

## **Recomendación de abandono del hábito tabáquico en una muestra de adultos de la ciudad de Rosario.**

Alumno: **S. Sebastián García Zamora**

Director: **Diego Bértola**

### **Resumen**

El tabaquismo es la principal causa de muerte prevenible en adultos en todo el mundo. Pese a ello, y del probado beneficio que provoca el abandono del mismo en sujetos de cualquier edad, e independientemente del grado de afectación producido por dicho hábito, muchos médicos no aconsejan a sus pacientes dejar de fumar.

Debido a esto nos propusimos evaluar las características del consumo de cigarrillos y la frecuencia en la recomendación de abandono del hábito en adultos de la ciudad de Rosario, Argentina.

Estudio transversal realizado durante los meses de Julio-Agosto y Noviembre-Diciembre de 2010 en la ciudad de Rosario, Argentina. Se encuestaron mediante muestreo no probabilístico por conveniencia 1217 sujetos mayores de edad concurrentes a los 7 distritos con que cuenta la ciudad, los cuales no guardan relación alguna con el sistema de salud de la misma.

El 57% de los participantes fueron mujeres; el 11% tenían un trabajo relacionado con el ámbito de la salud. La edad promedio fue de  $48,5 \pm 17$  años. Fumaba el 28% de los encuestados, y un 24% eran ex tabaquistas. No hubo diferencias en la edad de comienzo entre fumadores ( $18,4 \pm 7,1$  años) y ex fumadores ( $18,1 \pm 5,6$  años),  $P=0,509$ , ni tampoco en el grado de instrucción alcanzado por estos ( $p=0,142$ ). No se detectó correlación entre edad de comienzo y número de cigarrillos diarios en fumadores ( $r=0,098$ ,  $p=0,071$ ), existiendo correlación inversa en ex fumadores ( $r=-0,231$ ,  $p=0,0001$ ). La mediana de intentos para dejar de fumar fue menor en ex tabaquista (1 vs 3 veces,  $p<0,0001$ ). El 29% de las personas que recibieron la recomendación de dejar de fumar abandonaron el hábito, mientras que el 59% de los que no la habían recibido lograron hacerlo ( $P<0,0001$ ).

Se realizó un análisis factorial de correspondencias múltiples construyéndose luego una tipología de individuos divididos en cinco grupos con características semejantes. Según esto quienes lograron dejar el hábito eran varones, grandes fumadores, con secundaria completa. Aquellos que nunca intentaron dejar de fumar comenzaron a edades algo mayores, y fumaban menos que los que abandonaron el hábito ( $p<0,0001$ ).

El no encontrar relación entre el consejo del médico y el abandono del hábito tabáquico probablemente denote que para que este sea eficaz, debe impactar en la motivación por conseguirlo. En la construcción de grupos, los tabaquistas que no intentaron dejar de fumar comenzaron a edades algo mayores, y consumían menos cigarrillos por día. Esto podría señalar una percepción errónea de menor riesgo, que requeriría un abordaje diferente de este subgrupo. Estas variables deberán considerarse en futuros trabajos, para una mejor aproximación y análisis de la complejidad del logro del abandono del hábito tabáquico.

## Introducción

El tabaquismo es una práctica frecuente, estimándose que fuma el 40% de la población mundial entre 15 y 65 años(1-4). En nuestro país esta cifra ronda los 9.000.000 de personas, de los cuales 3.000.000 consumen más de 25 cigarrillos por día, y mueren anualmente alrededor de 40.000 personas a causa del tabaco(5-7).

