

Factores asociados con el consumo diario de cigarrillo en adultos entre 60 y 65 años: un estudio transversal*

ADALBERTO CAMPO, M.D.¹, LUIS ALFONSO DÍAZ, M.D., M.Sc²

RESUMEN

Antecedentes: El consumo de cigarrillo disminuye en forma gradual con la edad. Sin embargo, un número significativo de personas mayores de 60 años continúa este consumo.

Objetivo: Conocer la prevalencia y los factores asociados con el consumo diario de cigarrillo en adultos entre 60 y 65 años de la población general de Bucaramanga, Colombia.

Método: Se diseñó un estudio transversal con adultos entre 60 y 65 años. Se investigaron las características sociodemográficas, la presencia de enfermedades médicas, el consumo de café, el consumo abusivo de alcohol, la existencia de trastornos mentales comunes (trastornos de ansiedad y depresivos), características de personalidad (DSM-IV) y consumo diario de cigarrillo durante el último mes. Los factores de confusión se controlaron mediante regresión logística no condicional.

Resultados: Participaron 208 personas con edad promedio de 62.9 años (DE, 2.0) y escolaridad promedio de 6.1 años (DE, 3.7). De ellas, 67.3% eran mujeres; 68.3% estaban casados; 45.2% tenían empleo; 77.4% residían en estrato medio; 40.9% sufrían una enfermedad médica; 40.9% consumieron café durante el último mes; 1.4% informaron consumo abusivo de alcohol; 12% presentaban un trastorno mental común; 30.8% refirieron características de personalidad del grupo A; 37.5%, del grupo B; y 53.8% del grupo C. La prevalencia de consumo diario de cigarrillo fue 6.3% (IC 95% 3.0-9.6). Este consumo se asociaba con tomar diariamente café (OR, 13.9; p 0.021), luego de controlar por sexo y consumo abusivo de alcohol.

Conclusiones: El consumo de cigarrillo se presenta en una de cada dieciséis personas entre 60 y 65 años y se asocia con otros consumos de riesgo para la salud.

Palabras clave: Tabaquismo; Prevalencia; Adulto; Población urbana; Salud pública.

Factors associated with daily cigarette smoking among 60-65 aged adults: a cross-sectional study

SUMMARY

Background: Cigarette smoking decreases gradually with aging. However, an important number of people older than 60 years continue smoking.

Objective: To know the prevalence and associated factors with daily cigarette smoking among adults aged between 60- and 65-years old from the general population of Bucaramanga, Colombia.

Method: A cross-sectional study was carried out among 60- and -65 years old adults. Sociodemographic characteristics, medical condition, coffee intake, abusive alcohol consumption, common mental disorders, personality features (DSM-IV), and daily cigarette smoking within the last month were evaluated. Confounding factors were controlled with non-conditional logistical regression.

Results: A group of 208 people were interviewed. The mean age was 62.9 years (SD, 2.0); the mean education was 6.1 years (SD, 3.7); 67.3% of them were women; 68.3% were married; 45.2% had an employ; 77.4% lived in middle class neighborhood; 40.9% suffered from a medical condition; 40.9% drunk coffee within the last month; and 12% reported a common mental disorder. A ratio of 30.8% reported cluster A personality features; 37.5%, cluster B; and 53.8%, cluster C. The prevalence of daily cigarette smoking was 6.3% (95% CI 3.0-9.6), and it was associated with daily coffee drinking (OR 13.9); after controlling for sex and abusive alcohol consumption.

* Este trabajo lo financiaron el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología (Colciencias) y la Dirección de Investigaciones de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (Código 12410416422 y Contrato RC 401-2004).

1. Grupo de Investigación del Comportamiento Humano, Instituto de Investigación del Corportamiento Humano, Bogotá. Profesor Asociado, Grupo de Salud Mental y Familia, Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena, Colombia.
e-mail: campoarias@comportamientohumano.org

2. Profesor Titular, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.
e-mail: ldiaz6@unab.edu.co

Recibido para publicación enero 19, 2007 Aceptado para publicación octubre 8, 2007

Conclusions: Cigarette smoking is present in one out of sixteen people aged 60-65 years-old, and it is related to other risk-health behaviors.

