

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Factores predictores de inicio y cesación de tabaquismo en una cohorte de mujeres chilenas con 5,5 años de seguimiento

Klaus Puschel¹, Beti Thompson², Fabiola Olcay^{3a}, Catterina Ferreccio⁴.

Predictive factors for smoking initiation and quitting among a cohort of Chilean women followed for 5.5 years

Background: Chilean women have one of the highest smoking prevalence in the world. **Aim:** To estimate the main factors associated with smoking initiation and quitting among a cohort of adult women living in a low socioeconomic status area of Santiago, Chile. **Material and methods:** A random population-based sample of 1,100 women, 18 years and older, were selected from a community located in the South East area of Santiago. Sociodemographic, as well as smoking, beliefs, behaviors, stages of change and nicotine addiction level were recorded during a personal interview. After an average follow-up period of 5.5 years, women were re-evaluated. **Results:** Seventy-three percent of women completed the study. At baseline, 39% of women were smokers. At the end of the study, there was an absolute smoking rate reduction of 7.1% ($p < 0.001$). The main variables associated with smoking initiation were younger age (Odds ratio (OR): 1.08, 95% confidence intervals (CI): 1.05-1.12), higher education level (OR: 1.2, 95% CI: 1.07-1.35), and having fewer children (OR: 1.3 95% CI: 1.01-1.66). Factors related with quitting were younger age of onset (OR: 1.06 95% CI: 1.02-1.1), higher level of nicotine dependence (OR: 4.22, 95% CI: 1.74-10.27), and higher perception of smoking addiction (OR: 4.34, 95% CI: 2-9.09). Stage of change was associated with smoking cessation but its effect was diluted after adjusting for the level of nicotine addiction. **Conclusions:** Sociodemographic and family factors were the main variables related with initiation, whereas age of onset, belief of addiction, and nicotine dependence were the main factors related with cessation. Women with a high motivation for quitting should be evaluated for nicotine addiction level to define the best strategy for intervention (Rev Méd Chile 2009; 137: 1001-9).

(Key words: Cohort studies; Smoking; Tobacco use disorder)

Recibido el 3 de marzo, 2009. Aprobado el 7 de mayo, 2009.

Estudio financiado por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) y por el Fondo de Ciencia y Tecnología de Chile (FONDECYT N° 1060645/2006).

¹Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile. ²Cancer Prevention Research Program, Fred Hutchinson Cancer Research Center, Seattle, Washington, USA. ³Corporación de Salud Municipal, Municipalidad de La Pintana, Santiago, Chile. ⁴Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile.

^a Enfermera Universitaria

Correspondencia a: Dr. Klaus Puschel. Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Lira 44, 1^{er} piso. Santiago de Chile. Teléfonos: (562) 3548111 - (562) 4822410. Fax: (562) 6645408.

Chile posee una de las más altas prevalencias de tabaquismo en mujeres a nivel latinoamericano y mundial¹. Diversos estudios nacionales han demostrado el impresionante incremento en la prevalencia de tabaquismo en mujeres durante los últimos 30 años. Esta se ha elevado desde 25% a mediados de los años 1980-1989² hasta alrededor de 40%, de acuerdo a las últimas investigaciones disponibles³⁻⁵. Las expectativas de reducción de estos altos niveles de prevalencia son preocupantes si se considera que la población de mujeres adolescentes en Chile presentan uno de los más altos índices de tabaquismo a nivel mundial⁶.

Las consecuencias de estos altos índices son dramáticas si se considera que seis de las diez principales causas de muerte específicas en mujeres chilenas están asociadas al consumo de tabaco⁷. La mortalidad de la población chilena atribuible al tabaco se ha incrementado sostenidamente durante el período comprendido entre los años 1985 y 2005⁸.

El tabaquismo en la población femenina produce además consecuencias severas durante el período de gestación y puede influir significativamente en el inicio de la conducta en niños y adolescentes dada la influencia de las mujeres en los hábitos de salud de los miembros de la familia^{9,10}. Diversos estudios europeos y norteamericanos han explorado factores asociados a la persistencia, cesación o inicio de la conducta tabáquica¹¹⁻¹³. Las investigaciones han demostrado que existe significativa variabilidad en el efecto de factores de tipo social, familiar y personal como predictores de tabaquismo en mujeres en diferentes poblaciones¹¹⁻¹³.