El hábito tabáquico supone un factor de riesgo mayor para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias agudas y crónicas, múltiples neoplasias, entre muchas otras consecuencias deletéreas(8-13). De hecho algunas estimaciones postulan que esta práctica es responsable de más del 10% de las muertes de causa cardiovascular de todo el mundo, y que el tabaquismo origina más muertes que la infección por virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirido (HIV/SIDA), el alcoholismo, las drogas ilegales y los accidentes de tráfico en su conjunto(14). Estas cifras y estadísticas pueden multiplicarse, variando según las diferentes patologías con que se compare, pero resultando siempre impactantes. Al mismo tiempo, está bien demostrado que el abandono del consumo de tabaco es siempre beneficioso, sin importar el grado de daño ocasionado por el mismo al momento de discontinuarlo(15-20). Así, dejar de fumar prolonga la sobrevida luego de un infarto agudo de miocardio(21) o una cirugía de revascularización miocárdica(22), e incluso disminuye la mortalidad en sujetos a los que ya se les ha diagnosticado cáncer de pulmón(23), independientemente de su estadio. Por ello diferentes autores han postulado que abandonar el hábito tabáquico es la acción más beneficiosa que puede realizar un individuo que fuma, en lo que a su salud respecta. Incluso más, debe tenerse presente que los beneficios de lograr el abandono del tabaquismo se obtienen a corto plazo, y se acentúan con el tiempo; así, se estima que al año de abandonar el hábito se reduce a la mitad el riesgo de padecer enfermedad coronaria, mientras que a los 10 años el riesgo de cáncer de pulmón disminuye a menos de la mitad, y alrededor de 15 años luego del abandono, el riesgo de padecer enfermedad coronaria es igual al de aquellos que nunca fumaron (24-26).

En este contexto resulta difícil precisar con exactitud el motivo por el cual el tabaquismo continúa siendo una práctica tan difundida, a pesar de conocer los enormes perjuicios que esta conlleva. Es posible que presiones económicas, junto a construcciones y simbolismos culturales puedan dar cuenta, al menos parcialmente, de esto. Otra posible explicación es la falta de percepción real del riesgo que esta práctica supone entre aquellos que la realizan. Diversos trabajos han demostrado que un porcentaje considerable de tabaquistas “descreen” del riesgo real al que se exponen con esta práctica, y por tanto minimizan la importancia de abandonarlo. Llamativamente la práctica del tabaquismo es altamente prevalente incluso dentro del ámbito médico. En el año 2.004 la Sociedad Argentina de Cardiología realizó un relevamiento respecto a tabaquismo en médicos de nuestro país, el estudio TAMARA(27), del cual participaron 6497 médicos: en este, un 30% de los participantes fumaban, y 22,4% eran ex tabaquistas, sin diferencias significativas entre sexos.

Se postula que el logro de la cesación del hábito tabáquico tendría relación con la frecuencia en la recomendación por parte del médico del abandono de dicha práctica(28,29); pese a ello, un porcentaje importante de médicos en el estudio TAMARA no aconsejaban rutinariamente a sus pacientes que

abandonen este hábito(27). Si bien han transcurrido varios años desde este estudio, podemos suponer que la situación no haya cambiado sustancialmente.

Debido a todo lo expuesto nos propusimos investigar esta problemática en nuestra ciudad.

### **Objetivos**

Evaluar las características de consumo de tabaco en una muestra de adultos de la ciudad de Rosario, como así también las eventuales repercusiones de la recomendación de que abandonen dicho hábito por parte de los profesionales de la salud con que los encuestados tuvieron contacto durante el año previo.

### **Material y método**

Estudio de corte transversal realizado durante los meses de julio-agosto y noviembre-diciembre de 2010 en la ciudad de Rosario, Santa Fe. Se encuestaron mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia 1.217 individuos mayores de edad concurrentes a los 7 distritos de la ciudad, quienes asistían a los mismos por razones de índole administrativas, ninguna relacionada con cuestiones de salud, aceptando participar voluntariamente de la encuesta. Las encuestas consistían en un formulario cerrado prefijado, las cuales fueron llevadas a cabo por estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Rosario (UNR), quienes habían aprobado el total de las materias y se encontraban realizando la práctica final obligatoria de dicha carrera. El proyecto original consistió en la evaluación de los factores de riesgo cardiovasculares y el cumplimiento de la dieta hiposódica por parte de los sujetos hipertensos, denominándose "Menos sal, más vida", habiendo sido aprobado por la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR, según resolución N° 5820/2010. Para el mismo se implementó inicialmente una prueba piloto con el objetivo de validar el cuestionario, y posteriormente una encuesta definitiva. Luego de la prueba piloto no se realizaron modificaciones en los apartados de la encuesta concernientes a tabaquismo, por no haber objetivado problemas en la interpretación ni en las respuestas de dichos ítems. Debido a esto, tanto la prueba piloto como el estudio definitivo se efectuaron con la misma modalidad de selección de participantes y entrevista a los mismos, con el único requisito de que los sujetos que participaron del estudio piloto fueron excluidos del segundo estudio. El presente trabajo constituye un sub-estudio de dicho proyecto, el cual combina los datos de ambas fases del mismo.