Keywords: *Smoking; Prevalence; Adult; Urban population; Public health.*

El consumo de cigarrillo y otros comportamientos que comprometen la salud por lo general disminuyen gradualmente con la edad¹. No obstante, un número significativo de personas mayores de 60 años son fumadores actuales². Recientemente, se ha precisado que la prevalencia de consumo de cigarrillo se mantiene estable después de los 45 años de edad³.

El consumo de cigarrillo de larga evolución se relaciona con problemas médicos en diversos órganos y sistemas y empeoran el pronóstico de las enfermedades concurrentes que se presentan en la población de mayor edad⁴. Este consumo por lo general se inicia en la adolescencia temprana y media, en tanto que el patrón de consumo diario se establece en la adolescencia tardía o en la adultez temprana⁵. Por excepción, el consumo de cigarrillo se inicia después de los cuarenta años de edad^{3,6}. En consecuencia, las personas mayores de 60 años que consumen a diario cigarrillos han estado expuestas a las sustancias nocivas presentes en la fase gaseosa y en la fase sólida del humo de tabaco por lo menos durante 20 años⁷. El consumo de cigarrillo se puede considerar como una enfermedad de larga evolución⁸. En el mundo, el consumo regular de cigarrillo es la causa más importante de mortalidad y mortalidad que se puede prevenir y explica un alto porcentaje de años de vida saludable perdidos⁹, incluso en Colombia donde hay una prevalencia baja de consumo¹⁰.

Generalmente, los comportamientos que pueden comprometer la salud se agregan en el mismo grupo de personas¹¹. En quienes fuman es más frecuente el consumo de cafeína¹², lo mismo que el de alcohol⁷. Esta agregación de comportamientos poco saludables se ha explicado por algunas características de personalidad^{13,14}. Los individuos con características marcadas de personalidad del grupo B, como los clasifica la Asociación Psiquiátrica Americana, se distinguen por altos grados de impulsividad y limitaciones para valorar los riesgos que pueden conducir a cada acción u omisión¹⁵. Conocer la prevalencia y los factores asociados con el consumo diario de cigarrillo en adultos después de los 60 años de edad, reviste una capital importancia con el propósito de diseñar intervenciones

integrales para promover y manejar este problema¹⁶. El abandono del consumo de cigarrillo en cualquier etapa del ciclo vital se relaciona con efectos benéficos sobre la salud general^{4,17}.

Este estudio es parte de uno más amplio para conocer ciertas conductas que se relacionan con la salud en la población adulta entre 18 y 65 años de Bucaramanga, Colombia, y tiene por finalidad presentar la prevalencia y los factores que se asocian con el consumo diario de cigarrillo en el grupo entre 60 y 65 años de edad.

MÉTODO

Tipo de estudio. Se diseñó un estudio analítico, transversal con base poblacional para investigar algunos comportamientos relacionados con la salud en personas adultas no institucionalizadas entre 60 y 65 años de edad.

Consideraciones éticas. El Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga aprobó este trabajo. Los participantes firmaron un consentimiento informado después de recibir una explicación y comprender los objetivos de esta investigación, que la participación era completamente voluntaria y se garantizaría toda la confidencialidad, según las normas colombianas actuales¹⁸.

Población y muestra. Se realizó un muestreo de probabilidades en etapas múltiples que tomó en forma aleatoria un total de 3,670 predios de los 64,206 registrados en el Plan de Ordenamiento Territorial de Bucaramanga. Si había más de una residencia en el predio se escogía, ahí también al azar, una vivienda. En seguida, se hizo un listado de las personas adultas entre 18 y 65 años residentes en el hogar. Y por último, se seleccionaba una persona por azar en cada casa. Las selecciones se hicieron con listas de número aleatorios extraídas de Epi-Info 6.04¹⁹. Se excluyeron de modo sistemático las personas que presentaban incapacidades físicas o cognitivas que les limitaran diligenciar la parte auto-administrada del cuestionario.

Instrumentos. Para la investigación se elaboró un formulario, cuya primera parte la aplicaba un encuestador al preguntar las características sociodemográficas, el consumo diario de café y el consumo de cigarrillo; la segunda parte, auto-diligenciada, se basó en el Cuestionario General de Salud (GHQ-12, por la sigla en inglés) para identificar los trastornos mentales comunes (presencia de síntomas de ansiedad y síntomas depresivos con importancia clínica)²⁰, el cuestionario CAGE para indagar consumo

abusivo de alcohol²¹ y el cuestionario auto-administrado de la entrevista estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV (del inglés, Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana, 4ª ed.) (SCID-II). Las características de personalidad se clasificaron en tres grandes grupos, los del A, que comprende comportamientos extraños o excéntricos; los del B, que agrupa las personas extrovertidas e impulsivas; y los del C, a individuos marcadamente introvertidos, ansiosos y temerosos²².