En contraste con la situación existente en Europa, Canadá o Estados Unidos de Norteamérica, la prevalencia de tabaquismo ha persistido alta durante los últimos 20 años en Chile y existe poca información en relación a los factores predictores de inicio o cesación de tabaquismo¹³. Los escasos estudios existentes a nivel nacional y latinoamericano son de tipo transversal o se han realizado en escenarios clínicos^{5,14,15}.

La nueva legislación aprobada en Chile para el control de tabaquismo, definida dentro del convenio marco de la Organización Mundial de la Salud, constituye un avance significativo para lograr reducir los altos niveles de consumo y exposición

al tabaco de la población nacional¹⁶. La ley 20.105 promulgada en mayo de 2006 reemplazó la antigua ley 19.149 y estableció estándares de control más restrictivos referentes a la producción, distribución, publicidad y comercialización del tabaco en Chile. La identificación de factores vinculados al inicio y cesación de tabaquismo en la población chilena puede ser de gran utilidad para complementar las medidas legislativas vigentes y para que los equipos de salud puedan implementar estrategias específicas de intervención.

El objetivo del presente estudio es identificar factores sociodemográficos, familiares y conductuales predictores de inicio y cesación de consumo de tabaco en mujeres chilenas de bajo nivel socioeconómico.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio fue realizado en el sector de El Roble, en la comuna de La Pintana situada en el área Sur Oriente de Santiago. El sector de El Roble poseía al momento del muestreo basal una población de 32.085 habitantes. La encuesta basal de la muestra de mujeres seleccionadas fue realizada entre los meses de junio y diciembre del año 2000 y la encuesta final fue realizada entre los meses de mayo y noviembre del año 2006. El período promedio de seguimiento fue de 5,5 años (5,3-6,4 años).

La selección de las participantes se realizó mediante un muestreo aleatorio multietápico de base comunitaria estratificado por edad. En la primera etapa del proceso se numeraron las 430 manzanas del sector y se registraron todos los hogares incluidos en cada manzana. Posteriormente, la entrevistadora seleccionó al azar una de cada tres casas y procedió a clasificar a todas las mujeres de la casa seleccionada aleatoriamente de acuerdo a su edad en intervalos de 5 años (el último intervalo consideró mujeres de 65 años o más). Finalmente, la entrevistadora seleccionó la mujer a entrevistar en ese hogar de acuerdo a una tabla predefinida. Se definieron 100 mujeres por cada intervalo de 5 años. En este estudio, se incluyeron todas las mujeres de 18 años o más que no estuvieran embarazadas, que no tuvieran el antecedente clínico de un retardo mental severo

u otra condición que le dificultara la comunicación verbal y que no pertenecieran al sistema de seguro privado de salud.

De la muestra inicial de 1.100 mujeres, fueron excluidas 87. La mayor parte de ellas por presentar seguro privado de salud (61 mujeres) o encontrarse embarazadas al momento del estudio (14 mujeres). En total, se incluyeron 1.013 mujeres en la muestra de estudio.

Para realizar la encuesta de seguimiento, el grupo de encuestadoras utilizó la información de la encuesta basal. En ambos procesos se realizó una supervisión de terreno con verificación y remuestreo aleatorio de 5% de las encuestas realizadas.

Este estudio fue revisado y aprobado por los Comités de Ética de la IARC, del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

A todas las mujeres contactadas se les solicitó la lectura y firma de un consentimiento informado. Las participantes respondieron un cuestionario basal de 99 preguntas donde se solicitó información de tipo demográfico, familiar, socioeconómico, antecedentes ginecobstétricos, hábitos de vida y tabaquismo.

La sección de tabaquismo incluyó 15 preguntas y en ella se evaluó la magnitud de la conducta, edad de inicio, grado de conocimientos del efecto del tabaco en la salud de fumadores y no fumadores y número de intentos de suspensión durante el último año. Además, se evaluó la etapa de cambio de la conducta tabáquica de acuerdo al modelo desarrollado por Prochaska y Diclemente¹⁷ y el nivel de adicción a nicotina utilizando la Escala de Fagerström¹⁸. En la encuesta de seguimiento cinco años después, se aplicó un cuestionario similar al realizado en el estudio basal.