Se definió como tabaquista a cualquier sujeto que consumía al menos un cigarrillo por semana, por al menos un mes; para ser considerado ex tabaquista los individuos debían haber suspendido dicha práctica durante al menos 6 meses consecutivos, no habiendo reincidido en la misma. El resto de los participantes se consideraron como no tabaquistas. El nivel de instrucción se subdividió en grados, desde primario a universitario, consignando si los mismos eran completos o incompletos.

Se aseguró el enmascaramiento de la identificación de los encuestados, y se deja constancia de que los autores declaran su adhesión expresa a lo establecido en la ley de Habeas data (República Argentina N° 25.326).

## **Análisis estadístico**

Para los cálculos de los valores descriptivos y los estudios bivariados se utilizó el programa SPSS v.15 para Windows. La asociación entre variables se efectuó mediante el análisis de tablas de contingencia y cálculo de coeficientes de correlación. Las comparaciones entre grupos se realizaron a través de ANOVA y posteriores comparaciones múltiples de Bonferroni para las variables continuas y test de Kruskal-Wallis para las categóricas. Para el análisis de correspondencias múltiples y la construcción de los agrupamientos se empleó el programa informático SPAD (Système Pour l'Analyse des Données). En todos los casos se consideró significativo un valor de  $p \leq 0,05$ .

## **Resultados**

El 57% de los encuestados fueron mujeres, el 73% de los participantes tenían obra social y el 60% se atendían en efectores de salud privados. Solo el 11% de los mismos tenían un trabajo relacionado con el ámbito de la salud. El 65% tenían un grado de instrucción igual o superior a estudios secundarios completos. La edad promedio de los participantes fue de  $48,5 \pm 16,9$  años. Entre los encuestados fumaban el 28%, un 24% eran ex tabaquistas y el restante 48% negaba dicho hábito. La edad de los no fumadores fue de  $48,6 \pm 18,2$  años, la de los fumadores de  $43,24 \pm 15,50$  años y la de los ex tabaquistas de  $54 \pm 14,6$  años, constatándose que fue superior la edad de este último grupo ( $P < 0,001$ ). La edad de comienzo del hábito de fumar no varió entre fumadores ( $18,4 \pm 7,1$  años) y ex fumadores ( $18 \pm 5,6$  años),  $P = 0,5096$ . Al comparar el máximo grado de instrucción alcanzado entre los miembros de los tres grupos, tampoco se encontraron diferencias significativas ( $p = 0,1415$ ). Se calcularon las correlaciones entre edad de comienzo de fumar y el número de cigarrillos diarios, resultando no significativa en fumadores ( $r = 0,098$ ,  $p = 0,0714$ ) y significativa e inversa en ex fumadores ( $r = -0,2308$ ,  $p = 0,0001$ ). En la muestra se encontró, además, una mayor proporción de consumo de tabaco entre las mujeres ( $P < 0,0001$ ). Asimismo, el 57% de los hombres que fumaban dejaron de hacerlo, comparado con el 36% de las mujeres con dicho hábito ( $P < 0,0001$ ).

Se comparó la cantidad de intentos para dejar de fumar entre los ex tabaquistas y los fumadores actuales, observando que la mediana de los primeros resultó menor que la de los fumadores (1 intento versus 3 intentos,  $p < 0,0001$ ). No se encontraron diferencias significativas en la mediana de intentos para dejar de fumar en las personas que habían recibido la recomendación del médico para discontinuar el hábito, comparado con aquellos que no habían sido aconsejados (2 veces versus 1 vez,  $p = 0,1270$ ). De hecho en nuestra muestra el 29% de las personas que recibieron la recomendación de dejar de fumar abandonaron el hábito, mientras que el 59% de los que no la habían recibido lograron dejar el cigarrillo ( $P < 0,0001$ ).