Cuestionario general de salud. El GHQ-12 lo diseñó la Organización Mundial de la Salud y ha tenido buena validez y confiabilidad en países de los cinco continentes. Es un cuestionario autoaplicado que consta de doce temas con cuatro respuestas de tipo ordinal que se puntúan de cero a tres y puntuaciones totales de cero a 36; con un punto de corte de once para un trastorno mental común, como lo sugiere la validación de la versión en español para América Latina²⁰. Sin embargo, para corroborar en la muestra de estudio el comportamiento psicométrico del GHQ-12, se le determinó el coeficiente alfa de Cronbach²³.

Cuestionario CAGE. El CAGE es un instrumento cuyo nombre es un acrónimo en inglés que alude a la crítica social (C), los sentimientos de culpa (A), la ingesta matutina (G) y la necesidad percibida de abandonar el consumo de alcohol (E). Es una breve escala auto-administrada constituida por cuatro preguntas de respuesta binomial²¹. Este cuestionario se validó en la población general de Bucaramanga²⁴. No obstante, se determinó la consistencia interna para conocer el comportamiento psicométrico de la escala en esta población; se calculó el coeficiente de la fórmula 20 de Kuder y Richardson²⁵.

Características de personalidad. Las características importantes de personalidad se documentaron con el cuadernillo auto-administrado del SCID-II. Este es un cuestionario de 119 preguntas binarias que abordan cómo se ha sentido o comportado habitualmente la persona durante muchos años. Se tomaron como características importantes de un grupo cuando se alcanzó el punto de corte para la evaluación clínica de alguno de los trastornos de cada grupo. Las categorías no se excluyen mutuamente. No se efectuó una entrevista clínica para corroborar algún diagnóstico²².

Análisis estadístico. Para el modelo descriptivo se calcularon las distribuciones de frecuencia de las variables categóricas de interés y se calcularon los intervalos de confianza de 95% (IC 95%) para la prevalencia de

consumo diario de cigarrillo. Para las variables continuas se hallaron promedios y desviación estándar (DE).

En el análisis bivariado se determinaron razones de disparidad (OR) con IC 95% para estimar las asociaciones de las variables categóricas con el consumo diario de cigarrillo. Cuando fue necesario se calculó el intervalo exacto para las OR²⁶. En las variables cuantitativas, se aplicó la prueba t de Student a fin de comparar promedios de edad y de escolaridad, después de comprobar la distribución normal de los datos con la prueba de Shapiro-Wilk²⁷ y la homogeneidad de la varianza con la prueba de Levene²⁸.

En el análisis multivariado se tomó como variable dependiente el consumo diario de cigarrillo. Para este análisis se siguieron las recomendaciones de Greenland, de tal forma que se incluyeron sólo aquellas variables que mostraron en el análisis bivariado una asociación con valor de probabilidad mayor de 0.20 y que durante el proceso de modelamiento tenían valores de probabilidad menores a 0.05 ó producían cambios mayores de 10% en la asociación más importante²⁹. Para el modelo final se estimó la bondad del ajuste de Hosmer y Lemeshow³⁰. Todos los datos se procesaron y analizaron con el paquete estadístico STATA para Windows 9.0³¹.

RESULTADOS

En total 208 personas entre 60 y 65 años participaron en el presente estudio, 8.3% de la muestra completa. La edad promedio del grupo fue 62.9 años (DE, 2.0) y la escolaridad promedio fue 6.1 años (DE, 3.7). Otras características sociodemográficas de la población aparecen en el Cuadro 1. La consistencia interna del GHQ-12 fue 0.764 y en el CAGE fue 0.913.

Se observó que 85 personas (40.9%) consumían diariamente café, 3 (1.4%) presentaban consumo abusivo de alcohol, 85 (40.9%) sufrían una enfermedad médica y 25 (12%) informaron un trastorno mental común durante el último mes.