Las principales variables dependientes consideradas fueron el inicio y la cesación de tabaquismo en el grupo estudiado. Ambas condiciones fueron evaluadas utilizando definiciones de auto-reporte previamente validadas y ampliamente utilizadas¹⁹. Siguiendo los estándares internacionales, una persona fumadora fue definida como aquella que ha fumado 100 o más cigarrillos en toda su vida¹¹. Una mujer fue considerada ex-fumadora en caso de haber reportado no haber consumido tabaco en los últimos 30 días previos a la encuesta de seguimiento.

Las principales variables independientes o predictoras estudiadas fueron de tipo demográfico (edad, estado civil), socioeconómico (nivel educacional), familiar (composición familiar), perfil de consumo (inicio, nivel de consumo, nivel de adicción), etapa de cambio (pre-contemplativa, contemplativa, decisión), conocimiento y utilización del centro de salud (acceso, consejería).

Los datos fueron ingresados y analizados utilizando el programa informático SPSS 14.0. En una primera etapa se realizó un análisis descriptivo del perfil de la población de fumadoras y no fumadoras. Posteriormente se realizaron análisis uni y multivariado para identificar las variables vinculadas con el inicio o cesación de la conducta tabáquica. La variable dependiente fue considerada como dicotómica. Se utilizó análisis de regresión logística para determinar el mejor modelo predictivo asociado a la conducta tabáquica.

RESULTADOS

El estudio fue completado por 73,3% (743/1.013) de la muestra inicial de mujeres seleccionadas. Al comparar el grupo de mujeres que completaron versus las que no completaron el estudio, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en edad (45,1 vs 42,5 años, $P = 0,19$), nivel de educación ($P = 0,33$) y estado civil ($P = 0,69$). Se observó una prevalencia menor, aunque no estadísticamente significativa, de fumadoras en el grupo de mujeres que completó el estudio en relación al que no lo hizo (38,9% vs 44,4% $P = 0,113$). Ambos grupos de mujeres fumadoras eran similares respecto a su nivel de consumo ($P = 0,17$), nivel de adicción moderado y severo ($P = 0,79$) y etapa de cambio ($P = 0,16$).

El 38,9% de las mujeres que completaron el estudio reportaron ser fumadoras en la evaluación inicial. Al final del seguimiento, la prevalencia de tabaquismo en la población estudiada fue de 31,8% observándose una reducción absoluta de 7,1%. Esta reducción es consecuencia del balance entre 28% de mujeres fumadoras (81 participantes) que suspendió el consumo durante el tiempo de seguimiento y 6% de las mujeres no fumadoras (28 participantes) que iniciaron el consumo durante este período. En la Tabla 1 se presenta el perfil de la población de mujeres fumadoras y no fumadoras participantes del

Tabla 1. Características sociodemográficas y perfil de participantes en evaluación inicial del año 2000

Variables	Fumadoras (n =289)	No fumadoras (n =454)	Valor P
Características sociodemográficas			
Edad (años) (\bar{x})	40,1	48,3	<0,01
Estado civil (%)			0,07
• Soltera	9,7	7,3	
• Casada/conviviente	78,5	75,6	
• Divorciada/separada	7,3	5,9	
• Viuda	4,5	11,2	
Número de hijos (as) (\bar{x})	2,9	3,5	<0,01
Educación (años de estudio) (\bar{x})	8,03	7,01	<0,01
Otro (a) fumador (a) en la casa (%)	75,4	55,1	<0,01
Perfil de consumo			
Nº de cigarrillos al día (\bar{x}) (DE)	6,4 (\pm 6,6)		
Edad de inicio (\bar{x}) (DE)	17,5 (\pm 6,6)		
Etapa de cambio (%)			
• Pre-contemplativa/contemplativa	64,4		
• Preparación	35,6		
Nivel de adicción (%)			
• Bajo	80		
• Moderado	19		
• Severo	1		

\bar{x} : promedio; DE: Desviación estándar.