Con posterioridad se realizó la descripción simultánea de la estructura de los datos luego del Análisis de Correspondencias Múltiples, a través de una representación gráfica en ejes factoriales. Sobre un plano dividido en cuadrantes se ubicaron los puntos representativos de las categorías de las variables activas, analizándose sus posiciones recíprocas (*Figura 1*). En esta figura es posible observar que se ordenaron de izquierda a derecha las categorías de las variables "Hábito de fumar (sí, no, ex tabaquista)", si "intentó de dejar de fumar (no a varias veces)", si "lo ha logrado (no a diferentes tiempos del logro)" y de arriba hacia abajo el "grado máximo de instrucción (de primario incompleto a

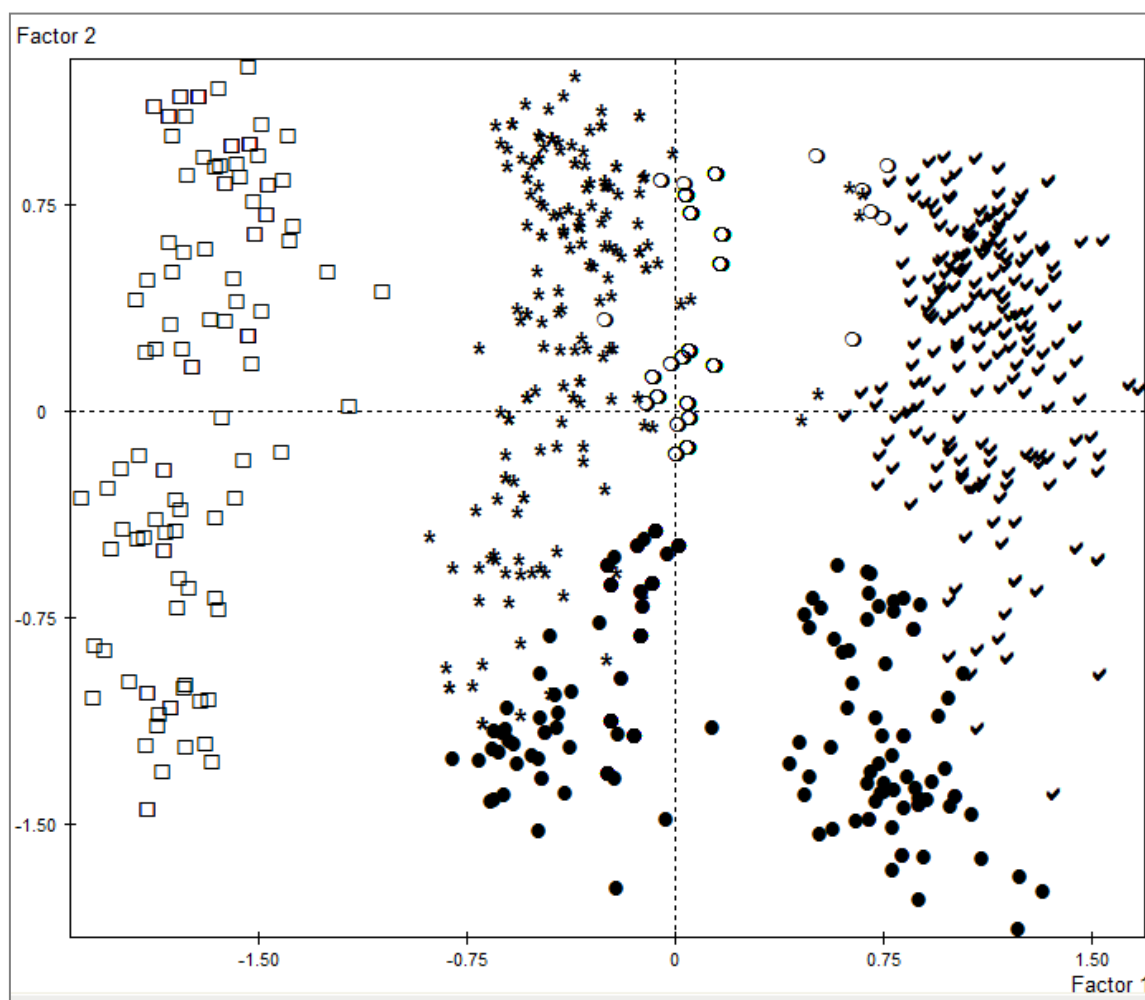


clase 5 se integró por varones ex tabaquistas que fumaban más de 20 cigarrillos diarios, con escuela secundaria completa, que intentaron dejar el hábito de 1 a 3 veces, no concurren a efectores públicos y poseen obra social.