En relación con las características de personalidad se encontró que 64 personas (30.8%) informaron rasgos importantes de personalidad del grupo A; 78 (37.5%), del grupo B; y 112 (53.8%), del grupo C. La prevalencia de consumo diario de cigarrillo durante el último mes fue 6.3% (IC 95% 3.0-9.6) y la de ex-fumadores alguna vez en la vida fue 25% (IC 95% 19.1-30.9).

En el análisis bivariado se observó que las personas con

Cuadro 1
Características sociodemográficas de una muestra de 208 personas entre 60 y 65 años de la población general de Bucaramanga, Colombia

Variable	Frecuencia	%
Sexo		
Femenino	140	67.3
Masculino	68	32.7
Pareja estable		
Sí	142	68.3
No	66	31.7
Estrato socioeconómico		
Bajo	40	19.2
Medio	161	77.4
Alto	7	3.4
Ocupación		
Empleados	94	45.2
Desempleados	114	54.8

consumo diario de cigarrillo tenían una edad promedio de 63.2 años (DE, 1.7) comparada con 62.9 años (DE, 2); la diferencia no fue estadísticamente significativa (prueba de Levene, F, 2.710; p 0.101; t, 0.636; gl, 206; p 0.526). La escolaridad promedio en fumadores fue 6.6 años (DE, 4.6) frente a 6.1 años (DE, 3.6) de los no fumadores; la diferencia no alcanzó significancia estadística (prueba de Levene, F, 3.364; p 0.068; t, 0.535; gl, 206; p 0.593). Las puntuaciones en el GHC-12 mostraron en fumadores un promedio de 4.6 (DE, 3.2) y en los no fumadores 5.5 (DE, 4.1); la diferencia no fue significativa (prueba de Levene,

F, 1.011; p 0.316; t, -0.723; gl, 206; p 0.470). La comparación de las variables categóricas investigadas se presenta en el Cuadro 2.

En el modelo multivariado final para consumo diario se incluyeron las variables sexo, consumo diario de café y consumo abusivo de alcohol. Las OR y los IC 95% para las asociaciones se muestran en el Cuadro 3. El modelo ajustaba en forma adecuada ($X^2 = 2.25$; gl, 6; p 0.325).

Cuadro 3
Modelo multivariado para consumo diario de cigarrillo en adultos entre 60 y 65 años de la población general de Bucaramanga, Colombia

Consumo diario de cigarrillo	OR	IC 95%	P
Consumo diario de cafeína	13.9	1.5-130.8	0.021
Consumo abusivo de alcohol	12.4	0.50-303.2	0.124
Sexo masculino	2.7	0.79-9.0	0.114

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio muestran una asociación significativa entre consumo diario de café y consumo diario de cigarrillo en los adultos entre 60 y 65 años. Ser de sexo masculino y manifestar consumo abusivo de alcohol sólo mostraron tendencia a la significancia cuando se incluyeron en un modelo de regresión logística. Los amplios intervalos de confianza sugieren que la mues-

Cuadro 2
Diferencias entre fumadores y no fumadores en adultos entre 60 y 65 años de la población general de Bucaramanga, Colombia

Variable	Fumadores (%)	No fumadores (%)	OR (IC 95%)	p
Sexo masculino	61.5	30.8	3.6 (0.98-14.5) ¹	0.031 ²
Pareja estable	69.2	68.2	1.1 (0.28-4.2)	1.000 ²
Estrato				
Bajo	23.1	19.0	Referente	-
Medio	69.3	77.9	1.4 (0.28-5.9)	0.708 ²
Alto	7.6	3.1	0.49 (0.03-1.4)	0.488 ²
Empleado	53.8	44.6	1.5 (0.42-5.1)	0.517
Personalidad del grupo A	15.4	31.8	0.39 (0.06-1.9)	0.355 ²
Personalidad del grupo B	30.8	37.9	0.73 (0.18-2.7)	0.770 ²
Personalidad del grupo C	46.2	54.4	0.72 (0.21-2.5)	0.566
Enfermedad médica	38.5	41.0	0.90 (0.24-3.2)	0.856
Trastorno mental común	7.7	12.3	0.59 (0.03-4.8)	1.000 ²
Consumo de café	92.3	50.3	11.9 (1.7-512.5) ¹	0.003
Consumo abusivo de alcohol	7.7	1.0	8.0 (0.13-161.2) ¹	0.177