estudio. Puede observarse que las mujeres fumadoras en relación a las no fumadoras eran más jóvenes, tenían un menor número promedio de hijos(as) y mayor años de estudio. Las variables vinculadas al perfil de consumo fueron las más predictoras de cesación (Tabla 2). Entre ellas, destacan la mayor edad promedio de inicio de consumo (19,6 vs 16,7 años; P =0,002), el menor número de cigarrillos fumados diariamente (3,2 vs 7,6 cigarrillos/día; P <0,001) y el menor nivel de adicción asociado al consumo (92,6% vs 74,8% bajo nivel de adicción; P =0,001). Esta última fue la que produjo una mayor magnitud de efecto para cesación (OR =4,22 IC 95%: 1,74-10,27). Un porcentaje relativamente mayor de fumadoras que suspendieron su conducta se encontraban en etapa de decisión en relación a las que siguieron fumando 5 años después (44,4% vs 32,2%; P =0,052). La única variable cognitiva asociada con

suspensión de tabaco fue la percepción del potencial adictivo del cigarrillo (P <0,001).

La Tabla 3 presenta los factores asociados con el inicio del consumo de tabaco. Puede observarse que éste se asoció a variables de tipo demográficas y familiares tales como menor edad (33,1 vs 49,3 años; P 0,001), mayor nivel de escolaridad (9,2 vs 6,9 años de estudio; P =0,002) y el tener un menor número promedio de hijos(as) (2,67 vs 3,58; P =0,043).

En el análisis multivariado, el modelo que mejor predijo la cesación de consumo estuvo compuesto por las variables edad de inicio, nivel de adicción y la percepción de potencial adictivo del tabaco (Tabla 4). Dado el relativo bajo número de mujeres que iniciaron el consumo de tabaco en esta cohorte, no fue posible obtener un modelo consistente en el análisis multivariado respecto a inicio de tabaquismo.

Tabla 2. Variables predictivas de suspensión de consumo de tabaco en mujeres: Análisis univariado

Variables predictivas	Ex fumadoras 2006 (N =81)	Fumadoras 2006 (N =208)	Fumadoras año 2000		
			OR	Suspensión de consumo de tabaco 2000-2006 95% CI	Valor-p
Edad (\bar{x}) (DE)	42,2 ± 13,5	39,4 ± 11,9	1,02	1,00-1,04	0,09
Educación: años de estudio (\bar{x}) (DE)	7,5 ± 3,2	8,3 ± 3,1	0,92	0,85-1,00	0,06
Estado Civil (%)					
• Casada/conviviente	74,1	80,3	1,08	0,44-2,66	0,87
• Divorciada/viuda	17,3	9,6	2,1	0,7-6,27	0,18
• Soltera (ref)	8,6	10,1			
Otro(a) fumador(a) en la casa (%)	76,5	75	1,09	0,6-1,99	0,78
Número de hijos(as) (\bar{x}) (DE)	3,15 ± 1,4	2,87 ± 1,5	1,13	0,95-1,34	0,18
Lactancia Materna (%)					
• Todos(as) hijos(as)	93,3	88,7	1,29	0,35-4,85	0,7
• Algunos(as) hijos(as)	2,7	6,4	0,51	0,07-3,67	0,51
• Ningún(a) hijo(a)	4,0	4,9			
Edad de inicio (\bar{x}) (DE)	19,6 ± 7,5	16,7 ± 6,2	1,06	1,02-1,1	<0,01
Cigarrillos por día* (\bar{x}) (DE)	3,2 ± 2,7	7,6 ± 8,1	0,76	0,68-0,84	<0,01
Intentos de suspensión (\geq 24 h) último año (\bar{x}) (DE)*	17,1 ± 37,1	12,3 ± 38,1	1,00	0,99-1,01	0,35
Nivel de adicción (%)					
• Bajo	92,6	74,8	4,22*	1,74-10,27	<0,01
• Moderado	7,4	23,3			
• Severo	0	1,9			
Etapas de cambio (%)					
• Contemplativa	54,3	46,6	1,36	0,81-2,28	0,24
• Preparación	44,4	32,2	1,68	0,99-2,85	0,05
Percepción alto potencial adictivo del tabaco					
Muy de acuerdo/acuerdo	70,4	89,9			<0,01
Muy desacuerdo/desacuerdo (ref)	23,5	7,2	4,34	2-9,09	<0,01
No sabe	6	2,9			

*Nivel de adicción bajo vs moderado/severo. NS: Valor-P no significativo. OR (*Odds ratio*, Razón de posibilidad).