CLASE	VARIABLES	Modalidades características	% de la modalidad en la clase	P
1 (n: 116, 10%)	hábito de fumar	Si	100,00	<0,0001
	ha intentado dejar de fumar?	No	100,00	<0,0001
	numero de cigarrillos por día	< 20	68,97	<0,0001
	edad de comienzo	15 - 30 años	81,03	<0,0001
2 (n: 185, 15%)	hábito de fumar	Si	97,30	<0,0001
	grado máximo de instrucción	Universitario incompleto	18,38	<0,0001
	ha intentado dejar de fumar?	Si	100,00	<0,0001
	cantidad de intentos por dejar de fumar	2-3	42,16	<0,0001
	su médico de cabecera le ha recomendado que deje de fumar?	Si	75,68	<0,0001
	numero de cigarrillos por día	< 20	70,81	<0,0001
	edad de comienzo	10 - 20 años	70,82	<0,0001
	obra social	Si	81,08	<0,004
3 (n: 405, 33 %)	hábito de fumar	No	97,53	<0,0001
	grado máximo de instrucción	universitario incompleto o completo	56,73	<0,001
	se atiende en un efector público?	No	90,12	<0,0001
	obra social	Si	97,78	<0,0001
	su trabajo tiene relación con la salud?	Si	15,06	<0,002
4 (n: 306, 25 %)	hábito de fumar	No	63,73	<0,0001
	sexo	Femenino	64,71	<0,001
	grado máximo de instrucción	primario completo o incompleto,	53,59	
	se atiende en un efector público?	Si	97,06	<0,0001
	obra social	No	76,47	<0,0001
	su trabajo tiene relación con la salud?	No	93,79	<0,001
5 (n: 205, 17 %)	hábito de fumar	Ex tabaquista	100,00	<0,0001
	sexo	Masculino	64,39	<0,0001
	grado máximo de instrucción	Secundario completo	34,15	<0,001
	ha intentado dejar de fumar?	Si	100,00	<0,0001
	cantidad de intentos por dejar de fumar	1-3	87,37	<0,0001
	su médico de cabecera le ha recomendado que deje de fumar?	No	70,73	<0,0001
	se atiende en un efector público?	No	81,95	<0,0001
	obra social	Si	97,07	<0,0001
	edad de comienzo	10 - 30 años	48,78	<0,0001
	numero de cigarrillos por día	> 20	49,76	<0,0001

**Tabla 1:** Descripción de la estructura de las 5 clases construidas

En la Figura 2 se proyectan las unidades de análisis según el “cluster” al que pertenecen, pudiendo verse la clase 1 a la izquierda, vecina a ella la clase 2, la clase 3 ubicada en la parte superior del centro del diagrama, la clase 4 orientada hacia la zona inferior y la clase 5 hacia la derecha, coincidiendo con la ubicación de las modalidades de las variables mostradas en la Figura 1.



**Figura 2:** Proyección de los individuos en los ejes 1 y 2 según clase de pertenencia: CLASE 1, \* CLASE 2, ○ CLASE 3, ● CLASE 4, □ CLASE 5.

De acuerdo a estos resultados de los análisis multidimensionales efectuados, los fumadores que intentaron abandonar el hábito aunque sin conseguirlo fueron mayoritariamente universitarios que habían recibido recomendación médica, en tanto que los que lograron dejarlo eran varones, grandes fumadores (>20 cigarrillos/día) con escuela secundaria completa. Por otra parte, aquellos que nunca fumaron tenían estudios universitarios y relación laboral con el ámbito de la salud, mientras que otro grupo de personas que tampoco fumaban eran mujeres con nivel de instrucción primario, su trabajo no tenía relación con la salud y no poseían obra social. Además los tabaquistas que nunca intentaron dejar de fumar, empezaron a edades algo mayores que los ex tabaquistas (15 a 30 años vs 10 a 30 años), y fumaban menos que los que abandonaron el hábito, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,0001$ ).

