



# El abandono del hábito tabáquico en Cataluña

E. Fernández<sup>1,2</sup> / J. Carné<sup>1</sup> / A. Schiaffino<sup>1</sup> / J. M. Borràs<sup>3</sup> / E. Saltó<sup>2,4</sup> / R. Tresserras<sup>2,4</sup> / L. Rajmil<sup>1</sup> / J. R. Villalbí<sup>1,5</sup> / A. Segura<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya, L'Hospitalet, Barcelona.

<sup>2</sup>Departament de Salut Pública, Universitat de Barcelona, Barcelona.

<sup>3</sup>Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet, Barcelona.

<sup>4</sup>Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, Barcelona.

<sup>5</sup>Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona, Barcelona.

*Correspondencia:* Dr. Esteve Fernández, Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya; Campus de Bellvitge, Universitat de Barcelona; Ctra. Feixa Llarga, s/n; 08907 L'Hospitalet.

E-mail: efernandez@bell.uib.es

*Recibido:* 9 de septiembre de 1998

*Aceptado:* 27 de abril de 1999

(Determinants of quitting smoking in Catalonia, Spain)

## Resumen

**Objetivo:** Aunque se han monitorizado en los últimos años las tendencias en la prevalencia de fumadores y de ex fumadores en Cataluña, no se han descrito las características de los fumadores que abandonan el hábito. El objetivo de este trabajo fue estimar la proporción de abandono del hábito tabáquico en Cataluña en 1994 y estudiar las variables sociodemográficas, estilos de vida y características del hábito relacionadas con el abandono.

**Sujetos y métodos:** Se utilizó la información procedente de la Encuesta de Salud de Catalunya de 1994, que es un estudio transversal por entrevista de una muestra representativa de la población no institucionalizada de Catalunya. Se han incluido los 5.424 individuos mayores de 14 años (3.649 hombres y 1.775 mujeres) que declararon ser fumadores actuales (2.335 hombres y 1.331 mujeres) o ex fumadores (1.314 hombres y 444 mujeres). Se han calculado las proporciones de abandono (PA) o *quit ratios* crudas, estandarizadas por edad, y las correspondientes *odds ratios* (OR) de abandono.

**Resultados:** La PA ajustada por edad fue de 31,8% para los varones y de 30,9% para las mujeres, siendo mayor en los grupos de edad más elevada. La PA del hábito tabáquico es, en ambos géneros, mayor entre los casados, con un nivel socioeconómico más alto, y con indicadores de estilo de vida más saludables (actividad física de ocio moderada o intensa y consumo de alcohol moderado). La OR de abandono aumenta con la intensidad del hábito en los hombres (OR = 2,9; IC 95%: 2,2-3,8; fumadores de > 30 cigarrillos/día vs. 1-10 cigarrillos/día), mientras que en las mujeres la asociación no es lineal: las fumadoras de intensidad media tienen una menor probabilidad de abandono (OR < 1), que aumenta en las grandes fumadoras (OR = 1,7; IC 95%: 1,0-2,9).

**Conclusiones:** Este estudio confirma una asociación positiva, tanto para hombres como para mujeres, entre el abandono del hábito tabáquico y la edad avanzada, el nivel socioeconómico elevado, la mayor intensidad del hábito, y estilos de vida saludables. La caracterización de estos grupos debería facilitar la realización de intervenciones que puedan tener éxito en el abandono del hábito. Igualmente, es necesario concentrar esfuerzos en grupos que hasta el momento parecen responder poco a las intervenciones, como los fumadores moderados o de nivel socioeconómico bajo.

**Palabras clave:** Tabaquismo. Abandono. Proporción de abandono. Cesación. Encuesta de salud. Desigualdades. Cataluña.

## Summary

**Objective:** While trends in the prevalence of smoking and ex-smoking in Catalonia, Spain have been monitorized, the characteristics of those smokers who quit have not been investigated. The aim of this investigation was to analyze the prevalence of cessation, or quit ratio, in Catalonia and to study its sociodemographic, life-style, and smoking correlates.

**Subjects and Methods:** We analyzed data collected in the Catalan Health Interview Survey conducted in 1994. This is a cross-sectional study based on a representative sample of the non-institutionalized population of Catalonia. We included for analysis a total of 5,424 subjects (3,649 males and 1,775 females) who declared to be current smokers (2,335 males and 1,331 females) or past smokers (1,314 males and 444 females). We computed the crude and age-standardized quit ratios (QR) or prevalence of cessation, as well as the odds ratio (OR) of quitting smoking, according to gender and the variables studied.

**Results:** The age-standardized QR was 31.8% for males and 30.9% for females and increased with age. The QR was, both in males and females, greater among married subjects, with higher socioeconomic status, and with healthy life-styles (moderate and heavy leisure physical activity and moderate alcohol consumption). The OR of quitting smoking was higher in heavy smokers (OR = 2.9; 95% CI: 2.2-3.8; smokers of > 30 cigarettes/day vs. 1-10 cigarettes/day) in males, while it was < 1 for females of medium intensity, conforming a shaped curve rather than a linear trend (OR = 1.7; 95% CI: 1.0-2.9, in heavy smokers).

**Conclusions:** This study confirms a positive association in males and females between quitting smoking and increasing age, a higher socioeconomic level, heavy smoking, and healthy life-styles. The identification of these groups should facilitate the planning of successful interventions. Further effort is also necessary to target groups with low cessation rates, such as individuals in disadvantaged social classes and light smokers.

