobar que se cumplía la asunción de proporcionalidad de los riesgos en el tiempo; es decir, que la razón entre 2 funciones de riesgo para 2 individuos cualesquiera era constante en el tiempo. La variable dependiente o evento fue el convertirse en ex fumador (0: fumador; 1: ex fumador). Se tomó como inicio del seguimiento la fecha de realización de la entrevista basal y como fecha de censura se consideró, para los que continuaban siendo fumadores, la de cumplimentación del cuestionario de seguimiento y, para aquellos que habían dejado de fumar, la de abandono del consumo de tabaco declarada en la entrevista de seguimiento. Se excluyó del análisis a los sujetos fallecidos, los que habían emigrado, aquellos a los que no pudo localizarse y los que se negaron a responder el cuestionario breve de rechazo, ya que no disponíamos de información actualizada del consumo de tabaco.

Respecto a las variables independientes se consideraron las siguientes variables recogidas en la entrevista basal de 1994: sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, clase social, situación laboral, lugar de nacimiento), variables

TABLA I
Variables sociodemográficas asociadas con el abandono del consumo de tabaco. Estudio de Seguimiento de la Encuesta de Salud de Cornellà

	Abandonan ^a	Personas-año	Incidencia/1.000 personas-año	RR bruto (IC del 95%)	RR ajustado por edad (IC del 95%)
<i>Varones</i>	65	1.535,08	42,34		
Nivel de estudios					
Sin estudios	8	166,18	48,14	1	1
Primarios	39	994,03	39,23	0,81 (0,38-1,73)	1,32 (0,60-2,91)
Secundarios + universitarios	17	367,86	46,21	0,95 (0,41-2,21)	2,20 (0,86-5,66)
Lugar de nacimiento					
Cataluña	23	724,06	31,76	1	1
España/extranjero	42	811,02	51,79	1,61 (0,97-2,68)	1,08 (0,60-1,92)
Situación laboral					
Trabaja	39	884,94	44,07	1	1
Parado	9	372,26	24,18	0,54 (0,26-1,13)	0,62 (0,30-1,29)
Incapacitado + jubilado	13	185,85	69,95	1,58 (0,84-2,96)	0,91 (0,44-1,87)
Estudiante	4	76,70	52,15	1,19 (0,42-3,33)	2,59 (0,81-8,41)
Clase social ^b					
IVa + IVb + V	46	1.110,11	41,44	1	1
I + II + III	18	358,01	50,28	1,21 (0,70-2,09)	1,27 (0,73-2,19)
Edad (años)					
< 45	28	887,96	31,53	1	1
≥ 45	37	647,11	57,18	1,79 (1,10-2,93)	1,79 (1,10-2,93)
<i>Mujeres</i>	20	800,84	24,97		
Nivel de estudios					
Sin estudios + primarios	10	496,32	20,15	1	1
Secundarios + universitarios	10	304,52	32,84	1,66 (0,69-4,00)	1,85 (0,73-4,67)
Lugar de nacimiento					
Cataluña	11	481,07	22,86	1	1
España/extranjero	9	319,78	28,14	1,21 (0,50-2,93)	1,16 (0,41-3,29)
Situación laboral					
Trabaja	9	311,22	28,92	1	1
Parada	1	137,15	7,29	0,26 (0,03 -2,02)	0,24 (0,03-1,97)
Ama de casa	6	212,41	28,25	0,97 (0,35-2,73)	0,81 (0,26-2,55)
Estudiante	4	124,82	32,05	1,09 (0,34-3,55)	1,39 (0,36-5,42)
Clase social ^b					
IVa + IVb + V	13	472,88	27,49	1	1
I + II + III	7	289,42	24,19	0,89 (0,35-2,21)	0,86 (0,34-2,17)
Edad (años)					
< 45	17	689,82	24,64	1	1
≥ 45	3	111,02	27,02	1,08 (0,31-3,70)	1,08 (0,32-3,70)

IC: intervalo de confianza; RR: riesgo relativo.