## Discusión

Se efectuó un análisis multivariado, enfoque que incluye un repertorio estadístico que permite considerar un conjunto de variables de manera simultánea. En una primera etapa se realizó un estudio de correspondencias múltiples y, luego, se aplicó una clasificación sobre las coordenadas factoriales, formándose agrupamientos o “clusters” que reúnen individuos con características semejantes y separan los diferentes. El análisis factorial de correspondencias múltiples ha tenido amplia difusión en diferentes campos de investigación en ciencias humanas, utilizándose en este trabajo teniendo en cuenta su aplicabilidad para analizar información que puede suministrar un conjunto de observaciones con numerosas características(30). El Análisis Factorial de Correspondencias permite poner de manifiesto relaciones no lineales entre las variables; de esta manera fue posible observar la organización de las variables en un plano factorial y ver la proximidad de diferentes categorías con el hábito de fumar. Al efectuar la partición, la configuración de las clases reflejó un gradiente desde la situación de fumador hasta el no fumador, asociado esto a diversas características individuales. De esta forma se logró el objetivo de construir diferentes tipologías a los efectos de identificar posibles situaciones de riesgo de individuos fumadores, a fin de avanzar en el conocimiento de condiciones que pueden fomentar el inicio del hábito tabáquico, o una menor tendencia a intentar o conseguir abandonarlo.

En nuestro estudio no encontramos relación significativa entre el consejo del médico y el abandono del hábito tabáquico; más aún, la mayor proporción de encuestados que dejaron de fumar fueron aquellos que no había recibido ningún tipo de recomendación durante el año previo a la encuesta. Estos hallazgos parecerían contrarios a la mayoría de las comunicaciones en la materia. Es posible que esta asociación casi paradójica denote que no es suficiente que un médico recomiende a un paciente que deje de fumar, para que éste lo intente. Para que el consejo sea eficaz, el receptor debe convencerse del mensaje recibido, lo cual implica una adecuada técnica de abordaje. Esto no es un dato menor: existe la tendencia a enfatizar la implementación de medidas farmacológicas por sobre las no farmacológicas en diversas patologías crónicas. Esto, sumado al acotado tiempo del que muchas veces se dispone para la consulta, podría originar que ciertas acciones de trascendental importancia, como enfatizar a un paciente tabaquista que debe dejar de fumar, se transformen en un acto efímero con escaso o nulo resultado en el interlocutor. En el estudio TAMARA(27) el 94% de los facultativos encuestados expresó que al menos ocasionalmente aconsejaba a sus pacientes respecto a la importancia de dejar de fumar. Consideramos que los resultados de nuestro trabajo plantean la incógnita respecto a la “calidad” del consejo que se realiza al paciente, y sobre todo la importancia del impacto que este genera sobre la persona que lo recibe.

Otro hecho llamativo es que los ex tabaquistas tuvieron menor cantidad de intentos para dejar de fumar que quienes no lo habían conseguido, con una mediana que implica que la mayor parte de ellos dejó de hacerlo en su primer intento. Esto podría deberse a una mayor motivación por parte de estos sujetos, la cual no parece relacionada con las intervenciones médicas en esta población. Otra posibilidad es que aquellos que consiguieron dejar de fumar hayan sido sujetos con menor nivel de adicción. En cualquiera de estos casos, es posible que se trate de un sub-grupo de individuos en quienes las recomendaciones médicas tengan un menor impacto, debido a mayor facilidad personal



para lograr abandonar este hábito. Esto, lejos de disminuir responsabilidad a los médicos, supone el desafío de concientizar y motivar a los sujetos con mayor dificultad para dejar de fumar, con el objeto de lograr que se convenzan de la importancia de esto, como así también de intentarlo reiteradas veces a pesar de que las tentativas previas hayan sido infructuosas. De hecho, que la mediana de intentos de dejar de fumar entre los pacientes que fueron aconsejados por algún médico haya sido de dos, no difiriendo significativamente del número de intentos de quienes no recibieron consejo, avalaría la idea de que existe un fallo para conseguir el impacto deseado con la consejería brindada.