## Introducción

Es bien conocido que el tabaquismo es el principal problema de salud pública susceptible de prevención en los países desarrollados. Así, el tabaquismo es la primera causa de pérdida de salud, de muerte prematura y evitable<sup>1</sup>, y la causa evitable más importante de efectos adversos durante la gestación para la madre y para el hijo<sup>2</sup>. La OMS estima que el tabaquismo en el presente decenio causará tres millones de muertes anuales en todo el mundo, lo que representa el 6% de la mortalidad total<sup>3</sup>. En los países desarrollados se estima que el número de muertes anuales debidas al tabaquismo es, como mínimo, de dos millones, y en la Unión Europea de 450.000<sup>4,5</sup>. En España se ha estimado que durante el período 1978-1992 más de 600.000 muertes se pueden atribuir directamente al tabaco, es decir, unas 40.000 muertes al año, lo que representa el 14% de la mortalidad anual<sup>6</sup>.

La prevalencia del hábito tabáquico en Cataluña es elevada. En 1994, el 42,3% de los hombres mayores de 14 años y el 20,7% de las mujeres se declaraban fumadores y fumadoras<sup>7</sup>. La proporción de fumadores que declaran haber abandonado el hábito (respecto a la población general) fue del 23,8% en los hombres y del 6,9% en la mujeres; estos porcentajes se han mantenido bastante estables desde el año 1982<sup>7</sup>.

Aunque se ha utilizado frecuentemente la prevalencia de ex fumadores (o porcentaje de ex fumadores sobre la población general) como medida de abandono, este indicador presenta algunas limitaciones<sup>8</sup>, pues se calcula sobre toda la población y no sobre las personas realmente a riesgo de dejar de fumar. Por ello, diferentes trabajos han utilizado la proporción de abandono (o *quit ratio*), es decir, la proporción de ex fumadores sobre el total de fumadores, para monitorizar y estudiar los factores asociados con el abandono del hábito tabáquico<sup>9-14</sup>.

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 hábito<sup>15,16</sup>. Por ello, el objetivo del presente trabajo fue estudiar las características sociodemográficas, estilos de vida y características del hábito tabáquico relacionados con el abandono del hábito en una muestra representativa de los fumadores y ex fumadores de la población de Cataluña.

## Sujetos y métodos

Los datos del presente estudio proceden de la Encuesta de Salud de Cataluña 1994 (ESCA). Se trata de un estudio transversal por entrevista basado en una

muestra representativa de la población no institucionalizada de Cataluña<sup>17</sup>. Se obtuvo información socio-demográfica, sobre salud autopercebida y morbilidad, estilos de vida (incluyendo el ser fumador actual o pasado), utilización de servicios sanitarios, prácticas preventivas y prevalencia de discapacidades.

Se seleccionó una muestra de 15.000 sujetos mediante una estrategia de muestreo aleatorio polietápico. Para cada una de las ocho regiones sanitarias de Cataluña la primera unidad de muestreo fueron los municipios (los distritos municipales en la ciudad de Barcelona) y en cada uno de estos estratos se aplicó (segundo nivel) un muestreo aleatorio por conglomerados para seleccionar los individuos, asignando probabilidades proporcionales dentro de cada estrato según el peso del municipio (o del distrito). Este muestreo es representativo para cada una de las ocho regiones sanitarias y, aplicando la ponderación correspondiente, para toda Cataluña.

Los cuestionarios fueron administrados por encuestadores entrenados, de enero a diciembre de 1994 para evitar potenciales sesgos debidos a la estacionalidad. Sólo el 5,4% de los sujetos inicialmente seleccionados fueron substituidos por negativa a contestar o ausencia. Se utilizaron dos cuestionarios diferentes: uno para los sujetos de 15 años o más, y otro de tipo reducido para los menores de 15 años y para las personas incapacitadas para responder. Este cuestionario reducido no incluyó las preguntas sobre tabaco y estilos de vida.

El hábito tabáquico fue definido según los criterios de la OMS<sup>3</sup> como «Fumador Actual» (personas que fuman al menos un cigarrillo diariamente), «Ex Fumador» (persona que no fuma en la actualidad pero que ha fumado al menos un cigarrillo al día en el pasado), y «No Fumador». La información del número de cigarrillos fumados al día y la edad de inicio del hábito tabáquico fue recogida tanto de los fumadores actuales como de los ex fumadores.

En este análisis se ha incluido a todas aquellas personas que contestaron al cuestionario directamente y que declararon ser fumadores actuales o haber fumado en el pasado, lo que representa un total de 5.424 individuos mayores de 14 años (3.649 hombres y 1.775 mujeres). El análisis se ha realizado separadamente para hombres y para mujeres<sup>18,19</sup> y se ha tenido en cuenta la ponderación derivada del diseño muestral.

Los cálculos se han realizado mediante la comparación de la distribución de las variables de los ex fumadores con la de los fumadores actuales y los ex fumadores; así, se ha obtenido en cada caso el valor de la proporción de abandono (PA) del hábito tabáquico, o *quit ratio*, que es el resultado del cociente entre los ex fumadores y la suma de ex fumadores y de fumadores actuales:

$$PA = \frac{\text{ex fumadores}}{\text{ex fumadores} + \text{fumadores actuales}}$$

Ya que la edad es una de las variables determinantes del hábito tabáquico<sup>14</sup>, se han estandarizado por edad los valores de las proporciones de abandono mediante el método directo, tomando como población estándar la distribución por grupos de edad del conjunto de fumadores y ex fumadores de ambos sexos. Los valores de ambas proporciones de abandono se presentan en tantos por ciento.

