

Actitudes ante el tabaquismo y características del hábito de un grupo de asmáticos jóvenes comparado con un grupo sin asma

J.I. de Granda Orive, T. Peña Miguel, C. Reinares Ten*, S. González Quijada**, J. Escobar Sacristán***, R. Sáez Valls*** y A. Herrera de la Rosa***

Servicio de Neumología y *Alergia. Hospital Militar de Burgos. **Servicio de Medicina Interna. Hospital General Yagüe. Burgos. ***Servicio de Neumología. Hospital Militar Gómez Ulla. Madrid.

OBJETIVO: Conocer qué actitudes y características presenta el hábito tabáquico en jóvenes asmáticos comparándolos con un grupo de jóvenes no asmáticos ya estudiado previamente.

POBLACIÓN Y MÉTODOS: Se realizó una encuesta, anónima, personal y voluntaria.

RESULTADOS: Contestaron a la encuesta 488 asmáticos (el 55,83%, 11 no contestaron) y 386 (44,16%, 27 no contestaron) no asmáticos varones. La edad media fue de $19,91 \pm 2,76$. El 31,56% (154) de los asmáticos fumaba frente al 53,67% (207) de los no asmáticos ($p < 0,001$), eran ex fumadores en el grupo de asmáticos un 3,68% (18) frente a un 1,55% (6) de los no asmáticos. La edad media de inicio fue de $15,20 \pm 2,42$ años en asmáticos frente a $15,08 \pm 2,41$ en no asmáticos. La edad media de consumo regular fue de $16,56 \pm 2,04$ años en asmáticos frente a $16,47 \pm 2,18$ en no asmáticos. El 62% de los asmáticos fumaba menos de 10 cigarrillos/día mientras que el 55% de los no asmáticos fumaba entre 11 y 20 cigarrillos/día. El valor medio del test de Fagerström para los asmáticos fue de $2,59 \pm 2,2$ frente a $4,66 \pm 2,2$ en no asmáticos ($p < 0,001$). Un 54% de los asmáticos y un 47% de los no asmáticos estarían dispuestos a dejar el hábito. Han realizado intentos previos un 65% frente un 44% de los no asmáticos ($p < 0,01$), con una duración media de $4,6 \pm 3,8$ meses frente $3,8 \pm 4,6$ en no asmáticos ($p < 0,05$). No hubo diferencias en cuanto al motivo de inicio del hábito. Encontramos que los compañeros y amigos fumadores de asmáticos fuman menos en proporción que los de los no asmáticos ($p < 0,001$), no así los familiares. Fuman más los amigos, familiares y compañeros fumadores de asmáticos fumadores.

CONCLUSIONES: Existe una menor prevalencia de asmáticos fumadores con un menor número de cigarrillos por día y menor dependencia. No encontramos diferencias en cuanto a la edad y motivo de inicio. Hay un menor número de fumadores en el entorno social del asmático comparado con los no asmáticos, y menor proporción de fumadores en el entorno del asmático no fumador. Existe gran motivación para dejar el hábito en ambos grupos.

Palabras clave: *Tabaquismo. Asma. Personal militar.*

(Arch Bronconeumol 2000; 36: 133-138)

Smoking among young asthmatic and non-asthmatic men: attitudes and patient

OBJETIVE: To compare the attitudes toward smoking and smoking patterns of young male asthmatics with the attitudes and habits of a group previously studied non-asthmatic men.

POPULATION AND METHODS: Volunteers responded individually to an anonymous questionnaire.