1. Intervalo de confianza exacto 2. Prueba exacta de Fisher bilateral

tra es muy pequeña y sin el suficiente poder para negar la relación entre consumo abusivo de alcohol y sexo masculino con el consumo diario de cigarrillo en esta población. Por tanto, los resultados se deben mirar con precaución y considerarlos sólo como preliminares, pues se necesita un estudio con una muestra lo suficientemente grande como para mostrar diferencias cuando la prevalencia de consumo de cigarrillo en esta población es de un solo dígito. Asimismo, se debe considerar que el consumo abusivo de alcohol y la presencia de un trastorno mental común se investigaron mediante el uso de instrumentos auto-aplicados.

La prevalencia de consumo de cigarrillo varía en forma importante de país a país¹. Esta prevalencia en personas entre 60 y 65 años es directamente proporcional a la frecuencia global. Algunos estudios muestran que el porcentaje de fumadores en los grupos etáreos mayores es inferior al observado en grupos poblacionales de menos edad³²⁻³⁵. Sin embargo, otros informes muestran prevalencias similares en todos los grupos de edad³⁶, e incluso otros muestran que la prevalencia aumenta después de los 40 años³⁷. En resumen, la prevalencia oscila aproximadamente entre 6% y 50% después de los 40-45 años, cuando tienden a mantenerse estable por lo menos hasta los 65 años^{3,36-38}.

En el presente estudio se observó que el consumo diario de cigarrillo era independiente del sexo, después de controlar otras variables. Datos similares informan otras investigaciones en poblaciones comparables^{3,32,33,37}; no obstante, otros estudios muestran que el consumo es más prevalente en varones que en mujeres³⁴⁻³⁶.

En este estudio no se encontró asociación significativa entre el estrato socioeconómico y el consumo de cigarrillo. Delva *et al.*³⁶ observaron que el consumo de cigarrillo era independiente de los ingresos familiares durante el último año. Mas, Öhlander *et al.*³⁸ hallaron que la prevalencia de fumadores era superior en los barrios con altas tasas de desempleo.

El consumo de cigarrillo no se modificó por los grados de estudio en los datos que se presentan. Sin embargo, Lindström *et al.*³⁷ en una población entre 45 y 69 años hallaron que persistía con el tiempo en las personas con menor educación. Los datos en cohortes de menos edad muestran resultados contradictorios; algunos investigadores informan que la prevalencia de consumo de cigarrillo es mayor en los grupos más educados^{34,35}; y otros que es predominante en los grupos con menos grados de escolaridad³⁶.

Con respecto a la ocupación, en el presente trabajo no se observaron asociaciones con el consumo de cigarrillo. Dato similar se halló en un estudio previo con personas más jóvenes³⁵. No obstante, otros trabajos informan que el consumo de cigarrillo es mayor en individuos sin empleo o que desempeñan un trabajo menos calificado que en quienes tienen un trabajo bien pago o de mayor remuneración^{34,38}.

Tener una pareja estable, estar casado o vivir en unión libre, no guardó relación significativa con la condición de fumador diario en el estudio que se presenta. Lindström *et al.*³⁷, en una población con rangos de edad equiparables, encontraron que el consumo de cigarrillo era tres veces mayor en las personas casadas que en las solteras o viudas. Otras investigaciones en población de todas las edades divergen de esta observación³⁵.

Las diferencias observadas en las variables socio-demográficas entre el presente estudio y los anteriores sugieren que tanto iniciar como mantener el consumo de cigarrillo, es un problema de salud pública complejo donde obran factores predisponentes genéticos que, sin duda, interactúan con elementos facilitadores ambientales^{6,7,12,14}.

Se observó en la presente investigación una asociación significativa entre el consumo de café y el consumo de cigarrillo, aun después de controlar otras variables y pese al limitado tamaño de la muestra. No se dispone de estudios que informen esta relación en poblaciones semejantes. Los estudios en otras poblaciones muestran efectivamente que las personas que fuman, por lo general, también consumen a diario café^{12,39}.

Asimismo, en este estudio se encontró que el abuso de alcohol no se relacionaba en forma significativa con el consumo diario de cigarrillo, después de controlar por consumo de café y por sexo. Sin embargo, el poder del estudio no permite negar en forma concluyente la falta de asociación debido al tamaño de la muestra⁴⁰. En individuos de menos edad se comprobó que quienes fuman presentan mayor frecuencia de consumo y de dependencia al alcohol, y viceversa, y que este consumo se mantiene con el paso de los años⁷.