Las proporciones de abandono crudas (PAc) y estandarizadas (PAe) por edad se han calculado según variables sociodemográficas: sexo, estado civil (soltero/a; casado/a; separado/a o divorciado/a; viudo/a), nivel de estudios (estudios universitarios; estudios secundarios, incluye BUP, COU y FP finalizada; estudios primarios, incluye hasta EGB o primaria completa; y menor que primarios, incluye primaria o EGB incompleta, sin

estudios y analfabetos), clase social basada en la ocupación<sup>20</sup> (I-II: directivos, propietarios y técnicos superiores; III: cuadros y dirigentes intermedios; IV-V: trabajadores cualificados, semicualificados y no cualificados), y situación laboral (trabaja; en paro; incapacitado/a; jubilado/a; labores domésticas; estudiante); variables de estilo de vida: consumo de alcohol (categorizado en abstemios/as y tertiles aproximados de consumo en varones [9,3 g/día y 20,8 g/día] y mujeres [3,2 g/día y 9,8 g/día]), seguir alguna dieta, actividad física habitual (inactivo/a; ligera; moderada; intensa) y en tiempo de ocio (no hace; ligera; moderada; intensa)<sup>21</sup> y variables relacionadas con el hábito tabáquico: número de cigarrillos diarios fumados (1-10; 11-20; 21-30;  $\geq 31$ ), edad de inicio ( $\leq 15$ ; 16-18;  $\geq 19$ ) y presencia de alguna enfermedad relacionada con el tabaco (enfer-

**Tabla 1. Proporciones de abandono crudas (PAc) y estandarizadas (PAe) por edad, y odds ratio (OR) de abandono por género y según variables sociodemográficas, Cataluña, 1994**

	Varones					Mujeres				
	Ex fumadores (n)	Fumadores (actuales y ex fumadores) (n)	PAc	PAe	OR <sup>a</sup> (IC 95%)	Ex fumadores (n)	Fumadores (actuales y ex fumadores) (n)	PAc	PAe	OR <sup>a</sup> (IC 95%)
Total	1.314	3.649	36,0	31,8	—	444	1.775	25,0	30,9	—
Edad (años)										
15-24	41	507	8,1	—	1	57	472	12,1	—	1
25-34	120	623	19,2	—	2,7 (1,9-4,0)	144	576	25,0	—	2,4 (1,7-3,4)
35-44	182	654	27,8	—	4,4 (3,1-6,3)	135	459	29,6	—	3,1 (2,2-4,3)
45-54	219	597	36,7	—	6,6 (4,6-9,5)	46	159	29,3	—	3,0 (1,9-4,7)
55-64	276	583	47,3	—	10,3 (7,2-14,7)	33	64	51,7	—	7,8 (4,4-13,7)
65-74	316	478	66,1	—	22,3 (15,4-32,3)	24	42	56,3	—	9,4 (4,8-18,4)
$\geq 75$	160	208	77,0	—	38,3 (24,3-60,4)	5	7	73,9	—	20,7 (3,7-114,0)
Estado civil										
Soltero/a	126	928	13,6	24,2	1	83	655	12,6	20,5	1
Casado/a	1.108	2.568	43,1	34,6	1,8 (1,3-2,4)	322	986	32,7	36,2	2,7 (1,9-3,9)
Separado/a/Divorc.	16	55	29,6	18,4	0,9 (0,5-1,9)	24	94	25,7	29,6	1,7 (0,9-3,1)
Viudo/a	63	95	66,5	33,0	1,5 (0,8-2,7)	15	38	39,0	16,2	0,7 (0,2-1,9)
Nivel de estudios										
Universitarios	155	389	39,9	34,6	1	104	278	37,6	47,1	1
Secundarios	211	828	25,4	32,0	0,7 (0,5-1,0)	147	632	23,2	36,5	0,5 (0,4-0,7)
Primarios	741	2029	36,5	30,7	0,6 (0,5-0,8)	182	818	22,3	27,4	0,4 (0,3-0,6)
Menor que primarios	207	399	52,0	28,1	0,6 (0,4-0,8)	11	47	23,6	37,2	0,3 (0,1-0,6)
Clase social										
I-II	261	718	36,3	31,5	1	125	381	32,8	36,3	1
III	282	731	38,6	34,2	1,1 (0,8-1,4)	118	472	25,0	34,4	0,8 (0,5-1,0)
IV-V	754	2.161	34,9	30,7	0,9 (0,7-1,1)	195	899	21,7	26,7	0,6 (0,5-0,8)
Situación laboral										
Trabaja	590	2.064	28,6	30,3	1	197	876	22,4	34,1	1
En paro	99	432	22,9	20,5	0,5 (0,2-1,3)	64	254	25,3	29,2	1,4 (1,2-2,0)
Incapacitado/a	79	165	47,6	26,5	0,4 (0,1-1,2)	6	13	48,2	16,9	1,6 (0,4-6,1)
Jubilado/a	527	788	66,8	41,3	0,6 (0,2-1,7)	19	31	61,4	33,9	1,3 (0,4-4,6)
Labores domésticas	—	—	—	—	—	133	404	32,9	34,0	1,5 (1,1-2,0)
Estudiante	12	182	6,8	3,4	0,7 (0,2-2,1)	25	188	13,4	9,5	1,1 (0,6-2,0)

<sup>a</sup>Odds ratio de abandono de hábito tabáquico, ajustada por edad (excepto para las OR por grupos de edad).

medades del corazón, presión alta, varices, bronquitis crónica, úlcera gastroduodenal, enfermedad cerebrovascular) de los 16 trastornos crónicos incluidos en el cuestionario<sup>17</sup>.

La relación simultánea entre las diferentes variables y ser ex fumador o fumador actual se ha analizado mediante regresión logística múltiple no condicional, que proporciona las *odds ratio* (OR) de abandono del hábito tabáquico, así como sus intervalos de confianza (IC 95%).