RESULTS: Responses were received from 488 asthmatics men (55.83% of the sample, with 11 not responding) and 386 non-asthmatics (44.16%, with 27 not responding). The mean age of subjects was 19.91 ± 2.76 yr. Smoking asthmatics numbered 154 (31.56%) non-asthmatic smokers numbered 207 (53.6%) ($p < 0.001$). Eighteen asthmatics (3.68%) and 6 (1.55%) non-asthmatics were ex-smokers. The mean age of initiation was 15.20 ± 2.42 for asthmatics and 15.08 ± 2.41 for non-asthmatics. Smoking was established at a mean age of 16.56 ± 2.04 yr for asthmatics and 16.47 ± 2.18 yr for non-asthmatics. Sixty-two percent of asthmatics smoked fewer than 10 cigarettes/day whereas 55% of non-asthmatics smoked between 11 and 20 cigarettes/day. The mean Fagerström score were 2.59 ± 2.2 for asthmatics and 4.66 ± 2.2 for non-asthmatics ($p < 0.001$). Fifty-four percent of asthmatics and 47% non-asthmatics were considering quitting. Sixty-five percent of asthmatics and 44% of non-asthmatics had previously tried to quit ($p < 0.01$) and mean duration of abstinence was 4.6 ± 3.8 months and 3.8 ± 4.6 , respectively ($p < 0.05$). No differences were found in the reason for starting to smoke. We found that the companions and friends of asthmatics smoked less than did the friend and acquaintances of non-asthmatics ($p < 0.001$), although that differences was not found for relatives, the friends, relatives and companions of smoking asthmatics smoked more than did those of non-smoking asthmatics.

CONCLUSIONS: The prevalence of smoking is lower among asthmatics than among non-asthmatics and asthmatics smoke fewer cigarettes/day and have a lower level of addiction. There are no differences in age of or reasons for starting to smoke. Asthmatics have fewer smoking friends than do non-asthmatics and non-smoking asthmatics have fewer still, the desire to quit smoking is high in both groups.

Key words: *Smoking. Asthma. Military personnel.*

Correspondencia: Dr. J.I. de Granda Orive. Servicio de Neumología (planta 14, control B, Secretaría). Hospital Militar Universitario Gómez Ulla. Glorieta del Ejército, s/n. 28047 Madrid.

Recibido: 27-8-99; aceptado para su publicación: 9-11-99.

Introducción

De todos es conocido el efecto negativo que produce el tabaco sobre las vías respiratorias. Existen numerosos trabajos que hallan una relación entre el tabaquismo pasivo de los niños de padres fumadores y una mayor inci-

dencia de asma y mayor riesgo de enfermedad aguda del tracto inferior. El asma se presenta con peor función pulmonar, mayor hiperreactividad, mayor número de exacerbaciones e ingresos hospitalarios, catarros de vías bajas y más necesidad de medicación¹⁻¹². Desde la adolescencia y en la juventud el riesgo de presentar asma, si se fuma, está aumentado con respecto a la población no fumadora^{13,14}, aunque no todos los autores están de acuerdo¹⁵. Para confirmar lo anterior, cuando los padres abandonan el hábito se producen una mejora y descenso de los síntomas respiratorios en sus hijos^{3,12}.

El cuartel es un lugar idóneo para integrar los contenidos de información sobre el tabaco, realizar encuestas, conocer las características del hábito en esta determinada edad, así como actuar con programas de cesación como ya hemos comentado en un trabajo previo¹⁶.

El objetivo de este trabajo es conocer qué actitudes y características presenta el hábito tabáquico en jóvenes asmáticos comparándolo con un grupo de jóvenes sin asma ya estudiado y publicado previamente¹⁶.

Población y métodos

Entre agosto de 1996 y octubre de 1997, y entre mayo y noviembre de 1998 se entregó una encuesta (anónima, personal y voluntaria) a 499 jóvenes diagnosticados de asma en las consultas externas de neumología y alergia del Hospital Militar de Burgos (según la NHLBI/WHO, Global Initiative for Asthma 1995). Los datos encontrados en este cuestionario han sido comparados con los obtenidos en la encuesta realizada sobre jóvenes no asmáticos de un trabajo previo¹⁶ (n = 413). El cuestionario fue diseñado para este proyecto basándose en parte en otros ya publicados^{17,18}, siendo de carácter autoadministrable, respondiendo sujeto a sujeto, con 22 preguntas (apéndice I), algunas con respuestas múltiples, sobre datos personales y relativos al hábito tabáquico: edad de inicio o contacto, edad de consumo regularizado, dependencia nicotínica (mediante el test de Fagerström [TF] modificado, siendo la dependencia moderada con un valor igual o menor a 6 y alta con un valor igual o superior a 7), motivación para dejar de fumar, intentos previos y tiempo que estuvo sin fumar. En un subgrupo de ambos grupos de encuestados hemos querido conocer si existen diferencias entre fumadores y no fumadores en cuanto al entorno social, situaciones que aumentan el consumo y el motivo de inicio.