^aNo se dispuso de fecha de abandono en 15 casos; ^bIVa + IVb + V: trabajadores manuales (cualificados y no cualificados); I + II + III: trabajadores no manuales.

de salud y estilos de vida como la salud autopercebida, la presencia de enfermedades relacionadas con el tabaco, el chequeo, el consejo médico, el alcohol y la actividad física, y variables del consumo de tabaco como el número de cigarrillos, la edad de inicio, el deseo de abandonar el consumo de tabaco y el número de intentos previos de abandono.

Resultados

De las 378 personas que declararon ser fumadoras diarias en 1994, excluimos a 25, porque en la entrevista de seguimiento declararon ser consumidoras ocasionales de tabaco, no se pudo recoger esta variable o presentaban incoherencias. De los 353 fumadores diarios, 100 de ellos habían abandonado el consumo de tabaco durante los últimos 8 años (incidencia acumulada de cese del consumo del tabaco del 28,3%). De éstos, no pudimos obtener la edad de abandono en 15 casos y los excluimos del análisis. Sin embargo, comprobamos si diferían de aquellos ex fumadores con información

completa. Aunque no se observaron diferencias respecto a la edad o el sexo, los sujetos sin información en la edad de abandono tenían menor nivel educativo y peor estado de salud percibida.

En la tabla I se presentan la tasa de incidencia, el RR e IC del 95% de abandono del consumo tabáquico según variables sociodemográficas. Se observan diferencias según el sexo: los varones presentan una mayor incidencia de cese del consumo de tabaco (42,34/1.000 personas-año) que las mujeres (24,97/1.000 personas-año). Los varones tienen 1,69 (IC del 95%, 1,024-2,79) veces más probabilidades de abandonar el consumo de tabaco que las mujeres. Se observa una tendencia positiva, estadísticamente significativa, entre el nivel de estudios y la probabilidad de dejar de fumar entre los varones ($\chi^2 = 14,62$; $p < 0,01$). El riesgo de abandono de los varones con estudios secundarios o universitarios es el doble (RR = 2,20; IC del 95%, 0,86-5,66) respecto a los que no tienen estudios. Entre las mujeres, a pesar de

que aumenta la probabilidad de dejar de fumar entre aquellas con mayor nivel educativo, estas diferencias no son estadísticamente significativas (RR = 1,85; IC del 95%, 0,73-4,67).

La edad es un determinante del abandono entre los varones, de modo que los mayores de 44 años tienen (RR = 1,79; IC del 95%, 1,10-2,19) más posibilidades de dejar de fumar que los varones de menor edad. Esta asociación no se observa entre las mujeres (RR = 1,08; IC del 95%, 0,32-3,70).

En la tabla II se muestran la incidencia de abandono así como los RR e IC del 95% según variables de salud y estilos de vida. No se ha encontrado ninguna asociación entre la salud autopercibida ni presentar o haber

presentado enfermedades relacionadas con el tabaquismo y el cese del consumo de tabaco. Los varones que declaraban realizar anualmente una revisión médica presentan una mayor probabilidad de dejar de fumar (RR = 1,97; IC del 95%, 1,20-3,24); sin embargo, esta relación no se aprecia entre las mujeres (RR = 2,23; IC del 95%, 0,80-6,27). La intervención sistemática del médico aconsejando a sus pacientes que dejen de fumar no está asociada al abandono entre los miembros de nuestra cohorte. Del mismo modo, ni la actividad física ni el alcohol aparecen como determinantes del consumo de tabaco en esta cohorte.

