

ORIGINALES BREVES

Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en atención primaria

R. Córdoba^a, C. Martín^b, R. Casas^c, C. Barberá^d, M. Botaya^e, A. Hernández^f y C. Jané^g

Centros de Salud Delicias Sur y Oliver (Zaragoza), CAP Passeig de Sant Joan y Sant Antoni-Mansó (Barcelona).

Objetivos. 1. Estudiar los factores predictivos de la cesación tabáquica y correlacionar las categorías del Programa de Ayuda al Fumador (PAF) con niveles de motivación y dependencia utilizando cuestionarios breves. 2. Conocer el porcentaje de la categoría «ganadores» al año utilizando la metodología del PAF.

Diseño. Prospectivo, observacional, de intervención y no controlado sobre una muestra de fumadores no seleccionados que acuden a consultas de atención primaria.

Emplazamiento. Cuatro centros de salud urbanos de Zaragoza y Barcelona.

Intervenciones. Intervención sistemática sobre los fumadores atendiendo a la fase del cambio (categoría PAF). Utilización de cuestionarios de motivación-dependencia y validación bioquímica de la abstinencia.

Pacientes. Se incluyeron 362 pacientes, de los cuales participaron finalmente un total de 288 fumadores (79,5%). La media de edad fue de 40,85 (DE, 15,7); varones (60,8%).

Mediciones y resultados principales. Un 21,4% de los fumadores presentaba patología relacionada con el tabaco. El número de intentos previos para dejar de fumar era de 1,6 (DE, 2,9). Los pacientes fumaban una media de 13,4 cigarrillos desde hacía 22,2 años de media (DE, 15,7). La media de edad en el inicio del consumo fue de 17 años (DE, 4,7). El nivel de motivación inicial según el test de Richmond fue de 4,78 (DE, 3,2) y el promedio de dependencia según el test de Fagerström modificado (TFm) fue de 0,6 (DE, 0,7). El número de intervenciones PAF fue de 1,9 (DE, 2,9). Al final, un 15,6% de los pacientes tenía categoría «ganador», siendo confirmados en el 95,6% por validación bioquímica. El modelo de regresión logística confirmó que los factores predictivos de la cesación tabáquica fueron la edad, los niveles iniciales de motivación y el número de cigarrillos inicial.

Conclusiones. Los test breves de motivación (Richmond) y, en menor medida, de dependencia (TFm) fueron buenos predictores de la cesación tabáquica y se pueden recomendar en atención primaria.

Palabras clave: Tabaco. Intervención breve. Cuestionarios.

VALUE OF BRIEF PRIMARY CARE QUESTIONNAIRES IN PREDICTING THE GIVING-UP OF TOBACCO

Objectives. 1. To study the factors predicting the giving-up of tobacco and to correlate the categories in the Smoker's Aid Programme (SAP) with levels of motivation and dependency, using brief questionnaires. 2. To find the annual percentage in the «winners» category, using the SAP methodology.

Design. Prospective, observational, intervention study without a control group of a random sample of smokers attending primary care clinics.

Setting. Four urban health centres in Zaragoza and Barcelona.

Interventions. Systematic intervention on smokers in the change phase (SAP category). Use of questionnaires on motivation/dependency and of biochemical checks that they had actually given up.

Patients. 362 patients of whom 288 smokers (79.5%) took part. Average age was 40.85 (SD: 15.7). 60.8% were males.

Measurements and main results. 21.4% of the smokers had tobacco-related pathology. The number of previous attempts to give up smoking was 1.6 (SD: 2.9). Patients smoked an average of 13.4 cigarettes for 22.2 years (SD: 15.7). Average age at start of consumption was 17 (SD: 4.7). Initial motivation on the Richmond Test was 4.78 (SD: 3.2); and average dependency according to the modified Fagerström Test (TFm) was 0.6 (SD: 0.7). The number of SAP interventions was 1.9 (SD: 2.9). By the end 15.6% of the patients had achieved «winner» status, which was confirmed in 95.6% of them by the biochemical test. The logistic regression model confirmed that the factors predicting giving up tobacco were age, the initial levels of motivation and the initial number of cigarettes.

Conclusions. The short tests of motivation (Richmond) and, to a lesser extent, dependency (TFm) were good predictors of giving up tobacco and can be recommended in primary care.

Key words: Tobacco. Short intervention. Questionnaires.

(Aten Primaria 2000; 25: 32-36)

^aEspecialista en MFC. Profesor asociado de Medicina. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza. ^bEspecialista en MFC. Profesor asociado de Medicina. Universidad Autónoma Barcelona. CAP Passeig Sant Joan. ^cEspecialista en MFC. CAP Sant Antoni-Mansó. Barcelona. ^dEspecialista en MFC. Centro de Salud Oliver. Zaragoza. ^eEspecialista en MFC. Centro de Salud Oliver. Profesor asociado de Medicina. Zaragoza. ^fEspecialista en MFC. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza. ^gEspecialista en MFC. CAP Passeig de Sant Joan. Barcelona.

Correspondencia: Rodrigo Córdoba García.
Centro de Salud Delicias Sur. Dronca, 1. 50009 Zaragoza.
Correo electrónico: rcordobag@papps.org

Manuscrito aceptado para su publicación el 26-VII-1999.

Introducción

Existe consenso en la comunidad científica acerca de que la intervención conductual para ayudar a los fumadores a abandonar esa conducta adictiva es cuanto menos una de las más eficientes que se pueden desarrollar desde el sistema sanitario, incluso más que otras intervenciones consensuadas, caso del tratamiento de la hipertensión arterial o de la hipercolesterolemia¹.