Se consideró ex fumador a quien había dejado de fumar 6 meses antes como mínimo y fumador al que al menos fuma un cigarrillo diario o cinco a la semana.

Las respuestas se introdujeron en una base de datos informatizada (RSigma) para su estudio posterior. El estudio estadístico consistió en el análisis descriptivo de la muestra, y para la comparación de proporciones se utilizó el test de la χ^2 para las variables cualitativas, y la prueba de la t de Student para datos independientes en variables cuantitativas, siempre que se ajustaran a la normal, utilizando el test de Mann-Whitney para las no paramétricas. Se aceptó como valor de significación una $p \leq 0,05$, y la dispersión alrededor de la media se expresó como ± 1 desviación estándar (DE).

Resultados

El grupo de asmáticos que respondió a la encuesta fue de 488 jóvenes, lo que supone el 55,83% del total. El grupo de no asmáticos que respondieron al cuestionario estaba constituido por 386 jóvenes (encuesta reali-

TABLA I
Características del hábito

Todos varones (n = 874)	Asmáticos (n = 488)	No asmáticos (n = 386)	Nivel de significación
Edad (\pm DE)		19,91 \pm 2,76	
Fumador	31,56%	53,67%	p < 0,001
Ex fumador	3,68%	1,55%	NS
Edad media de inicio (\pm DE) (años)	15,20 \pm 2,42	15,08 \pm 2,41	NS
Edad media de consumo regular (\pm DE)(años)	16,56 \pm 2,04	16,47 \pm 2,18	NS
Test de Fagerström			
≤ 6	86,3%	79,22%	p < 0,001
≥ 7	7,14%	20,77%	p < 0,001
Valor medio \pm DE	2,59 \pm 2,2	4,66 \pm 2,2	p < 0,001
Dejará de fumar próximos 6 meses	54%	47%	NS
Intentos previos para dejarlo	65%	44%	p < 0,01
Tiempo medio sin fumar (meses)	4,6 \pm 3,8	3,8 \pm 4,6	p < 0,05

DE: desviación estándar; NS: no significativo.

TABLA II
Número de cigarrillos por día

	Fumadores		
	Asmáticos (n = 154)	No asmáticos (n = 207)	Nivel de significación
< 10 cig/día	62 % (96)	29% (59)	p < 0,001
11-20 cig/día	27% (41)	55% (114)	p < 0,001
21-30 cig/día	3% (5)	14% (29)	p < 0,001
> 31 cig/día	1% (2)	2% (4)	NS

Cig/día: cigarrillos por día; NS: no significativo.

zada con motivo de otro trabajo anterior¹⁶), lo que supone el 44,16%. No contestaron al cuestionario 38 sujetos, que son el 4,16% del total, 11 del grupo de asmáticos (2,20%), y 27 del grupo de no asmáticos (6,53%). La edad media (\pm DE) fue de 19,91 \pm 2,76 años. Todos eran varones, lo cual es lógico dado el ámbito donde se realizó la encuesta, aunque como ya hemos comentado previamente¹⁶ hace unos años se produjo la incorporación de la mujer a las Fuerzas Armadas. De los asmáticos, 154 (31,56%) declaraban ser fumadores, y de los no asmáticos 207 (53,67%), siendo la diferencia significativa (p < 0,001). Un 3,68% (18 pacientes) de los asmáticos eran ex fumadores mientras que sólo el 1,55% (6 sujetos) de los no asmáticos lo eran.

En cuanto a las características del hábito (tabla I) la edad media (\pm DE) de inicio (probadores) en asmáticos fue de 15,20 \pm 2,42 frente a 15,08 \pm 2,41 en no asmáticos. Por otro lado, la edad media (\pm DE) de consumo regular fue de 16,56 \pm 2,04 en asmáticos frente a 16,47 \pm 2,18 en no asmáticos.