DISCUSIÓN

Este estudio muestra que los factores predictores de inicio y cesación de la conducta tabáquica en el grupo de mujeres chilenas participantes difieren y pueden agruparse en dos dimensiones principales. Por una parte, la cesación de tabaquismo se asocia con factores vinculados al perfil de consumo y percepción de potencial adictivo del cigarrillo y, por otra, el inicio de la conducta se relaciona con factores socioeconómicos y familiares. Esta diferencia en los patrones de inicio y cesación de tabaquismo en mujeres ha sido destacada previamente¹⁰.

El bajo grado de dependencia a nicotina, estimado a través de la escala de Fagerström, fue el predictor con una mayor magnitud de efecto para cesación de tabaquismo en la cohorte de mujeres estudiadas. Este factor ha sido uno de los más consistentes predictores de cesación de consumo en diversos estudios internacionales^{11,12,20-23}. En este estudio, ninguna mujer fumadora del grupo con alta dependencia a nicotina suspendió el consumo durante el seguimiento realizado. La magnitud de efecto encontrado es muy similar a la existente en otras poblaciones en el mundo^{11,12,21}. La etapa de motivación al cambio estuvo asociada a mayor probabilidad de cesación

Tabla 3. Variables predictivas de inicio de consumo de tabaco en mujeres: análisis univariado

Variables predictivas	No fumadoras año 2000		Inicio de consumo de tabaco 2000-2006		
	Nuevas fumadoras 2006 (N =28)	No fumadoras 2006 (N=426)	OR	95% CI	Valor-p
Edad (\bar{x}) (D.E.)	33,1 ± 9,8	49,3 ± 14,8	0,92	0,89-0,95	<0,01
Educación: años de estudio (\bar{x}) (D.E.)	9,2 ± 3,1	6,9 ± 3,7	1,20	1,07-1,35	0,01
Estado civil (%)					
• Casada/conviviente	85,7	74,9	1,33	0,37-4,76	0,66
• Divorciada/viuda	3,6	18,1	0,13	0,01-1,29	0,08
• Soltera (ref)	10,7	7,0			
Otro(a) fumador(a) en la casa (%)	64,3	54,6	1,49	0,67-3,32	0,32
Número de hijos(as) (\bar{x}) (D.E.)	2,67 ± 1,39	3,58 ± 2,31	0,77	0,60-0,99	0,04
Lactancia materna (%)					
• Todos(as) hijos(as)	92,6	91,2	1,09	0,41-4,13	0,79
• Algunos(as) hijos(as)	7,4	6,1	1,71	0,75-2,31	0,29
• Ningún(a) hijo(a)	0	2,7			
Edad de inicio (\bar{x}) (DE)					
Cigarrillos por día* (\bar{x}) (DE)					
Intentos de suspensión (≥ 24 h) último año (\bar{x}) (DE)*					
Nivel de adicción (%)					
• Bajo					
• Moderado					
• Severo					
Etapa de cambio (%)					
• Contemplativa					
• Preparación					
Percepción alto potencial adictivo del tabaco					
Muy de acuerdo/acuerdo	71,4	86,4	0,44	0,12-1,64	0,29
Muy desacuerdo/desacuerdo (ref)	14,3	8,7			
No sabe	14,3	4,9			

* Nivel de adicción bajo vs moderado/severo. NS: Valor-P No significativo. OR (*Odds ratio*, Razón de posibilidad).