## Resultados

En la **tabla 1** se presenta la distribución de ex fumadores, fumadores (actuales y pasados), la PAc y la PAe, así como la OR de abandono, de acuerdo con el género y las variables sociodemográficas estudiadas. Aunque la PAc es ligeramente mayor en los hombres que en las mujeres, ambos sexos presentan una PAe similar, del 31,8% para los hombres y del 30,9% para las mujeres. La PAc aumenta con la edad, en ambos géneros, aunque en las mujeres se estaciona entre los 35-54 años, y es superior en los hombres a partir de la edad de jubilación (65 años).

Según el estado civil, los casados, junto con los viudos, tienen la mayor probabilidad de abandono del há-

bito tabáquico. Las mujeres separadas o divorciadas tienen una mayor PAe, y las viudas, al contrario de lo que se observa en los hombres, tienen una menor probabilidad de abandonar el hábito. En los hombres, el nivel de estudios conlleva una disminución de la probabilidad de dejar el hábito cuanto menor es el grado alcanzado (OR = 0,6; IC 95%: 0,4-0,8, universitarios vs sin estudios); en las mujeres se observa un patrón similar aunque más marcado (OR = 0,3; IC 95%: 0,1-0,6). Cuando se utiliza la clase social basada en la ocupación como medida del nivel socioeconómico, el patrón es también evidente en las mujeres, aunque no en los hombres. La situación laboral en los hombres muestra una menor probabilidad de abandono en todas las categorías respecto a la de los ocupados; en las mujeres, el patrón observado es el contrario al anterior.

Como se muestra en la **tabla 2**, un mayor consumo de alcohol en los hombres se asocia a una menor probabilidad de abandono, mientras que en las mujeres no se observa un patrón bien definido. Estar realizando dieta por motivos de salud está asociado directamente con el abandono en los hombres (OR = 2,4; IC 95%: 2,0-3,0), mientras que en las mujeres no se observa diferencias estadísticamente significativas (OR = 1,2; IC 95%: 0,8-1,8). La actividad física habitual no se asocia con el abandono del hábito. Cuando la actividad física es de ocio, los sujetos con actividad moderada pre-

**Tabla 2. Proporciones de abandono crudas (PAc) y estandarizadas (PAe) por edad, y odds ratio (OR) de abandono por género y según variables de estilo de vida, Cataluña, 1994**

	Varones					Mujeres				
	Ex fumadores	Fumadores (actuales y ex fumadores)	PAc	PAe	OR <sup>a</sup> (IC 95%)	Ex fumadores	Fumadores (actuales y ex fumadores)	PAc	PAe	OR <sup>a</sup> (IC 95%)
<b>Consumo de alcohol<sup>b</sup></b>										
Abstemio/a	476	1.035	46,0	34,4	1	244	902	27,1	32,7	1
Cat. 1	286	781	36,6	37,3	1,1 (0,9-1,4)	71	306	23,1	30,9	0,9 (0,6-1,2)
Cat. 2	316	937	33,7	29,6	0,8 (0,6-0,9)	51	270	19,1	26,8	0,5 (0,4-0,8)
Cat. 3	235	894	26,3	24,3	0,5 (0,4-0,7)	78	297	26,3	29,4	0,9 (0,6-1,2)
<b>Régimen dietético</b>										
No	936	3.031	30,9	29,2	1	386	1.612	24,0	30,1	1
Sí	378	619	61,1	44,7	2,4 (2,0-3,0)	58	163	35,5	34,9	1,2 (0,8-1,8)
<b>Actividad, Física habitual</b>										
Inactivo/a	370	927	39,9	34,0	1	122	532	23,0	33,0	1
Ligera	181	543	33,3	33,2	1,0 (0,8-1,4)	103	407	25,3	25,7	1,0 (0,7-1,4)
Moderada	648	1.695	38,2	31,1	0,9 (0,7-1,1)	197	740	26,6	32,0	1,0 (0,7-1,3)
Intensa	96	425	22,6	31,3	0,8 (0,6-1,0)	17	74	23,1	30,7	0,8 (0,5-1,5)
<b>Actividad, Física de ocio</b>										
No hace	372	1.126	33,1	31,2	1	129	545	23,6	30,8	1
Ligera	758	1.894	40,0	30,3	0,9 (0,8-1,1)	231	914	25,2	29,6	1,0 (0,8-1,3)
Moderada	146	444	32,9	37,7	1,6 (1,2-2,1)	80	287	27,7	38,6	1,3 (0,9-1,9)
Intensa	37	185	20,1	31,1	1,4 (0,9-2,2)	5	29	17,5	11,0	1,0 (0,3-2,9)

<sup>a</sup>Odds ratio de abandono del hábito tabáquico, ajustada por edad.

<sup>b</sup>Límites de los intervalos (en g/día). Varones: Cat. 1 < 9,3; Cat. 2: 9,3-20,8; Cat. 3 > 20,8. Mujeres: Cat. 1 < 3,2; Cat. 2: 3,2-9,8; Cat. 3 > 9,8.