En cuanto al número de cigarrillos fumados en un día (tabla II) el 62% de los asmáticos fumaba menos de 10 cigarrillos/día mientras que el 55% de los no asmáticos fumaba entre 11 y 20 cigarrillos/día (siendo las diferen-

TABLA III
Motivo de inicio del hábito

Subgrupos del total	Asmáticos n = 226 (34% de fumadores)*	No asmáticos n = 317 (54% de fumadores)*	Nivel de significación
Curiosidad	43%	45%	NS
Amigos	33%	26%	NS
Ansiedad	14%	6%	NS
Otros	10%	23%	

*p < 0,001. NS: no significativo

TABLA IV
Fumadores en el entorno social

	Asmáticos (%)	No asmáticos (%)	Nivel de significación
Familia	68	59	NS
Medio laboral	78	92	p < 0,001
Amigos	76	93	p < 0,001

	Asmáticos fumadores (%)	Asmáticos no fumadores (%)	Nivel de significación
Familiares	68	51	p < 0,05
Medio laboral	89	70	p < 0,01
Amigos	91	66	p < 0,001

NS: no significativo.

cias estadísticamente significativas). En ambos grupos el tipo de cigarrillo más fumado es el rubio (el 92% en asmáticos frente al 90,87% en no asmáticos).

Para conocer la dependencia que presentaban los fumadores se utilizó el test de Fagerström modificado que estaba incluido en el cuestionario. En los dos grupos existe un mayor porcentaje de sujetos con una dependencia moderada, teniendo el 86,3% (133) de los asmáticos y el 79,22% (164) de los no asmáticos un valor del TF menor o igual a 6 (p < 0,001). El porcentaje de fumadores en ambos grupos con un TF mayor o igual a 7 es de 7,14% (11 pacientes) en los asmáticos frente a un 20,77% (43 sujetos) en los no asmáticos (p < 0,001). Esta pregunta fue contestada por todos los no asmáticos y no la respondieron 10 asmáticos (6,49%). El valor medio del TF (\pm DE) es de $2,59 \pm 2,2$ en asmáticos frente a $4,66 \pm 2,2$ en no asmáticos (p < 0,001).

Un 54% de los asmáticos y un 47% de los no asmáticos estarían dispuestos a dejar de fumar en los próximos 6 meses. Ha realizado intentos previos un 65% de asmáticos frente a un 44% de no asmáticos (p < 0,01), con un tiempo medio sin fumar de $4,6 \pm 3,8$ meses en asmáticos frente a $3,8 \pm 4,6$ meses en no asmáticos (p < 0,05).

Dado que la encuesta se realizó en dos períodos distintos de tiempo (véase «Población y métodos») a un subgrupo de 226 asmáticos y 317 no asmáticos del grupo total (de los cuales eran fumadores el 34% de los asmáticos y el 54% de los no asmáticos; p < 0,001), se les formularon preguntas (que faltaban en el resto) en el cuestionario sobre el motivo de inicio del hábito, situaciones que aumentan el consumo y fumadores en el entorno social del encuestado. No se encontraron diferencias en cuanto al motivo de inicio del hábito, siendo la curiosidad el más frecuente (el 43% en asmáticos frente al 45% en no as-

máticos; tabla III). Tampoco se encontraron diferencias en las situaciones que aumentan el consumo. Los compañeros laborales y amigos de asmáticos fuman el 78 y el 76%, en los no asmáticos el 92 y el 93% (p < 0,001), no existiendo diferencias significativas en ambos grupos en cuanto al porcentaje de fumadores en la familia (tabla IV). Asimismo, existe una mayor proporción de fumadores en los familiares (68%), compañeros (89%) y amigos (91%) de asmáticos fumadores, comparándolos con los familiares (51%), compañeros (70%) y amigos (66%) fumadores de asmáticos no fumadores (p < 0,05; p < 0,01, y p < 0,001, respectivamente; tabla IV).