Tabla 4. Modelo predictivo de suspensión de consumo de tabaco: Análisis multivariado**

Variabes	Coefficiente	Error standard	Valor-P	OR	IC 95%
Constante	- 2,017	0,6679	0,003		
Edad de inicio	0,0578	0,0226	0,011	1,06	1,01-1,11
Nivel de adicción					
Bajo vs moderado/severo	1,4313	0,5012	0,004	4,18	1,57-11,18
Percepción alto potencial Adictivo del tabaco					
Muy de acuerdo/de acuerdo vs desacuerdo	- 1,4107	0,3954	<0,001	0,24	0,11-0,53

**Test de bonanza ajustada de Hosmer y Lemeshow.

de tabaquismo, sin embargo, esta relación se diluyó en el análisis multivariado al ajustar por nivel de dependencia. El nivel de motivación al cambio ha sido consistentemente asociado al número de intentos de suspensión tabáquica. Sin embargo, la evidencia no es tan clara respecto a su vinculación directa con la cesación de la conducta^{24,25}. La información encontrada en este estudio parece relevante y complementaria a la aportada en la Segunda Encuesta de Calidad de Vida desarrollada en Chile en 2006⁵. En ella se encontró que la “propia voluntad” fue en forma casi exclusiva el factor más importante que ayudó a 90% de las mujeres a dejar de fumar. El presente estudio muestra que las mujeres que siguen fumando son predominantemente aquellas que presentan mayor nivel de adicción a nicotina independiente de su etapa de cambio. En ellas, es posible que la “propia voluntad” o motivación al cambio no hayan sido suficientes para suspender la conducta. Esta información tiene implicancia al planificar intervenciones clínicas de tipo preventivo y refuerza el concepto de que intervenciones de consejería breve pueden ser de utilidad en mujeres con disposición al cambio pero bajo nivel de adicción, sin embargo, podrían ser insuficientes o de mucho menor efecto en mujeres con altos niveles de adicción²⁶⁻²⁸. Aquellas mujeres con elevados niveles de adicción tendrían mayor beneficio con un apoyo complementario específico (farmacológico) de demostrada efectividad²⁹⁻³¹. Este apoyo parece esencial³² y no se encuentra actualmente disponible en los sistemas de atención primaria en el país.

La reducción absoluta de 7,1% en la prevalencia de tabaquismo observada en los 5,5 años de seguimiento en la población adulta estudiada es discreta y consistente con lo observado en escenarios en donde no se han implementado con intensidad intervenciones de apoyo sistemático destinadas a reducir el consumo de tabaco en la población fumadora^{10,21,24,30}. El bajo nivel de efecto observado también apunta a la necesidad de fortalecer estrategias de consejería y apoyo sistemático para el manejo clínico del tabaquismo en la población fumadora. Al igual que en otros estudios^{20,21}, en el grupo de mujeres participantes en esta investigación, se encontró que la mayor edad de inicio de consumo se relacionaba consistentemente con mayor probabilidad de cesación

de tabaquismo. Este antecedente es relevante si se considera el alto porcentaje de mujeres chilenas adolescentes que inician precozmente el consumo de cigarrillos de acuerdo a la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes⁶.

Las variables sociodemográficas tales como menor edad, mayor nivel de educación y familiares tales como menor número de hijos y estar viuda o divorciada fueron predictoras de inicio de consumo. Los resultados observados en relación a edad e inicio de consumo son consistentes a los presentados en otros estudios^{12,33}. Varias de las medidas contenidas en el convenio marco de la Organización Mundial de la Salud para el control del tabaco tales como información sobre daño, barreras de acceso a adolescentes y control de la publicidad, apuntan precisamente a impactar en el inicio de la conducta en etapa precoz. La implementación de estas medidas en Chile ha sido paulatina y de acuerdo a información preliminar exitosa³⁴. El efecto de estas medidas en el inicio del consumo requiere una evaluación a más largo plazo.

Este estudio posee algunas limitaciones que son importantes de considerar. En primer lugar, se incluyeron sólo mujeres de bajo nivel socioeconómico residentes de un área urbana en Santiago. Los resultados pueden no ser aplicables a otras poblaciones en Chile, sin embargo, pueden ser de gran utilidad para poblaciones similares atendidas en la atención primaria pública chilena. En segundo lugar, existió 27% de atrición en la cohorte estudiada. Este nivel de atrición es similar al reportado en otros estudios de cohorte con tiempos de seguimiento similares^{16,18}. El análisis del grupo de mujeres que no completó el estudio mostró que no existían diferencias significativas respecto al que sí lo hizo. Sin embargo, pudieran existir variables no consideradas en el estudio que afectaran el inicio o suspensión del consumo de tabaco y que pudieran comportarse como confundentes en la medida en que estuviesen distribuidas en forma heterogénea los grupos estudiados.