**Tabla 3. Proporciones de abandono crudas (PAc) y estandarizadas por edad (PAe), y odds ratio (OR) de abandono por género y según variables relacionadas con el hábito tabáquico, Cataluña, 1994**

	Varones					Mujeres				
	Ex fumadores	Fumadores (actuales y ex fumadores)	PAc	PAe	OR <sup>a</sup> (IC 95%)	Ex fumadores	Fumadores (actuales y ex fumadores)	PAc	PAe	OR <sup>a</sup> (IC 95%)
N.º cigarrillos/día										
1-10	386	1.079	35,8	32,0	1	255	852	29,9	37,8	1
11-20	493	1.462	33,7	31,1	1,0 (0,8-1,2)	136	645	21,2	25,3	0,6 (0,5-0,8)
21-30	125	339	36,8	33,5	1,2 (0,9-1,6)	16	65	25,5	17,0	0,8 (0,5-1,5)
≥ 31	273	444	61,4	46,6	2,8 (2,2-3,6)	33	72	46,0	49,8	1,5 (0,9-2,5)
Edad de inicio del hábito (años)										
≤ 15	507	1.269	40,0	35,4	1	111	479	23,2	39,0	1
16-18	440	1.300	33,8	32,9	0,9 (0,8-1,1)	205	693	29,5	37,3	1,2 (0,9-1,6)
≥ 19	353	866	40,8	46,5	0,8 (0,7-1,0)	124	455	27,3	28,0	0,6 (0,4-0,9)
Enfermedades relacionadas con el tabaco <sup>b</sup>										
No	877	2.443	35,9	31,8	1	334	1.257	26,6	32,1	1
Si	431	1.196	36,1	31,7	1,0 (0,8-1,2)	110	516	21,3	27,9	0,8 (0,6-1,0)

<sup>a</sup>Odds ratio de abandono del hábito tabáquico, ajustada por edad.

<sup>b</sup>Presencia de una o más de las siguientes enfermedades: enfermedades del corazón, presión alta, varices, bronquitis crónica, úlcera gastroduodenal enfermedad cerebrovascular.

sentan la mayor probabilidad de abandono (OR = 1,6; IC 95%: 1,2-2,1 en los hombres, y OR = 1,3; IC 95%: 0,9-1,9 en las mujeres).

En relación con la intensidad del tabaquismo (tabla 3) se aprecia un aumento de la OR de abandono en los grandes fumadores varones (> 30 cigarrillos/día) (OR = 2,8; IC 95%: 2,2-3,6), mientras que en las mujeres la OR de abandono es mayor en las fumadoras de gran intensidad y menor en las fumadoras de intensidad media. Los hombres presentan menor probabilidad de abandono cuanto mayor es la edad de inicio, mientras que en las mujeres no se observa un patrón claro. Se ha investigado la posible relación entre el número de cigarrillos/día y la edad de inicio con la probabilidad de abandono del hábito tabáquico según tres estratos distintos de edad, sin que se modificasen substancialmente las estimaciones anteriores (datos no mostrados). La presencia de enfermedades relacionadas con el tabaco no se asoció claramente con un mayor o menor abandono del hábito en los varones, y en las mujeres la OR fue de 0,8 (IC 95%: 0,6-1,0).

En la tabla 4 se presentan los valores de las ORs de abandono de las principales variables analizadas en el presente estudio que están relacionadas con el abandono del hábito tabáquico, para cada género, y ajustadas cada una de ellas por el resto de las variables. Tanto la edad, como el nivel de estudios, el estado civil y el número de cigarrillos/día muestran unas OR similares a las obtenidas en el análisis más simple. La realización de una dieta se asocia al abandono en los

hombres (OR = 2,1; IC 95%: 1,7-2,6) y, al límite de la significación estadística, en las mujeres (OR = 1,5; IC 95%: 1,0-2,2). La OR de abandono según el consumo de alcohol en los hombres decrece al aumentar la ingesta alcohólica, mientras que el patrón de asociación en las mujeres no es evidente. La actividad física de ocio (reagrupada en dos categorías) revela que en los hombres la OR es mayor si se da actividad moderada o intensa, mientras que en las mujeres la OR es similar tanto con actividad como en su ausencia. Al ajustar por el resto de variables, la intensidad del tabaquismo mantiene el patrón anterior: en los hombres la OR es mayor cuanto mayor es la intensidad del hábito (OR = 2,9; IC 95%: 2,2-3,8; fumadores de > 30 cigarrillos/día vs. 1-10 cigarrillos/día), mientras que en las mujeres la OR es inferior a 1 en el grupo de intensidad media y aumenta en las grandes fumadoras (OR = 1,7; IC 95%: 1,0-2,9).

## Discusión

La proporción de abandono en Cataluña se encuentra entre las más bajas de los países industrializados<sup>22</sup>, a pesar de que se puede constatar un ligero incremento en los últimos años. Así, las proporciones de abandono para los hombres y para las mujeres entre 15 y 64 años en Cataluña fueron del 24,4% y del 19,4% en el año 1982, y han aumentado hasta el 28,2% y el

**Tabla 4. Odds ratio de abandono de las principales variables relacionadas con el abandono del hábito tabáquico<sup>a</sup>**

VARIABLES	Varones	Mujeres
<b>Edad</b>		
15-24 años	1	1
Período de 10 años	1,7 (1,2-2,8)	1,4 (1,2-1,6)
<b>Nivel de estudios</b>		
Universitarios	1	1
Secundarios	0,8 (0,6-1,0)	0,5 (0,3-0,7)
Primarios	0,7 (0,5-0,8)	0,3 (0,2-0,5)
Menor que primarios	0,7 (0,5-1,0)	0,2 (0,1-0,4)
<b>Estado civil</b>		
Soltero/a	1	1
Casado/a	1,6 (1,2-2,0)	2,3 (1,7-3,1)
Separado/a/Divorc.	0,6 (0,3-1,3)	1,3 (0,7-2,4)
Viudo/a	1,7 (0,9-2,8)	1,3 (0,5-3,0)
<b>Régimen dietético</b>		
No	1	1
Sí	2,1 (1,7-2,6)	1,5 (1,0-2,2)
<b>Consumo de alcohol<sup>b</sup></b>		
Abstemio/a	1	1
Cat. 1	1,2 (1,0-1,5)	0,8 (0,6-1,1)
Cat. 2	0,9 (0,7-1,1)	0,5 (0,3-0,7)
Cat. 3	0,6 (0,5-0,8)	0,7 (0,5-1,0)
<b>Actividad física de ocio</b>		
No hace/ligera	1	1
Moderada/Intensa	1,6 (1,3-2,0)	1,1 (0,8-1,5)
<b>N.º cigarrillos/día</b>		
1-10	1	1
11-20	1,1 (0,9-1,3)	0,5 (0,4-0,7)
21-30	1,4 (1,0-1,9)	0,6 (0,3-1,2)
> 30	2,9 (2,2-3,8)	1,7 (1,0-2,9)

<sup>a</sup>Odds ratio ajustada para todas las variables de la tabla.