Discusión

Desde 1978 se realizan en España diversas encuestas que representan a la población general y que aportan datos de la prevalencia de fumadores. Se sugiere un descenso de la proporción, sobre todo en varones. La prevalencia del tabaquismo en adolescentes y jóvenes varía según las edades en las que se realizan las encuestas¹⁶. Ya en el estudio Brigantium, Castro Beiras et al¹⁹ encuentran que el aumento brusco de la prevalencia de fumadores se puede fijar a la edad de 15 años, superando, en este grupo, el 30% la población de fumadores. Barrueco et al, en unas encuestas realizadas a escolares de Castilla y León con un rango de edades entre 10 y 20 años²⁰ y 13 y 24 años²¹, encuentran una prevalencia del 13,7 y del 27,2%, respectivamente. Otra cosa ocurre si preguntamos a los adolescentes si han fumado alguna vez con anterioridad, ya que en este caso la prevalencia aumenta²². Abu-Shams et al²³, con un rango de edades entre 12 y 24 años, obtienen una proporción de fumadores del 28,81% en varones y del 35% en mujeres. En el trabajo de Álvarez et al²⁴, con un rango de edades entre 12 y 19 años, el 35% reconocía ser fumador. La proporción de fumadores aumentaba con la edad, consolidándose a partir de los 15 años y siendo superior al 50% desde los 16 años. Ocurre lo mismo en otros estudios publicados donde el rango de edad aumenta hasta los 25 y 30 años observándose prevalencias en torno al 30-45%²⁵⁻²⁷. Por tanto, podemos decir que la prevalencia aumenta con la edad. Nosotros encontramos que dentro del grupo de jóvenes no asmáticos la prevalencia es del 53,62%; en cambio, en los asmáticos es del 31,56% con mayor número de ex fumadores (3,68%). La prevalencia es significativamente menor en los asmáticos caracterizándose su hábito por fumar menor número de cigarrillos al día con menor dependencia. Creemos que este hecho quizá está motivado por la enfermedad que presentan estos jóvenes, ya que se supone se les ha informado del riesgo que tienen al fumar. Pero no podemos olvidar la influencia de los diversos factores que habitualmente inducen a los jóvenes al uso del tabaco^{28,29} y que logran que, aunque menos que los no asmáticos, también fumen cuando es claramente perjudicial para su salud.

La edad media de inicio del hábito es variable, pero sabemos que el 60% de los fumadores comenzó a fumar sobre los 13 años y más del 90% antes de los 20 años³⁰, consolidándose, en general, el hábito a los 15 años. No hemos encontrado diferencias entre los dos grupos comenzando el consumo regular a los 16 años.

Las contestaciones más frecuentes cuando se pregunta el motivo por el que se comenzó el hábito son la curiosidad y la presión de los amigos^{17,20,22,25,31}. No hemos encontrado diferencias entre ambos grupos, y el motivo más frecuente ha sido la curiosidad.

Otro aspecto que nos parece muy interesante de nuestro trabajo es el hecho de que existe, significativamente, un menor porcentaje de compañeros y amigos que fuman en el grupo de los asmáticos con respecto al grupo de no asmáticos, sin encontrar diferencias en cuanto al número de fumadores en la familia. A su vez, en el grupo de asmáticos fumadores existe, significativamente, una mayor proporción de compañeros, amigos e incluso familiares que fuman con respecto a los compañeros, amigos y familiares de los asmáticos no fumadores. Esto vuelve a incidir en la importancia del entor-

no para iniciarse en el hábito tabáquico^{18,28,30,32,33} y en su consolidación. En este caso, es lógico que en el grupo de asmáticos fumen menos los miembros de su entorno social con respecto a los no asmáticos y que en los asmáticos fumadores fumen más los miembros de su entorno, lo que remarca la importancia de las influencias externas ya que las recompensas de apoyo del grupo y de imitación de "papel" de adulto son más fuertes que los efectos indeseables del tabaco. ¿Cuántos de los asmáticos fumadores encuestados han sido fumadores pasivos?, ¿cuántos asmáticos fumadores han comenzado sus síntomas en la adolescencia? La respuesta a estas preguntas no ha sido el objetivo de este trabajo pero lo cierto es que la mayoría de los asmáticos tienen familiares y amigos que fuman, lo que por supuesto, de alguna forma, puede haber influido en su enfermedad.