Los datos disponibles sugieren una relación compleja entre consumo de cigarrillo y la ingesta de café y de alcohol, explicable en parte por factores genéticos¹². El consumo de una sustancia podría promover la ingesta de la otra para reducir los efectos negativos de la primera o con el propósito de alcanzar el efecto deseado de la última. Barrett *et al.*⁴¹ concluyeron que el consumo agudo de

nicotina en fumadores ocasionales incrementaba en forma importante el consumo de alcohol. Por otra parte, de León *et al.*⁴² observaron que los fumadores presentaban niveles más bajos de cafeína que los no fumadores con el mismo grado de ingesta de cafeína. Los compuestos aromáticos presentes en el tabaco son inductores enzimáticos importantes del citocromo 1A2, responsable de gran parte del metabolismo de la cafeína.

En el presente estudio el consumo de cigarrillo fue comparable en personas con y sin enfermedad médica. Algunos estudios muestran hallazgos similares. Por ejemplo, Janson *et al.*⁴³ en una cohorte de mujeres entre 45 y 75 años observaron que la historia de una enfermedad cardiovascular no se relacionaba con el abandono del consumo de cigarrillo. Las investigaciones con poblaciones clínicas informan que un número importante de pacientes reducen o abandonan el cigarrillo en forma espontánea al conocer la existencia de una enfermedad médica⁴⁴; pero, es alta la frecuencia de recaídas durante el seguimiento⁴⁵. Es muy posible que las personas de este grupo de edad que siguen el consumo de cigarrillo reúnan criterios de dependencia a la nicotina. Las personas con esta dependencia persisten en el abuso de cigarrillo, a pesar de las enfermedades médicas que empeoran con el humo del tabaco⁴⁶.

Los resultados de esta investigación muestran que ser una persona fumadora fue similar en presencia y en ausencia de un trastorno mental. Campo-Arias *et al.*⁴⁷ en un estudio colombiano observaron una baja prevalencia de consumo diario de cigarrillo en adultos entre 18 y 65 años con trastorno depresivo mayor. Sin embargo, Lindström *et al.*³⁷, en el estudio ya citado, encontraron que las condiciones psicosociales pobres eran más frecuentes en los que continuaban fumando que en quienes abandonan el uso de cigarrillo. Se debe tener presente que los mentales comunes, como el consumo de cigarrillo, son problemas clínicos complejos donde interactúan factores constitucionales y psicosociales.

Las características de personalidad en el presente estudio no se relacionaron con el consumo de cigarrillo. No hay investigaciones que informen estas características en personas de 60-65 años. Mitchell¹⁴ informó que los fumadores eran más impulsivos que los no fumadores. Arai *et al.*⁴⁸ observaron que las personas ex-fumadoras y fumadoras actuales puntuaban más alto en las escalas de «extroversión» y «psicoticismo» que las nunca fumadoras. Spinella⁴⁹ encontró un alto número de comportamientos compulsivos en fumadores y sugirió que el consumo de

cigarrillo podía ser una forma de automedicación. Como las otras variables estudiadas, las características de personalidad resultan de elementos constitucionales que son matizados por el aprendizaje social⁵⁰.

Los datos sugieren que es necesario evaluar el consumo de cigarrillo en estas personas, lo mismo que otros comportamientos poco saludables como el consumo de cafeína y el consumo de alcohol. De igual forma, indican que es necesario un enfoque integral para promover el abandono del consumo en ésta y todas las poblaciones¹⁶.

Se concluye que el consumo de cigarrillo se presenta en una de cada dieciséis personas entre 60 y 65 años y se asocia con otros consumos de riesgo para la salud. Es preciso un manejo integral para este problema de salud pública.