<sup>b</sup>Límites de los intervalos (en g/día). Varones: Cat. 1 < 9,3; Cat. 2: 9,3-20,8; Cat. 3 > 20,8. Mujeres: Cat. 1 < 3,2; Cat. 2: 3,2-9,8; Cat. 3 > 9,8.

24,0% en el año 1994<sup>23,24</sup>. De los resultados obtenidos en el presente estudio destacan una mayor probabilidad de abandono del hábito tabáquico en niveles socioeconómicos más altos, en presencia de indicadores de estilo de vida saludable, y en grandes fumadores, no encontrándose asociación con la presencia de trastornos crónicos relacionados con el tabaco.

Estos resultados concuerdan con los de la mayoría de trabajos previos, como ha revisado Pederson<sup>14</sup>. La proporción de abandono aumenta con la edad y con el nivel de educación alcanzado, que son los dos predictores más robustos tanto de la PA como de la prevalencia del hábito tabáquico<sup>25</sup>. En relación con el nivel socioeconómico, el presente estudio halla una mayor probabilidad de abandono del hábito tabáquico cuanto más alto es el nivel de estudios alcanzado, como se ha observado tanto en diferentes países europeos y los Estados Unidos<sup>8,26-31</sup>. En España, los trabajos de García et al.<sup>13</sup> y Espinàs et al.<sup>32</sup> no indican asociación alguna.

Estas diferencias bien podrían atribuirse a las diferentes fases de la epidemia del tabaquismo entre España y otros países de su entorno<sup>33,34</sup>. El hábito tiende a iniciarse en los grupos socioeconómicos altos y se extiende posteriormente a los grupos menos favorecidos<sup>31,35</sup>.

En relación al consumo de alcohol, otros trabajos también constatan una mayor probabilidad de abandono cuando el consumo es moderado<sup>13,27,28,36,37</sup>. En cuanto a la realización de un régimen dietético por motivos de salud, los resultados se corresponden con los hallados por García et al.<sup>13</sup> y por Kato et al.<sup>36</sup>. El mayor abandono asociado con la práctica de ejercicio en tiempo de ocio de moderada intensidad coincide con la mayoría de trabajos<sup>27,36,38</sup>, pero está en desacuerdo con un trabajo realizado en España con similar metodología<sup>13</sup>. Discernir si la presencia de estas conductas saludables es una causa del abandono o su consecuencia va más allá de las posibilidades de este estudio, debido al carácter transversal de su diseño. En cualquier caso, este trabajo pone de manifiesto una asociación entre ellas que deberá ser considerada en ulteriores estudios de carácter prospectivo.

Según la intensidad del hábito tabáquico, la mayor probabilidad de abandono asociada al hecho de ser gran fumador y varón que se ha hallado en el presente trabajo está en desacuerdo con trabajos precedentes que indican un mayor abandono en los fumadores de baja intensidad<sup>15,39,40</sup>. Ambos tipos de asociación, que son aparentemente contrapuestos entre sí, ocurren simultáneamente mediante una distribución en forma de «U» en otros trabajos<sup>13,30,41</sup>. En el estudio de Coombs et al.<sup>30</sup>, la mayor probabilidad de abandonar el hábito ocurre en los grandes fumadores ( $\geq 31$  cigarrillos/día) y de mayor edad (> 50 años), y también los jóvenes fumadores moderados, disparidad explicada por el hecho de detectarse una importante interacción entre la intensidad del hábito y la edad. En el presente estudio, en las fumadoras de intensidad media la probabilidad de abandono disminuye y, al contrario, en las grandes fumadoras aumenta, como en trabajos anteriores en contextos semejantes al nuestro<sup>27,28</sup>.

La presencia de enfermedades relacionadas con el tabaco no está asociada con el abandono del hábito tabáquico en el presente estudio, así como en la mayoría de los trabajos recopilados por Pederson<sup>14</sup>, aunque no en todos<sup>13,27,42</sup>.

Este trabajo se basa en la proporción de abandono del hábito tabáquico, que es una medida del abandono que se utiliza desde hace unos años<sup>9-12</sup>, aunque su uso todavía no se ha generalizado. La proporción de abandono se muestra de mayor utilidad que la prevalencia de ex fumadores (el porcentaje de ex fumadores sobre la población general) que resulta limitada por no tomar en consideración el subgrupo de la población que ha sido fumadora, y por tanto a riesgo de dejar de fumar. Dado que la PA es una medida acu-

mulativa en el tiempo, en los adultos de mayor edad el paso del tiempo conducirá a una menor prevalencia de fumadores y a una mayor prevalencia de abandono del hábito; y puesto que es más probable que los fumadores no sobrevivan a los no fumadores a edades avanzadas, esta mortalidad diferencial puede conducir a un aparentemente mayor descenso de la prevalencia del hábito tabáquico y a un aparentemente mayor aumento de la prevalencia de abandono en los grupos de edades avanzadas<sup>8,25</sup>. La PA presenta algunas limitaciones, como tratar de igual modo a los ex fumadores, sin tener en cuenta la duración de la abstinencia, o a los fumadores, sin tener en cuenta si han intentado abandonar el hábito o si han sido ex fumadores en algún momento<sup>9</sup>.