APÉNDICE I			
HOSPITAL MILITAR DE BURGOS HOSPITAL MILITAR GÓMEZ ULLA UNIDAD DE TABAQUISMO			
ENCUESTA			
Edad	Sexo	Profesión	
Hábito tabáquico:			
¿Es usted fumador?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Es ex fumador: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Desde cuándo			
Edad de comienzo:		Edad de consumo regular	
N.º de cig/día: < 10 <input type="checkbox"/> de 11 a 20 <input type="checkbox"/> de 21 a 30 <input type="checkbox"/> > de 31 <input type="checkbox"/>			
¿Qué tipo de tabaco fuma? Motivo de inicio del hábito			
Situaciones que aumentan el consumo: Estrés Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Relax Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sociales Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Consumo y entorno: Familiares: fuman Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> . ¿Quiénes?			
Medio laboral: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Amigos: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Test de Fagerström:			
1) ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?		4) ¿Tiene dificultad para no fumar en lugares donde está prohibido?	
- 10 o menos 0 puntos		- Sí 1 punto	
- 11 a 20 1 punto		- No 0 puntos	
- 21 a 30 2 puntos			
- 31 o más 3 puntos			
2) ¿Tiempo transcurrido desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo?		5) ¿Fuma cuando está enfermo?	
- Menos de 5 minutos 3 puntos		- Sí 1 punto	
- De 6 a 30 minutos 2 puntos		- No 0 puntos	
- De 31 a 60 minutos 1 punto			
- Más de 60 minutos 0 puntos			
3) ¿Fuma más por las mañanas?		6) ¿Qué cigarrillo le produce mayor satisfacción?	
- Sí 1 punto		- El primero del día 1 punto	
- No 0 puntos		- Otros 0 puntos	
		Puntuación:	
Motivación para el abandono:			
¿Dejaría usted de fumar en los próximos 6 meses?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Ha realizado intentos previos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Cuánto tiempo estuvo sin fumar máximo?			
¿Qué método y medios utilizó para intentar de dejarlo?			
¿Es usted asmático? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desde cuándo:			
¿Por qué fuma siendo asmático?			
¿Qué tratamiento habitual utiliza para el asma?			

Existe una gran motivación para dejar de fumar, más importante en los asmáticos, que dejarían el hábito en un 54% en los próximos 6 meses (el 47% de los no asmáticos) con mayor número de intentos previos y mayor tiempo sin fumar en los mismos. El conocimiento de los efectos patológicos del tabaco es hasta cierto punto limitado en adolescentes y jóvenes²². En este grupo de edad los fumadores no relacionan los riesgos del tabaco con que les vaya a afectar a ellos mismos y tienden a minimizar dichos riesgos³⁴. Es aleccionador, por tanto, que un gran número de jóvenes quiera dejar de fumar y parece que en general los asmáticos tienen más conciencia de que el efecto del tabaco es perjudicial para su salud, que ya está mermada. En este sentido, no nos cansaremos de insistir en la importancia de la información sobre el tabaquismo, realizar campañas de promoción de la salud para poder prevenirlo, dar consejo médico y realizar campañas de cesación con éxito.

Ambos grupos fuman predominantemente tabaco rubio. El consumo de este tipo de tabaco, aunque es el más caro, ha ascendido desde los años sesenta, seguramente por las estrategias comerciales, condicionando el gusto de los consumidores^{27,35}.

Conclusiones

Como era de esperar hay una menor prevalencia de fumadores entre los asmáticos con un menor número de cigarrillos por día y una menor dependencia.

No existen diferencias, en ambos grupos, en cuanto a la edad de inicio y de consumo regular.

Los motivos por los que empiezan a fumar son los mismos en ambos grupos, influyendo la enfermedad positivamente para dejar el hábito.