Respecto a las variables relacionadas con el consumo de tabaco (tabla III), no se observa un claro patrón res-

TABLA II
Variables relacionadas con la salud y los estilos de vida asociadas con el abandono del consumo de tabaco.
Estudio de Seguimiento de la Encuesta de Salud de Cornellà

	Abandonan*	Personas-año	Incidencia/1.000 personas-año	RR bruto (IC del 95%)	RR ajustado por edad (IC del 95%)
<i>Varones</i>					
Enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco					
No	40	1.067,50	37,47	1	1
Sí	25	467,58	53,47	1,43 (0,70-2,36)	1,12 (0,67-1,89)
Estado de salud autopercibida					
Salud óptima	54	1.325,31	40,74	1	1
Salud subóptima	11	209,76	52,44	1,30 (0,68-2,49)	1,01 (0,52-1,96)
Consejo médico					
No	29	660,72	43,89	1	1
Sí	36	874,35	41,17	0,93 (0,57-1,52)	0,84 (0,51-1,37)
Chequeo					
No	38	1.160,54	32,74	1	1
Sí	27	374,53	72,09	2,22 (1,35-3,63)	1,97 (1,20-3,24)
Actividad física					
Sedentarios	17	376,09	45,20	1	1
Activos	48	1.158,98	41,41	0,92 (0,53-1,60)	1,05 (0,60-1,83)
Alcohol					
> 32 g/día	18	381,22	47,22	1	1
11,3-32 g/día	15	416,61	36,00	0,77 (0,39-1,54)	1,02 (0,50-2,06)
≤ 11,2 g/día	13	253,36	51,31	1,09 (0,53-2,22)	1,48 (0,71-3,11)
Abstemios	8	219,15	36,50	0,79 (0,34-1,82)	1,08 (0,46-2,53)
<i>Mujeres</i>					
Enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco					
No	17	639,38	26,59	1	1
Sí	3	161,46	18,58	0,70 (0,20-2,38)	0,68 (0,20-2,33)
Estado de salud autopercibida					
Salud óptima	17	719,54	23,63	1	1
Salud subóptima	3	81,30	36,94	1,46 (0,43-5,00)	1,41 (0,40-4,95)
Consejo médico					
No	13	448,60	28,98	1	1
Sí	7	352,25	19,87	0,71 (0,28-1,77)	0,69 (0,27-1,74)
Chequeo					
No	15	684,50	21,91	1	1
Sí	5	116,35	42,97	2,24 (0,80-6,28)	2,23 (0,80-6,27)
Actividad física					
Sedentarias	5	194,52	25,70	1	1
Activas	15	606,32	24,74	0,95 (0,34-2,62)	0,89 (0,31-2,57)
Alcohol					
Cualquier consumo	8	275,84	29,00	1	1
Abstemias	5	210,72	23,73	0,84 (0,27-2,56)	0,85 (0,28-2,59)

IC: intervalo de confianza; RR: riesgo relativo.

*No se dispuso de fecha de abandono en 15 casos.

TABLA III
VARIABLES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE TABACO ASOCIADAS AL ABANDONO.
Estudio de Seguimiento de la Encuesta de Salud de Cornellà

	Abandonan ^a	Personas-año	Incidencia/1.000 personas-año	RR bruto (IC del 95%)	RR ajustado por edad (IC del 95%)
<i>Varones</i>					
N.º de cigarrillos/día					
≤ 10	22	423,46	51,95	1	1
11-20	28	745,48	37,56	0,72 (0,41-1,27)	0,78 (0,44-1,36)
≥ 20	15	342,95	43,74	0,84 (0,43-1,61)	0,83 (0,43-1,61)
Edad de inicio del hábito (años)					
≤ 15	23	579,34	39,70	1	1
16-18	25	627,82	39,82	0,99 (0,56-1,73)	1,15 (0,64-2,05)
≥ 19	17	327,91	51,84	1,30 (0,69-2,44)	1,20 (0,64-2,24)
Deseo de abandonar el hábito					
No	18	474,47	37,94	1	1
Sí	47	1.060,60	44,31	1,18 (0,69-2,03)	1,24 (0,72-2,14)
Intentos de abandono					
No	38	923,06	41,17	1	1
Sí	27	612,01	44,12	1,08 (0,66-1,77)	1,04 (0,64-1,71)
<i>Mujeres</i>					
N.º de cigarrillos/día					
≤ 10	12	404,99	29,63	1	1
≥ 11	8	395,85	20,21	0,67 (0,28-1,65)	0,66 (0,27-1,62)
Edad de inicio del hábito (años)					
≤ 18	12	540,62	22,20	1	1
≥ 19	8	260,22	30,74	1,39 (0,57-3,40)	1,38 (0,49-3,89)
Deseo de abandonar el hábito					
No	7	330,81	21,16	1	1
Sí	13	470,03	27,66	1,22 (0,48-3,06)	1,19 (0,47-3,03)
Intentos de abandono					
No	9	513,96	17,51	1	1
Sí	11	286,88	38,34	2,13 (0,88-5,13)	2,11 (0,87-5,10)

IC: intervalo de confianza; RR: riesgo relativo.