Entre las potenciales limitaciones del presente estudio destaca en primer lugar las inherentes al tipo de diseño, puesto que al ser un estudio transversal, como ya se ha comentado, no permite establecer sino simples asociaciones entre las variables estudiadas. Respecto a los posibles sesgos de selección, la muestra estudiada no incluye la población institucionalizada de Cataluña ni los menores de 15 años, por lo que la generalización a estos colectivos sería incorrecta. También es posible un sesgo de clasificación de los fumadores, al basarse solamente en la declaración de los entrevistados, subestimando probablemente la cantidad total por ocultación o minimización de un hábito que cada vez merece más censura social. Aunque se acepta que la declaración del hábito es una estimación válida de la conducta real<sup>8,43</sup>, es posible que exista una cierta infradeclaración, que parece ser está aumentando en los países desarrollados en las últimas décadas<sup>25,43-45</sup>. A pesar de ello, el cuestionario fue administrado por un entrevistador y esta metodología conlleva una mayor sensibilidad y especificidad que los cuestionarios autoadministrados, cuando ambos métodos se han validado bioquímicamente<sup>43</sup>. Es también posible que exista cierta infradeclaración en los estilos de vida estudiados al proceder toda la información de una encuesta por entrevista<sup>46</sup>, aunque de existir algún sesgo de clasificación presumiblemente afectaría de manera no diferencial, con la consiguiente atenuación de las asociaciones observadas<sup>47</sup>. De entre los puntos fuertes del presente estudio cabe destacar que la muestra es representativa de la población de Cataluña, así como su gran tamaño. Así mismo, la participación de los individuos seleccionados fue muy elevada (solamente un 5,4% de sustituciones por negativa a participar), lo que

garantiza hasta cierto punto la minimización de los posibles sesgos de selección.

Este trabajo refuerza los hallazgos de estudios previos que establecen la existencia de una asociación positiva entre la probabilidad de abandono del hábito tabáquico y un mayor nivel de estudios, la presencia de indicadores de estilo de vida saludable, y el hecho de ser gran fumador, principalmente. El perfil de las personas que abandonan el hábito tabáquico en Cataluña es semejante al de otros países de nuestro entorno. Son remarcables las diferencias existentes entre hombres y mujeres en determinadas variables socio-demográficas y de patrón de consumo asociadas al abandono, si bien las PA globales para cada sexo no son distintas<sup>18</sup>.

Para monitorizar la evolución futura y las tendencias del abandono del hábito tabáquico de la población de Cataluña resultará conveniente la realización periódica de nuevas encuestas, específicas sobre tabaco y otras drogodependencias<sup>23</sup> o generales de salud<sup>17</sup> que incluyan información sobre el hábito tabáquico, que sean comparables con las encuestas precedentes. Identificar las características y los determinantes de los sujetos que abandonan el tabaquismo es clave para poder diseñar intervenciones específicas dirigidas a reducir el hábito tabáquico; esto debe facilitar la realización de intervenciones sobre los grupos que con una mayor probabilidad pueden lograr dejar el hábito con éxito, o concentrar esfuerzos en grupos con elevada prevalencia de tabaquismo y que hasta el momento parecen responder poco a las intervenciones.

### Agradecimientos

El proyecto «Epidemiología del tabaquismo en Cataluña» ha sido financiado parcialmente mediante una ayuda del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 97/1192). Joan Carné recibió una beca de la Fundació de la Societat Catalana de Pediatria para financiar los estudios de Máster en Salud Pública, período en el que realizó este trabajo como parte de su tesina. La ESCA fue realizada por encargo del Servei Català de la Salut (SCS) que tiene la titularidad de su base de datos. Para la realización de este trabajo, y en el marco de un Informe sobre tabaquismo (estudio ISP 96/001763), el SCS cedió la base de datos para su explotación. Resultados preliminares de este trabajo fueron presentados en las X Jornadas de la Societat de Salut Pública de Catalunya i Balears [Gac Sanit 1998; 12 (supl 2): 12].

### Bibliografía

1. World Health Organization. Smoking and premature adult mortality. World Health Statistics Annual 1989. Geneva: WHO; 1990.p.29-30.

2. Navarro MD. Fumar para dos: tabaco y salud durante el embarazo. Revisión Salud Pública 1994;4:85-98.

3. World Health Organization. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Geneva: Tobacco or Health Programme, WHO; 1997.