Hay un menor número de fumadores en el entorno social del asmático con respecto al no asmático, y también existe menor proporción de fumadores en el entorno del asmático no fumador.

Existe una gran motivación en ambos grupos para dejar de fumar pero más importante en el grupo de asmáticos.

Además, podemos realizar las siguientes reflexiones:

– Los programas de educación en la salud deberían dejar de ser algo aislado para estar presentes tanto en cuarteles como en los planes de estudio de los colegios y universidades.

– Todo médico que tenga entre sus pacientes a asmáticos podría incluir en la historia clínica el consejo médico antitabaco, informando al paciente acerca de los efectos nocivos del tabaco sobre la salud y el empeoramiento de su enfermedad.

– Debemos, desde las instituciones científicas, alertar sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco, para aumentar el conocimiento sobre el mismo en la población general, y dar razones de peso a las autoridades del país para el control de la publicidad, la realización de campañas de prevención y educación y lograr así mejorar la salud pública.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sherril DL, Martínez FD, Lebowitz MD, Holdaway MD, Flannery EM, Herbison GP et al. Longitudinal effects of passive smoking on pulmonary function in New Zealand children. *Am Rev Respir Dis* 1992; 145: 1136-1141.
2. Tager IB, Weiss ST, Muñoz A, Rosner B, Speizer FE. Longitudinal study of the effects of maternal smoking on pulmonary function in children. *N Engl J Med* 1983; 309: 699-703.
3. Chilmonczyk BA, Salmún LM, Megathlin KN, Neveux LM, Palomaki GE, Knight GJ et al. Association between exposure to environmental tobacco smoke and exacerbation of asthma in children. *N Engl J Med* 1993; 328: 1665-1669.
4. Cunningham J, O'Connor GT, Dockery DW, Speizer FE. Environmental tobacco smoke, wheezing, and asthma in children in 24 communities. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 153: 218-224.
5. Lindfors A, Wickman M, Hedlin G, Pershegen G, Rietz H, Nordvall SL. Indoor environmental risk factors in young asthmatics: a case control study. *Arch Dis Child* 1995; 73: 408-412.
6. Boyle P. The hazards of passive and active smoking. *N Engl J Med* 1993; 328: 1708-1709.
7. Jiménez Ruiz CA, Cisneros Serrano C, Flórez Martín S, Perelló Bosch O, Álvarez-Sala Walther JL, Lucas Ramos P et al. El Defensor del Menor en la Comunidad de Madrid, editor. *Tabaquismo y salud*. Madrid: Piscegraf, S.L., 1999; 43-50.
8. Sobradillo Peña V. Enfermedades de las vías respiratorias y tabaco. En: Jiménez Ruiz CA, editor. *Pulmón y tabaco*. Madrid: NILO Industria Gráfica, S.A., 1998; 77-90.
9. Ehrlich R, Kattan M, Godbold J, Saltzberg DS, Grimm KT, Landrigan PJ et al. Childhood asthma and passive smoking. Urinary cotinine as a biomarker of exposure. *Am Rev Respir Dis* 1992; 145: 594-599.
10. Strachman DP, Cook DG. Parental smoking and childhood asthma: longitudinal and case-control studies. *Thorax* 1998; 53: 204-212.
11. Strachman DP, Cook DG. Parental smoking and lower respiratory illness in infancy and early childhood. *Thorax* 1997; 52: 905-914.
12. Carrión Valero F, Jiménez Ruiz CA. El tabaquismo pasivo en la infancia. *Arch Bronconeumol* 1999; 35: 39-47.
13. Withers NJ, Low L, Holgate ST, Clough JB. The natural history of respiratory symptoms in a cohort of adolescents. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 158: 352-357.
14. Larsson L. Incidence of asthma in Swedish teenagers: relation to sex and smoking habits. *Thorax* 1995; 50: 260-264.
15. Vesterinen E, Kaprio J, Koskenvuo M. Prospective study of asthma in relation to smoking habits among 14729 adults. *Thorax* 1988; 43: 534-539.
16. Granda Orive JI, Peña Miguel T, González Quijada S, Escobar Sacristán J, Gutiérrez Jiménez T, Herrera de la Rosa A. Hábito tabáquico en jóvenes en edad militar: actitudes y características. *Arch Bronconeumol* 1998; 34: 525-530.
17. García Hidalgo A. Intervención mínima frente al tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 114-123.
18. Aubá J, Villalbí JR. Tabaco y adolescentes: influencia del entorno personal. *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 506-509.
19. Castro Beiras A, Muñoz J, Juane R, Suárez Barros J, Santamaría García JL, Velasco Horta B et al. Estudio Brigantium. Factores de riesgo cardiovascular en la niñez y adolescencia en un área rural gallega. *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 481-487.
20. Barrueco M, Vicente M, López I, Gonsalvez T, Terrero D, García J et al. Tabaquismo escolar en el medio rural de Castilla-León. Actitudes de la población escolar. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 23-27.
21. Barrueco M, Cordovilla R, Hernández Mezquita MA, De Castro J, González JM, Rivas P et al. Diferencias entre sexos en la experimentación y consumo de tabaco por niños, adolescentes y jóvenes. *Arch Bronconeumol* 1998; 34: 199-203.
22. Barrueco M, Vicente M, Garavís JL, García J, Blanco A, Rodríguez MC. Prevención del tabaquismo en la escuela: resultados de un programa realizado durante 3 años. *Arch Bronconeumol* 1998; 34: 323-328.
23. Abu-Shams K, De Carlos Izquierdo M, Tiberio López G, Sebastián Ariño A. Prevalencia del tabaquismo en la población escolar adolescente de Navarra. *Arch Bronconeumol* 1998; 34: 59-63.