^aNo se dispuso de fecha de abandono en 15 casos.

pecto el número de cigarrillos fumados diariamente o con la edad de inicio del consumo de tabaco. El deseo de dejar de fumar no aparece como uno de los factores relacionados con el abandono del consumo de tabaco. El número de intentos de abandono previos tampoco se presenta como uno de los determinantes del abandono en los varones. En cambio, entre las mujeres sí parece estar asociado a un incremento del abandono, pese a que no es estadísticamente significativo (RR = 2,11; IC del 95%, 0,87-5,10).

Discusión

En nuestro estudio, de manera consistente con la bibliografía¹⁴, las variables sociodemográficas aparecen como los principales determinantes del abandono. Las tasas de abandono en esta población son similares a las obtenidas en otros estudios²¹⁻²⁴. En esta población, los varones presentan una mayor probabilidad que las mujeres de dejar de fumar. Sin embargo, datos de encuestas transversales en otras poblaciones indican que no existen diferencias de sexo en el abandono del consumo de tabaco¹¹. Entre los varones, son los de mayor edad los que abandonan el consumo de tabaco con mayor frecuencia. Además, las personas con estudios secundarios o universitarios tienden a dejar de fumar más frecuentemente que las personas sin estudios o con estu-

dios primarios. Este patrón de abandono del consumo de tabaco diferencial por sexo y por nivel de estudios puede explicarse por la fase de la epidemia del tabaquismo en nuestro país y por la teoría de difusión de las innovaciones, según la cual un nuevo comportamiento es adoptado por individuos con niveles educativos más elevados en primer lugar y después se difunde al resto de la sociedad²⁵. Estudios previos en la población española han indicado también la plausibilidad de este modelo en nuestro país^{6,7,10,26}. Algunos autores, sin embargo, han argumentado que las diferencias en el nivel de estudios pueden deberse a factores psicosociales¹⁴. Las personas con estudios superiores pueden estar más sensibilizadas al mensaje antitabaco. Además, pueden tener más oportunidades para dejar de fumar, padecer menos situaciones vitales estresantes y disponer de más modelos que ejercen roles ejemplares respecto al consumo de tabaco²⁷.

En el análisis transversal de la Encuesta de Salud de Cornellà de 1994, la edad aparecía como el principal determinante del abandono del consumo de tabaco, pero no el nivel de estudios¹⁷, como muestran también los resultados presentados tras 8 años de seguimiento. En la Encuesta de Salud de Cataluña realizada en 1994, las características asociadas al abandono fueron una mayor intensidad del consumo de tabaco, indicadores de estilos saludables y tener un mayor nivel de estudios¹⁵. Es-

tudios prospectivos muestran asimismo una asociación inversa del abandono con el número de cigarrillos fumados diariamente y un bajo nivel de estudios^{21,28-30}.

Respecto a las potenciales limitaciones del estudio, cabe remarcar en primer lugar que el tamaño de la muestra de fumadores era reducido y que estratificar los análisis por sexo ha reducido significativamente la potencia estadística, lo que limita la capacidad de detectar predictores del abandono del consumo de tabaco. Sin embargo, las características diferenciales de sexo de la epidemia de tabaquismo hacen necesario el análisis separado de varones y mujeres^{9,14}. Además, la información del consumo de tabaco se obtuvo en el 62,3% de la cohorte. Puede haberse producido un sesgo por selección; dos terceras partes de las pérdidas de la cohorte se produjeron debido a que los sujetos murieron antes de la segunda entrevista o bien a que cambiaron su lugar de residencia. Estas pérdidas naturales podrían influir en los resultados si, como es esperable, los fumadores de gran intensidad tuvieran tasas de mortalidad superiores, o si emigraran en mayor frecuencia que los fumadores moderados, porque en ese caso se sobrestimarían las tasas de abandono entre los fumadores intensos.