Por último, no puede soslayarse que, de acuerdo con el análisis multidimensional realizado, el grupo de tabaquistas que no intentó dejar de fumar hayan adquirido el hábito a edades mayores que el resto, y fumen menos cigarrillos por día. Así como se ha demostrado que muchos tabaquistas no intentan dejar de fumar por descreer del riesgo al que se exponen, es posible que un subgrupo de fumadores que consumen "pocos" cigarrillos al día experimente una falsa sensación de "seguridad" respecto a su hábito. Esto podría ocasionar la percepción de que los consejos y recomendaciones respecto al tabaquismo "no se apliquen" a ellos, demandando la modificación de esta premisa como pre-requisito para que cualquier estrategia que se aplique tenga asidero en el sujeto en cuestión. Si bien es conocido que la relación entre el tabaquismo y las patologías pulmonares y neoplásicas guarda cierta relación lineal con la magnitud del consumo, no ocurre lo mismo con las patologías cardiovasculares y con el riesgo global al que se expone el individuo. Es decir que el consumo de tabaco, aún en forma esporádica, supone un riesgo considerable, el cual posiblemente no es dimensionado por algunos sujetos. Consideramos a esto el principal aporte del presente, ya que de confirmarse en nuevos estudios, obligaría a un cambio de estrategias ante ciertos subgrupos, tanto a nivel individual como colectivo, a los fines de transmitir el mensaje deseado de un modo más adecuado para lograr el impacto deseado.

Como limitaciones del presente debemos plantear en primer lugar que el diseño no haya sido efectuado con el objeto de estudiar el consumo de tabaco y sus consecuencias; esto origina que algunos datos, como el diagnóstico de cáncer o cualquier otra patología atribuible al tabaquismo, no se encuentren registrados en detalle, desconociendo el grado de impacto de esto sobre el consumo o discontinuación del hábito tabáquico. Por otra parte el incluir pacientes mayores de edad, por cuestiones legales de consentimiento informado, sumado al muestreo empleado, no probabilístico por conveniencia, pueden haber inducido algún sesgo de selección, lo cual limita la generalización de los datos demográficos obtenidos.

Empero, dado el tamaño de la muestra incluida, la proporción de tabaquistas y ex tabaquistas de la misma, y el sitio donde se llevaron a cabo las encuestas, consideramos pertinentes los hallazgos de los análisis multidimensionales efectuados. Sería deseable que nuevos estudios específicamente diseñados ahonden respecto a la percepción que tienen los fumadores del riesgo que su hábito les confiere, especialmente entre aquellos que lo hacen en menor medida, como así también la apreciación que desarrollan los sujetos luego de recibir el consejo de un médico para dejar de fumar, y en qué medida esto influye en su accionar futuro, de forma tal de poder delinear nuevas estrategias que optimicen esto.

## **Conclusiones**

Los tratamientos no farmacológicos son al menos tan importantes como los farmacológicos en el manejo de una gran cantidad de patologías crónicas. Pese a ello, la importancia que se les otorga suele ser desproporcionadamente menor, siendo la recomendación de dejar de fumar una intervención no farmacológica que no escapa a esta realidad. La evaluación de la intervención del médico para la cesación del hábito tabáquico no puede limitarse a recabar el enunciado de una simple recomendación, ya que esto resulta, cuanto menos, insuficiente para abarcar la complejidad de esta problemática. La vivencia por parte del paciente del consejo brindado por el médico, y el impacto de éste sobre su motivación para lograr cesar su hábito son elementos cruciales que determinarán sus acciones ulteriores. La representación personal del riesgo que conlleva su hábito parece ser otro elemento fundamental, el cual puede constituirse en una barrera oculta para la comprensión del beneficio que les conferiría abandonar el tabaquismo. Desconocer estos elementos conducirá, en una proporción importante de sujetos, al fracaso en el logro de dejar de fumar, incluso a pesar de reiterados “consejos” para dejar de hacerlo. Nuevos estudios deberían considerar incluir estas variables para aproximarse con mayor precisión a la compleja interrelación del abandono del hábito tabáquico.

## **Agradecimientos**

Los autores agradecemos a la Profesora María Cristina Tarrés y al Lic. Nicolás Torres, por su desinteresada colaboración en el análisis estadístico de los datos del presente.