REFERENCIAS

1. Jha P, Ranson K, Nguyen SN, Yack D. Estimates of global and regional smoking prevalence in 1995, by age and gender. *Am J Public Health* 2002; 92: 1002-1006.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Cigarette smoking among adults, United States 2001. *MMWR* 2003; 52: 953-956.
3. Frank PI, Morris JA, Frank TL, Hazell ML, Hirsch S. Trends in smoking habits. A longitudinal population study. *Fam Pract* 2004; 21: 33-38.
4. Godtfredsen NS, Holst C, Prescott E, Vestbo J, Osler M. Smoking reduction, smoking cessation, and mortality: a 16-year-follow-up of 19,732 men and women from the Copenhagen Centre for Prospective Population Studies. *Am J Epidemiol* 2002; 156: 994-1001.
5. Martínez JA, Amaya W, Campillo HA, Campo A, Díaz LA. Factores asociados con el consumo diario de cigarrillo en adolescentes estudiantes de básica secundaria de Bucaramanga, Colombia. *Biomedica* 2005; 25: 518-526.
6. Gurpegui M, Martínez-Ortega JM, Aguilar MC, Díaz FJ, Quintana HM, de León J. Smoking initiation and schizophrenia: a replication study in a Spanish sample. *Schizophr Res* 2005; 76: 113-118.
7. Culverhouse R, Bucholz KK, Crowe RR, Hesselbrock V, Nurnberger J Jr, Porjesz B, *et al.* Long-term stability of alcohol and other substance dependence diagnoses and habitual smoking. An evaluation after 5 years. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 753-760.
8. Batra V, Patkar AA, Weibel S, Leone FT. Tobacco smoking as a chronic disease: notes on prevention and treatment. *Prim Care Clin* 2002; 29: 629-648.
9. Zorrilla-Torras B, García-Marín N, Galán-Labaca I, Gandarillas-Grande A. Smoking attributable mortality in the community of Madrid: 1992-1998. *Eur J Public Health* 2005; 15: 43-50.
10. Posada JA, Torres Y. *Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, Colombia, 1993*. Santafé de Bogotá:

- Ministerio de Salud; 1995.
11. Strine TW, Okoro CA, Chapman DP, Beckles GL, Balluz L, Mokdad AH. Health related quality of life and health risk behaviors among smokers. *Am J Prev Med* 2005; 28: 182-187.
 12. Hettema JM, Corey LA, Kendler KS. A multivariate genetic analysis of the use of tobacco, alcohol, and caffeine in a population based sample of male and female twins. *Drug Alcohol Depend* 1999; 57: 69-78.
 13. Bickel WR, Odum AL, Madden GJ. Impulsivity and cigarette smoking: delay discounting in current, never, and ex-smokers. *Psychopharmacology* 1999; 146: 447-454.
 14. Mitchell SH. Measures of impulsivity in cigarette smokers and non-smokers. *Psychopharmacology* 1999; 146: 455-464.
 15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
 16. Campo A. ¿Cómo ayudar a los pacientes a dejar de fumar? *Rev Inv Educ Enf* 2005; 23: 96-103.
 17. Croghan IT, Schroeder DR, Hays JT, Eberman KM, Patten CA, Berg EJ, et al. Nicotine dependence treatment perceived health status improvement with 1-year continuous smoking abstinence. *Eur J Public Health* 2005; 15: 251-255.
 18. Ministerio de Salud de Colombia. *Resolución 008430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia; 1993.
 19. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Burton AH, Brendel KA, Smsith DC, et al. Epi Info 6.04c. *A word processing, database, and statistic program for public health*. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention; Geneva: World Health Organization; 1997.
 20. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two version of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med* 1997; 27: 191-197.
 21. Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA* 1984; 252: 1905-1907.
 22. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. *Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV (SCID-II)*. Madrid: Masson; 1999.
 23. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika* 1951; 16: 297-334.
 24. Herrán OF, Ardila MF. Validez interna y reproducibilidad de la prueba de CAGE en Bucaramanga, Colombia. *Biomedica* 2005; 25: 231-241.
 25. Kuder GF, Richardson MW. The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika* 1937; 2: 151-160.
 26. Mehta CR, Patel NR, Gray R. Computing an exact confidence interval for the common odds ratio in several 2 x 2 contingency table. *J Am Stat Assoc* 1985; 78: 969-973.
 27. Shapiro SS, Wilk MB. An analysis of variance test for normality (complete samples). *Biometrika* 1965; 52: 591-611.
 28. O'Neil ME, Mathews KL. Levene tests of homogeneity of variance for general block and treatment designs. *Biometrics* 2002; 58: 216-224.
 29. Greenland S. Modeling and variable selection in epidemiologic analysis. *Am J Public Health* 1989; 79: 340-349.
 30. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. 2nd edition. New York: John Wiley & Sons Inc; 2000.
 31. STATA 9.0 for windows. College Station: StataCorp LP; 2005.
 32. Yang G, Fan L, Tan J, Qi G, Zhang Y, Samet JM, et al. Smoking in China. Findings of the 1996 National Prevalence Survey. *JAMA* 1999; 282: 1247-1253.
 33. Bellido J, Martín JC, Dueñas A, Mena FJ, Arzúa D, Simal F. Hábito tabáquico en una población general: descripción de la prevalencia, grado de consolidación y fase de abandono. *Arch Bronconeumol* 2001; 37: 75-80.
 34. Youssef RM, Abou-Khatwa SA, Fouad HM. Current and never smokers: differentials in characteristics, knowledge and perceptions. *Eastern Mediter Health J* 2003; 9: 923-934.
 35. Bozkurt AI, Sahinöz S, Ozçirpici B, Ozgür S, Sahinöz T, Acemoglu H, et al. Patterns of active and passive smoking, and associated factors in the Southeast Anatolian Project (SEAP) region, in Turkey. *BMC Public Health* 2006; 6: 15-22.
 36. Delva J, Téllez M, Finlayson TL, Gretebeck KA, Siefert K, Williams DR, et al. Cigarette smoking among low-income African Americans. A serious public health problem. *Am J Prev Med* 2005; 29: 218-220.
 37. Lindström M, Isacson SO, The Malmö Shoulder-Neck Study Group. Smoking cessation among daily smokers aged 45-69 years: a longitudinal study in Malmö, Sweden. *Addiction* 2002; 97: 205-215.
 38. Öhlander E, Vikström M, Lindström M, Sundquist K. Neighbourhood non-employment and daily smoking: a population-based study of women and men in Sweden. *Eur J Public Health* 2006; 16: 78-84.
 39. Martínez-Ortega JA, Jurado D, Martínez-González MA, Gurpegui M. Nicotine dependence, use of illegal drugs and psychiatric morbidity. *Addict Behav* 2006; 31: 1722-1729.
 40. Gómez C, Sánchez R. Cálculo del tamaño de la muestra en psiquiatría y salud mental. Principios básicos para su estimación. *Rev Colomb Psiquiatr* 1998; 27: 131-142.
 41. Barrett SP, Tichauer M, Leyton M, Pihl RO. Nicotine increases alcohol self-administration in non-dependent male smokers. *Drug Alcohol Depend* 2006; 81: 197-204.
 42. de León J, Díaz FJ, Rogers T, Browne D, Dinsmore L, Ghosheh OH, et al. A pilot study of plasma caffeine concentrations in a US sample of smokers and non-smokers volunteers. *Progress Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry* 2003; 27: 165-171.
 43. Janson E, Engström G, Lindström M, Berglund G, Hedblad B, Janson L. Who are the «quitter»? A cross-sectional study of circumstance associated with women giving up smoking. *Scand J Public Health* 2005; 33: 175-182.
 44. Joseph AM, Bliss RL, Zhao F, Lando H. Predictor of smoking reduction without formal intervention. *Nicotine Tob Res* 2005; 7: 277-282.
 45. Sanderson CL, Patten CA, Ebbert JO, Drews AA, Croghan GA, Clark MM, et al. Tobacco use outcomes among patients with lung cancer treated for nicotine dependence. *J Clin Oncol* 2002; 20: 3461-3469.
 46. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2001. p. 244-247.
 47. Campo-Arias A, Díaz-Martínez LA, Rueda-Jaimes GE, Rueda-

- Sánchez, Farelo-Palacín D, Díaz FJ, *et al.* Smoking is associated with schizophrenia, but not with mood disorders, within in a population with low smoking rates: A matched case-control study in Bucaramanga, Colombia. *Schizophr Res* 2006; 83: 269-276.
48. Arai Y, Hosokawa T, Fukao A, Izumi Y, Hisamichi S. Smoking behaviour and personality: a population-based study in Japan. *Addiction* 1997; 92: 1023-1033.
49. Spinella M. Compulsive behavior in tobacco users. *Addict Behav* 2005; 30: 183-186.
50. Jang KL, Woodward TS, Lang D, Honer WG, Livesley WJ. The genetic and environmental basis of the relationship between schizotypy and personality: a twin study. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193: 153-159.