Por lo que respecta al consumo de tabaco autodeclarado, es una forma satisfactoria de clasificar a los fumadores en estudios epidemiológicos como el presente^{13,31}. Aunque en estudios de intervención el abandono del consumo de tabaco autodeclarado es sensible a una clasificación incorrecta, ésta es menor en los estudios observacionales³¹.

Identificar las características y los determinantes de los sujetos que abandonan el tabaquismo es clave para poder diseñar intervenciones sobre los grupos que con una mayor probabilidad pueden lograr dejar de fumar con éxito, o para concentrar los esfuerzos en grupos con elevada prevalencia de tabaquismo que hasta el momento parecen responder poco a las intervenciones. El abandono del consumo de tabaco es un proceso de cambio dinámico³²; por tanto, además de conocer las características sociodemográficas y relacionadas con el consumo de tabaco, es necesario averiguar qué motiva a los fumadores que intentan activamente dejar de fumar y cómo se puede ayudar a que se mantengan abstinentes^{33,34}.

La multiplicidad de factores relacionados con el abandono del consumo de tabaco implica que las políticas dirigidas al control del tabaquismo tienen que ser plurales y focalizarse en aspectos como el precio, la publicidad y la promoción de la salud, la aceptabilidad social y la dependencia de la nicotina³⁵⁻³⁷.

Agradecimientos

Los autores quieren agradecer a Raquel Azor, Elsa Plasència, Mireia Sagrera y Daniel Toro su participación en el trabajo de campo.