4. Peto R, López AD, Boreham J, Thun M, Heath C Jr. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000: indirect estimates from national vital statistics. Oxford: Oxford University Press; 1994.
5. González Svatetz CA. No al tabaco, sí a la vida (editorial). *Med Clin (Barc)* 1997;108:141-2.
6. González Enríquez J, Villar Álvarez F, Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno JM. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España: 600.000 muertes en quince años. *Med Clin (Barc)* 1997;109:577-82.
7. Pardell H, Saltó E, Tresserras R, Juncà S, Fernandez E, Vicente R et al. La evolución del hábito tabáquico en Cataluña, 1982-1994. *Med Clin (Barc)* 1997;109:125-9.
8. 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.
9. US Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary smoking: A report of the Surgeon General, 1986. Office on Smoking and Health. Washington DC: Government Office; 1986.
10. Pierce JP, Aldrich RN, Hanratty S, Dwyer T, Hill D. Uptake and quitting smoking trends in Australia 1974-1984. *Prev Med* 1987; 16:252-60.
11. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: Nicotine addiction. A report of the Surgeon General. Office on Smoking and Health. Washington, DC: Department of Health and Human Services; 1988.
12. Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP, Hatziaendreu EJ, Patel KM, Davies RM. Trends in cigarette smoking in the United States. *JAMA* 1989;261:49-55.
13. García A, Hernández I, Álvarez-Dardet C. El abandono del hábito tabáquico en España. *Med Clin (Barc)* 1991;97:161-5.
14. 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.
15. Freund KM, D'Agostino RB, Belanger AJ, Kannel WB, Stokes III J. Predictors of smoking cessation: The Framingham Study. *Am J Epidemiol* 1992;135:957-64.
16. Glynn TJ, Boyd GM, Gruman JC. Essential elements of self-help/minimal intervention strategies for smoking cessation. *Health Educ Q* 1990;17:329-45.
17. Document Tècnic. Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA). Barcelona: Servei Català de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya; 1996.
18. Jarvis MJ. Gender differences in smoking cessation: real or myth? *Tobacco Control* 1994;3:324-8.
19. Amos A. Women and smoking. *Br Med Bull* 1996;52:74-89.
20. Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de «clase social» basado en la ocupación. *Gac Sanit* 1989;3:320-6.
21. Welsh Heart Health Study 1985: Protocol and questionnaire. Wales: Health Promotion Authority for Wales; 1989 (Hearbeat Wales Technical Reports N.º 2).
22. Pierce JP. International comparisons of trends in cigarette smoking prevalence. *Am J Public Health* 1989;79:152-7.
23. Òrgan Tècnic sobre Drogodependències. Enquesta de Drogodependències. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya; 1990.
24. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Canvis en el consum de tabac a la població de Catalunya entre 1982 i 1994. *Butlletí Epidemiològic de Catalunya* 1998;XIX:95-100.
25. Husten CG, Shelton DM, Chrismon JH, Lin YW, Mowery P, Powell FA. Cigarette smoking and smoking cessation among older adults: United States, 1965-94. *Tobacco Control* 1997;6:175-80.
26. Van Reek J, Adriaanse H. Cigarette smoking cessation rates by level of education in five western countries [letter] *Int J Epidemiol* 1988;17:474-5.
27. Negri E, Pagano R, La Vecchia C. Determinants of stopping cigarette smoking in Italy. *Rev Epidém Santé Publ* 1989;37:337-44.
28. Fernández E, La Vecchia C, D'Avanzo B, Braga C, Negri E, Franceschi S. Quitting smoking in Northern Italy: A cross-sectional analysis of 2,621 subjects. *Eur J Epidemiol* 1997;13:267-73.
29. US Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults —United States, 1993. *MMWR* 1994;43:925-30.
30. Coombs RB, Li S, Kozlowski LT. Age interacts with heaviness of smoking in predicting success in cessation of smoking. *Am J Epidemiol* 1992;135:240-6.
31. Curtin F, Morabia A, Bernstein M. Smoking behavior in a Swiss urban population: the role of gender and education. *Prev Med* 1997; 26:658-63.
32. Espinàs JA, Moreno V, Borràs JM, Pujol C, Martí M. Determinantes sociodemogràfics del hábito tabáquico y de su abandono en la población de Cornellà de Llobregat. *Gac Sanit* 1999; 13:126-34.
33. Fernandez E, Saltó E, Pardell H, Tresserras R, Juncà S, Segura A et al. Smoking prevalence decreases in males but not in females. The case of Catalonia (Spain) [letter]. *Eur J Epidemiol* 1998;14:629-30.
34. Joossens L, ed. Tobacco and health in the European Union. An overview. Bruxelles: BASP (European Bureau for Action on Smoking Prevention); 1994.
35. Barker DJP. Rise and fall of Western diseases. *Nature* 1989; 338:371-2.
36. Kato I, Tominaga S, Suzuki T. Characteristics of past smokers. *Int J Epidemiol* 1989;18:345-54.
37. Zimmerman RS, Warheit GJ, Ulbrich PM, Auth JB. The relationship between alcohol use and attempts and success at smoking cessation. *Add Behav* 1990;15:197-207.
38. La Vecchia C, Negri E, Pagano R, Ferraroni M. Socio-demographic determinants of stopping smoking from Italian population-based surveys. *Soz Präventivmed* 1991;36:154-8.
39. McWhorter WP, Boyd GM, Mattson ME. Predictors of quitting smoking: The NHANES I follow up experience. *J Clin Epidemiol* 1990;43:1.399-405.
40. Salive ME, Cornoni-Huntley J, LaCroix AZ, Ostfeld AM, Wallace RB, Hennekens CH. Predictors of smoking cessation and relapse in older adults. *Am J Public Health* 1992;82:1268-71.
41. Kabat GC, Wynder EL. Determinants of quitting smoking. *Am J Public Health* 1987;77:1301-5.
42. La Vecchia C, Pagano R, Negri E, Decarli A. Smoking and prevalence of disease in the 1983 Italian National Health Survey. *Int J Epidemiol* 1988;17:50-5.
43. Patrick DL, Cheadle A, Thompson DC, Diehr P, Koepsell T, Kinne S. The validity of self-reported smoking: A review and meta-analysis. *Am J Public Health* 1994;84:1086-93.
44. Hatziaendreu EJ, Pierce JP, Fiore MC, Grise V, Novotny TE, Davis RM. The reliability of self-reported cigarette consumption in the United States. *Am J Public Health* 1989;79:1020-3.
45. Novotny TE, Fiore MC, Hatziaendreu EJ, Giovino GA, Mills SL, Pierce JP. Trends in smoking by age and sex. United States 1974-1987. The implications for disease impact. *Prev Med* 1990;19:552-61.
46. Harlow SD, Linet MS. Agreement between questionnaire data and medical records. The evidence for accuracy of recall. *Am J Epidemiol* 1989;129:233-48.
47. Mertens TE. Estimating the effects of misclassification. *Lancet* 1993;342:418-21.