## **Referencias**

- 1- Hahn EJ. Smokefree Legislation: a Review of Health and Economic Outcomes Research. *Am J Prev Med.* 2010 Dec;39(6 Suppl 1):S66-76.
- 2- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants. Noncommunicable diseases and mental health. Abril 2011. ISBN: 9789241564229
- 3- World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2013. Warning about the dangers of tobacco. Tobacco Free Initiative (TFI).
- 4- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Cigarette smoking among adults and trends in smoking cessation - United States, 2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2009 Nov 13;58(44):1227-32.
- 5- Tambussi A, Schoj V, Perel P, Zabert G, Ortiz Z. Revisión sistemática de estudios de prevalencia de tabaquismo en Argentina: Su utilidad para la vigilancia. Revisión sistemática de encuestas de tabaquismo en la Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. <http://www.msal.gov.ar/>

- 6- Rossi SM, Royer ME, Leguiza J, Irurzun AM. "Carga global de enfermedad por tabaquismo en la argentina" resumen de los resultados. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. <http://www.msal.gov.ar/>
- 7- Piscorz Daniel. Factores de riesgo en la Ciudad de Rosario. Resultados del estudio FAROS. Rev. Fed. Arg. Cardiol 1999 64:245-251
- 8- Prescott E, Hippe M, Schnohr P, et al. Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: longitudinal population study. BMJ 1998; 316:1043.
- 9- Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004; 364:937.
- 10- Huxley RR, Woodward M. Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. Lancet 2011; 378:1297.
- 11- Kawachi I, Colditz GA, Stampfer MJ, et al. Smoking cessation and decreased risk of stroke in women. JAMA 1993; 269:232.
- 12- Peto R, Darby S, Deo H, et al. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. BMJ 2000; 321:323.
- 13- Godtfredsen NS, Prescott E, Osler M. Effect of smoking reduction on lung cancer risk. JAMA 2005; 294:1505.
- 14- World Health Organization. WHO global report: mortality attributable to tobacco. Tobacco Free Initiative (TFI). 2012. ISBN: 9789241564434
- 15- Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. JAMA 2003; 290:86.
- 16- Mohiuddin SM, Mooss AN, Hunter CB, et al. Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease. Chest 2007; 131:446.
- 17- Hermanson B, Omenn GS, Kronmal RA, Gersh BJ. Beneficial six-year outcome of smoking cessation in older men and women with coronary artery disease. Results from the CASS registry. N Engl J Med 1988; 319:1365.
- 18- Rea TD, Heckbert SR, Kaplan RC, et al. Smoking status and risk for recurrent coronary events after myocardial infarction. Ann Intern Med 2002; 137:494.
- 19- Qiao Q, Tervahauta M, Nissinen A, Tuomilehto J. Mortality from all causes and from coronary heart disease related to smoking and changes in smoking during a 35-year follow-up of middle-aged Finnish men. Eur Heart J 2000; 21:1621.
- 20- Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004; 328:1519.
- 21- Wilson K, Gibson N, Willan A, Cook D. Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. Arch Intern Med 2000; 160:939.
- 22- Van Domburg RT, Meeter K, van Berkel DF, et al. Smoking cessation reduces mortality after coronary artery bypass surgery: a 20-year follow-up study. J Am Coll Cardiol 2000; 36:878.

- 23- Parsons A, Daley A, Begh R, Aveyard P. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. *BMJ* 2010; 340:b5569.
- 24- Zwar N, Richmond R, Borland R, Stillman S, Cunningham M, Litt J. Smoking cessation guidelines for Australian general practice. *Aust Fam Physician*. 2005 Jun;34(6):461-6.
- 25- The Royal Australian College of General Practitioners. Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. June 2012. ISBN: 9780869063316
- 26- Moran Rodriguez A y col. Grupo de respiratorio Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC) con la colaboración del Grupo de Abordaje al Tabaquismo SAMFyC. TABAQUISMO, Abordaje en Atención Primaria. Guía de práctica clínica basada en la evidencia. Octubre de 2011. ISBN: 9788481448740.
- 27- Zylbersztejn HM, Cardone A, Vainstein N, Mulassi A, Calderón JG, Blanco P, Pautasso E, Picarel A, Cragnolino R, Fernández S, Andina A, Saravia Toledo S, Torchio I, Belziti CA. Tabaquismo en médicos de la República Argentina. Estudio TAMARA. *Rev Argent Cardiol* 2007;75:109-116.
- 28- Zhou X et al. Attempts to quit smoking and relapse: factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. *Addict Behav*. 2009 Apr;34(4):365-73.
- 29- Moher M, Hey K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Apr 18;(2):CD003440.
- 30- Aranzazu T DA, Rodríguez BJ, Zapata R MM, Bustamante O J, Restrepo B LF (2007). Aplicación del análisis de factor de correspondencia múltiple en un estudio de válvulas cardíacas en porcinos. *Rev Col Cienc Pec* 2007; 20:129-140.