BIBLIOGRAFÍA

- Matheny K, Weatherman KE. Predictors of smoking cessation and maintenance. *J Clin Psychol* 1998;54:223-35.
- Karnath B. Smoking cessation. *Am J Med* 2002;112:399-405.
- Documento Técnico. Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA). Barcelona: Servei Català de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, 2003.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud, 2001. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.
- Fernández E, Schiaffino A, García M, Saltó E, Villalbí JR, Borràs JM. Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción a partir de las Encuestas Nacionales de Salud. *Med Clin (Barc)* 2003;120:14-6.
- Borràs JM, Fernández E, Schiaffino A, Borrell C, La Vecchia C. Pattern of smoking initiation in Catalonia, Spain, from 1948 to 1992. *Am J Public Health* 2000;90:1459-62.
- Schiaffino A, Fernández E, Borrell C, Saltó E, García M, Borràs JM. Gender and educational differences in smoking initiation rates in Spain from 1948 to 1992. *Eur J Public Health* 2003;13:56-60.
- Fernández E, Schiaffino A, García M, Borràs JM. Widening social inequalities. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:729-30.
- Fernández E, Schiaffino A, Peris M. Tabaquismo en mujeres: un problema de salud emergente. *Enf Emerg* 2001;3:184-90.
- Fernández E, García M, Schiaffino A, Borràs JM, Nebot M, Segura A. Smoking initiation and cessation by gender and educational level in Catalonia, Spain. *Prev Med* 2001;32:218-23.
- US Department of Health and Human Services. Women and smoking: a report of the Surgeon General. Rockville, MD: Centers for Disease Control, Office on Smoking and Health, Department of Health and Human Services, 2001.
- Royce JM, Corbett K, Sorensen G, Ockene J. Gender, social pressure, and smoking cessation: the community intervention trial for smoking cessation (COMMIT) at baseline. *Soc Sci Med* 1997;44:359-70.
- US Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General. Rockville, MD: Centers for Disease Control, Office on Smoking and Health, Department of Health and Human Services, 1990.
- Pederson LL, Brock J, McDonald J. Self-quitters and those who continue to smoke: a review of the literature. Toronto: Ontario Tobacco Research Unit, Literature Reviews Series n.º 6, 1996.
- García A, Hernández I, Álvarez-Dardet C. El abandono del hábito tabáquico en España. *Med Clin (Barc)* 1991;97:161-5.
- Fernández E, Carné J, Schiaffino A, Borràs JM, Saltó E, Tresserras R, et al. El abandono del hábito tabáquico en Cataluña. *Gac Sanit* 1999;13:353-60.
- Espinàs JA, Moreno V, Borràs JM, Pujol C, Martí M. Determinantes sociodemográficos del hábito tabáquico y de su abandono en la población de Cornellà de Llobregat. *Gac Sanit* 1999;13:126-34.
- Departament de Salut Pública. Ajuntament de Cornellà. Enquesta de Salut. Cornellà de Llobregat, 1993-1994. Cornellà de Llobregat: Ajuntament de Cornellà de Llobregat, 1995.
- García M, Schiaffino A, Fernández E, Martí M, Saltó E, Pérez G, et al. The Cornellà Health Interview Survey Follow-up (CHIS-FU) Study: design, methods, and response rate. *BCM Public Health* 2003;3:12.
- World Health Organization. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Geneva: Tobacco or Health Programme, WHO, 1997.
- Agudo A, Pera G, Rodríguez M, Quirós JR, Navarro C, Martínez C, et al. Changes of smoking habits in adults: results from a prospective study in Spain. *Ann Epidemiol* 2004;14:235-43.
- Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A, Lynn WR, Pechacek TF, Hartwell TD. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tob Control* 1997;6(Suppl 2):57-62.
- The COMMIT Research Group. Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT): I. Cohort results from a four-year community intervention. *Am J Public Health* 1995;85:183-92.
- Nordstrom BL, Kinnunen T, Utman CH, Krall EA, Vokonas PS, Garvey AJ. Predictors of continued smoking over 25 years of follow-up in the Normative Aging Study. *Am J Public Health* 2000;90:404-6.
- Rogers E. Diffusion on innovations. New York: Free Press, 1983.
- Fernández E, Schiaffino A, Borràs JM, Shafey O, Villalbí JR, La Vecchia C. Prevalence of cigarette smoking by birth cohort among males and females in Spain, 1910-1990. *Eur J Cancer Prev* 2003;12:57-62.
- Giovino GA, Shelton DM, Schooley MW. Trends in cigarette smoking cessation in the United States. *Tob Control* 1993;2(Suppl):3-16.

28. Freund KM, D'Agostino RB, Belanger AJ, Kannel WB, Stokes J III. Predictors of smoking cessation: a longitudinal study. *Am J Epidemiol* 1992;135:957-64.
29. McWhorther WP, Boyd GM, Mattson ME. Predictors of quitting smoking: the NHANES I follow-up experience. *J Clin Epidemiol* 1990;43:1399-405.
30. Osler M, Prescott E. Psychosocial, behavioural, and health determinants of successful smoking cessation: a longitudinal study of Danish adults. *Tob Control* 1998;7:262-7.
31. Patrick DL, Cheadle AC, Thompson DC, Diehr PH, Koepsell TS, Kinne S. The validity of self-reported smoking: a review and meta-analysis. *Am J Public Health* 1994;84:1086-93.
32. Prochaska JO, Velicer WF, Diclemente CC, Fava J. Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:520-8.
33. Hellman R, Cumming KM, Haughey BP, Zielezny MA, O'Shea RM. Predictors of attempting and succeeding at smoking cessation. *Health Educ Res* 1991;6:77-86.
34. Wewers ME, Stillman FA, Hartman AM, Shopland DR. Distribution of daily smokers by stage of change: current population survey results. *Prev Med* 2003;36:710-20.
35. Jarvis MJ. Patterns and predictors of smoking cessation in the general population. En: Bolliger CT, Fagerström KO, editors. *The tobacco epidemic*. Prog Respir Res. Basel: Karger, 1997;28: 151-64.
36. Villalbí J, López V. La prevención del tabaquismo como problema político. *Gac Sanit* 2001;15:265-72.
37. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.