En conclusión, este estudio complementa la información disponible sobre las variables vinculadas al inicio y cesación del consumo de tabaco en mujeres chilenas. La investigación refuerza la necesidad de focalizar esfuerzos preventivos en población de mujeres jóvenes para evitar o retardar

dar el inicio del consumo de tabaco y enfatiza la necesidad de detectar y abordar en forma específica al subgrupo de fumadoras con mayores niveles de adicción.

Agradecimientos

Queremos agradecer la importante colaboración del equipo de salud y equipo de monitoras de salud de El Roble, La Pintana.

REFERENCIAS

1. AMERICAN CANCER SOCIETY. The Tobacco Atlas 2nd Edition; 2006. Disponible en: http://www.cancer.org/docroot/AA/content/AA_2_5_9x_Tobacco_Atlas.asp. [Consultado el 4 de febrero de 2009].
2. MEDINA E, BAHAMONDES A, ESPINOZA AM, FERNÁNDEZ A, FORRAY B, JERIA C ET AL. Tabaquismo en 12 ciudades chilenas. *Cuad Med Soc* 1987; 28: 76-82.
3. CONSEJO NACIONAL PARA EL CONTROL DE ESTUPEFACIENTES (CONACE). El Consumo de Cigarrillos en Chile 2005. Disponible en: http://www.conace.cl/inicio/pdf/Consumo_cigarrillos_Chile_CONACE_mayo2005.pdf [Consultado el 5 de enero de 2009].
4. CONSEJO NACIONAL PARA EL CONTROL DE ESTUPEFACIENTES (CONACE). Área de Evaluación y Estudios. Séptimo estudio nacional de drogas en población general de Chile 2006. Disponible en: <http://www.conace.cl/inicio/pdf/bd928b266121a764e5ea61e6e6ab2ba3.pdf> [Consultado el 4 de febrero de 2009].
5. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA. II Encuesta Nacional de calidad de vida y salud. Chile 2006. <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/II%20Encuesta%20de%20Calidad%20de%20Vida%20y%20-Salud%202006.pdf> [Consultado el 4 de febrero de 2009].
6. GLOBAL YOUTH TOBACCO SURVEY COLLABORATING GROUP. Differences in worldwide tobacco use by gender: findings from the Global Youth Tobacco Survey. *J Sch Health* 2003; 73: 207-15.
7. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN EN SALUD. Mortalidad en mujeres, según las principales causas específicas de defunción. Chile 2005 Disponible en: <http://www.minsal.cl> [Consultado el 2 de febrero de 2009].
8. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Departamento de estadísticas e información en salud. Total de muertes y muertes atribuidas al consumo de tabaco según grupos de causas. Chile 1985-2005. Disponible en: <http://www.minsal.cl> [Consultado el 2 de febrero de 2009].
9. LANGE I, URRUTIA M, CAMPOS C, GALLEGOS E, HERERA LM, JAIMOVICH S ET AL. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la atención primaria en salud. La contribución de las instituciones de salud en Latinoamérica. Panamerican Health Organization THS/OS06/7 Enero, 2006. Disponible en: <http://pwr-chi-bvsalud.org/dol/docsonline/get.php?id=233>. [Consultado el 4 de febrero de 2009].
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION, SAMET JM, SOON-YOUNG (ED), Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st century. 2001 Impact of tobacco use on women's health. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/media/en/WomenMonograph.pdf> [Consultado el 4 de febrero de 2009].
11. HYLAND A, BORLAND R, LI Q, YONG HH, McNEILL A, FONG GT ET AL. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control* 2006; 15 (3 Supl): 83-94.
12. GRAHAM H, DER G. Patterns and predictors of tobacco consumption among women. *Health Educ Res* 1999; 14: 611-8.
13. SIAHPUSH M, BORLAND R, SCOLLO M. Factors associated with smoking cessation in a national sample of Australians. *Nicotine Tob Res* 2003; 5: 597-602.
13. EUROPEAN COMMISSION. The economics of tobacco use & tobacco control in the developing world. A background paper for the high level round table on tobacco control and development policy. In: *Tobacco and health in the developing world*, February 3-4, 2003, Brussels: The World Health Organization. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/world_bank_en.pdf [Consultado el 4 de febrero de 2009].
14. GIGLIOTTI A, LARANJEIRA R. Hábitos, atitudes e crenças de fumantes em quatro capitais brasileiras. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27: 37-44.
15. PUSCHEL K, THOMPSON B, CORONADO G, RIVERA S, DÍAZ D ET AL. Tabaquismo en Atención Primaria: Perfil de fumadoras consultantes, creencias y actitudes de los equipos de salud y oportunidades de intervención. *Rev Méd Chile* 2006; 134: 726-34.
16. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Convenio marco de la OMS para el control del tabaco 2003. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/sa56r1.pdf> [Consultado el 10 de diciembre 2008].
17. PROCHASKA JO, DICLEMENTE CC, NORCHROSS JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992; 47: 1102-14.
18. FAGERSTRÖM KO, SCHNEIDER NG. Measuring nicotine

- dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *J Behav Med* 1989; 12: 159-82.
19. PATRICK DL, CHEADLE A, THOMPSON DC, DIEHR P, KOEPSSELL T, KINNE S. The validity of self-reported smoking: a review and meta-analysis. *Am J Public Health* 1994; 84: 1086-93.
 20. HELLMAN R, CUMMINGS KM, HAUGHEY BP, ZIELEZNY MA, O'SHEA RM. Predictors of attempting and succeeding at smoking cessation. *Health Educ Res* 1991; 6: 77-86.
 21. 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 (2 Suppl): 57-62.
 22. MCGEE R, WILLIAMS S. Predictors of persistent smoking and quitting among women smokers. *Addict Behav* 2006; 31: 1711-5.
 23. CHANDOLA T, HEAD J, BARTLEY M. Socio-demographic predictors of quitting smoking: how important are household factors? *Addiction* 2004; 99: 770-7.
 24. ETTER JF. Associations between smoking prevalence, stages of change, cigarette consumption, and quit attempts across the United States. *Prev Med* 2004; 38: 369-73.
 25. MEYER C, RUMPF HJ, SCHUMANN A, HAPKE U, JOHN U. Subtyping general population smokers not intending to quit by stages to reduce smoking. *Nicotine Tob Res* 2004; 6: 1043-50.
 26. BENOWITZ NL. Neurobiology of Nicotine Addiction: Implications for Smoking Cessation Treatment. *Am J Med* 2008; 121 (4 Suppl 1): S3-10.
 27. NIAURA R. Nonpharmacologic Therapy for Smoking Cessation: Characteristics and Efficacy of Current Approaches *Am J Med* 2008; 121 (4 Suppl 4) S11-19.
 28. LANCASTER T, STEAD LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (2): CD001292.
 29. EISENBERG MJ, FILION KB, YAVIN D, BELISLE P, MOTILLO S, JOSEPH L ET AL. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *CMAJ* 2008; 179: 135-44.
 30. CLINICAL PRACTICE GUIDELINE TREATING TOBACCO USE AND DEPENDENCE 2008 UPDATE PANEL, LIAISONS AND STAFF. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update: A U.S. Public Health Service Report. *Am J Prev Med* 2008; 35: 158-76.
 31. OTERO UB, PÉREZ C DE A, SZKLO M, ESTEVES GA, DE PINHO MM, SZKLO AS, TURCI SR. Randomized clinical trial: effectiveness of the cognitive-behavioral approach and the use of nicotine replacement transdermal patches for smoking cessation among adults in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica* 2006; 22: 439-49.
 32. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Gender and tobacco control. A policy brief, 2007. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/policy_brief.pdf [Consultado el 4 de febrero de 2009].
 33. ESCOBEDO LG, ANDA RF, SMITH PF, REMINGTON PL, MAST E. Sociodemographic characteristics of cigarette smoking initiation in the United States. Implications for smoking prevention policy. *JAMA* 1990; 264: 1550-5.
 34. CHILE. MINISTERIO DE SALUD CHILE. Noticias. Disponible en: <http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/noticias/tabaco.html> [Consultado el 9 de julio 2008].