24. Álvarez Gutiérrez FJ, Soto Campos G, Vellisco García A, Pérez Peti M, Del Castillo D, Calderón Osuna E et al. Tabaquismo escolar en la provincia de Sevilla: resultados de la primera fase de una campaña de prevención del tabaquismo. Arch Bronconeumol 1999; 35: 317-323.
25. Prieto J, González González B, Rodríguez JM, Molejón A. consumo de tabaco de los jóvenes de enseñanza media de Avilés. Arch Bronconeumol 1994; 30 (Supl 1): 5.
26. Menéndez Mier A, Algueró García R, Alzugaray García Diego MT, Sampredo Concha F, Antuña Álvarez C, Fernández Barredo C. Consumo de tabaco en jóvenes de una zona básica de salud. Arch Bronconeumol 1994; 30 (Supl 1): 6-7.
27. Epidemiología. En: Pardell H, Saltó E, Salleras LL, editores. Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1996; 11-43.
28. Marín Tuyá D. Entorno familiar, tabaco y alimentación. Med Clin (Barc) 1994; 102: 14-15.
29. Jiménez Ruiz CA. Publicidad y tabaco. Arch Bronconeumol 1996; 32: 497-499.
30. Marín Tuyá D. Tabaco y adolescentes: más vale prevenir. Med Clin (Barc) 1993; 100: 497-500.
31. Rossell MT, Pérez Trullén A, Ruiz C, Herrero I, Gómez R, Sebastián A et al. Características del tabaquismo en la población escolar de un área rural. Arch Bronconeumol 1996; 32 (Supl 2): 81.
32. Viejo Bañuelos JL. Tabaco en los jóvenes. Arch Bronconeumol 1995; 31: 491-493.
33. Solano Reina S, Jiménez Ruiz CA. Mecanismos de iniciación al tabaco. Dependencia no farmacológica. Arch Bronconeumol 1995; 31: 109-113.
34. Kessler DA, Witt AM, Barnett PS, Zeller MR, Natanblutt SL, Wilkenfeld JP. The Food and Drugs Administration's regulation of tobacco products. N Engl J Med 1996; 335: 988-994.
35. Plaza Valía P, Franco Serrano J, Blanquer Olivas R. Evolución de la demanda de cigarrillos en España (1960-1996). Arch Bronconeumol 1999; 35 (Supl 2): 90.