Sabemos que, según los datos más conservadores, al menos un 5% de los fumadores deja de hacerlo después del consejo aislado de su médico de cabecera². Pero en los últimos años hay evidencias de que el consejo sistematizado permite alcanzar tasas de abstinencia al año 3 o 4 veces mayores, llegando incluso a cifras por encima del 20%³⁻⁵. El Proyecto de Ayuda al Fumador (PAF), que se viene desarrollando desde hace 5 años en varios centros de salud de Barcelona y Zaragoza, presenta una serie de características: a) consejo breve, personalizado y sistematizado en el transcurso de la consulta de demanda; b) intervención oportunista en un ambiente cordial; c) clasificación del paciente en categorías específicas con un plan de seguimiento apropiado a cada una de ellas, y d) uso de sistemas de registro específico para la intervención («ficha amarilla»). El método ha sido ya descrito con anterioridad^{6,7}, pero de forma resumida utiliza 8 categorías para clasificar a los fumadores: ganador (ha dejado de fumar); ayuda (quiere dejar de fumar y solicita ayuda); disminuir (desea fu-

mar menos); solo (quiere dejar de fumar y rechaza ayuda); dudoso (no está seguro de querer o poder dejarlo); retardar (le gustaría dejarlo más adelante); no (no quiere dejar de fumar), y pendiente (no se pudo abordar el tema en esa visita). Sin embargo, se ha criticado el excesivo número de categorías que usa el PAF y no tenemos datos sobre la correlación de las categorías PAF con los test clásicos de dependencia a la nicotina como el Fagerström⁸ y de motivación como el test de Richmond⁹. Diferentes autores han intentado clasificar en 2 o más categorías a los fumadores en función de su motivación. Los fumadores motivados para dejar el tabaco han sido denominados, según el modelo transteórico de los procesos del cambio de Prochaska y Di Clemente, «contempladores»¹⁰; por Rollnick y su modelo de «entrevista motivacional» han sido denominados «dispuestos al cambio»¹¹, o «fumadores disonantes» por Martin Raw¹². Las categorías PAF pueden presentar cierto paralelismo con estos modelos teóricos, considerando motivados a las categorías «ganador», «ayuda» y «solo». En cuanto a la valoración de la dependencia, Richmond ha utilizado una versión reducida del test de Fagerström modificado (TFm) para medir la dependencia de la nicotina de tan sólo 3 ítems que ha sido poco estudiada en atención primaria.

El estudio partía de la hipótesis de que el consejo breve, sistematizado y personalizado logra una eficacia superior al consejo aislado⁷. También conocemos que algunos de los factores predictivos para el abandono son el menor nivel de dependencia y el número de intervenciones previas. Basándose en estas consideraciones, los objetivos del grupo de trabajo fueron: *a*) estudiar los factores predictivos de la cesación tabáquica y correlacionar las categorías del PAF con niveles de motivación y dependencia utilizando cuestionarios breves, y *b*) conocer el porcentaje de la categoría «ganadores»

al año utilizando la metodología del PAF.

Material y método

Tamaño muestral e intervenciones

El estudio consistió en seguir a una cohorte de fumadores durante al menos un año. Se diseñó una encuesta para la inclusión de los pacientes. Esta encuesta se dirigió de forma aleatoria a una muestra de pacientes fumadores que acudieron a la consulta espontánea durante 6 meses.

Se incluyeron en el estudio sólo pacientes fumadores de 15-75 años que acudieron a la consulta por cualquier motivo. Se excluyeron del estudio: pacientes ex fumadores consolidados (más de un año sin fumar), los que no entraban en el intervalo de edad, aquellos que presentaban una deficiencia psiquiátrica grave (depresión mayor, psicosis, etc.), los que presentaban patología orgánica terminal con expectativa de vida inferior a 2 años y aquellos con toxicomanías asociadas graves (dependencia de opiáceos, de alcohol u otras).

La metodología de la intervención fue la definida por el PAF en otras publicaciones^{5,6}. Después de un año de seguimiento, se citó mediante el teléfono a todos los individuos entrevistados anteriormente, valorándose el consumo, la categoría PAF, otros datos de seguimiento, nivel de dependencia, nivel de motivación y nueva medición del CO en el aire espirado.

Para el cálculo del tamaño muestral, se consideró una población con una prevalencia del 35% de fumadores con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%, para lo cual serían necesarias unas 330 personas.

Variables del estudio

1. Demográficas: edad, sexo; nivel de estudios, situación laboral y clase social¹⁴.
2. Relacionadas con el consumo de tabaco: categoría PAF al inicio del estudio, patología relacionada con el tabaco, número de cigarrillos fumados por día, edad de inicio del hábito y años de consumo.
3. Motivación: se utilizó el test de Richmond. Este test incluye los siguientes ítems: ¿quiere dejar de fumar? (sí = 1; no = 0); ¿con qué ganas de 0 a 3 quiere dejarlo? (nada = 0; poca = 1; bastante = 2, y mucha = 3); ¿intentará dejarlo en las próximas 2 semanas? (no = 0; dudoso = 1; probable =

2, y sí = 3); ¿cree que dentro de 6 meses no fumará? (no = 0; dudoso = 1; probable = 2, y sí = 3). Puntuación total: 0-10.

4. Dependencia: se utilizó el TFm que consta de los siguientes ítems: ¿fuma usted en la cama? (sí = 1; no = 0); ¿le resulta difícil no fumar en los lugares prohibidos? (sí = 1; no = 0); ¿cuánto tiempo pasa hasta que fuma su primer cigarrillo? (menos de 30 minutos = 1; más de 30 minutos = 0). Puntuación total: 0-3.

Se midió el nivel de CO en aire espirado mediante un monitor de CO tipo Bedfont.

Medición de los resultados

Se consideró finalmente la categoría final PAF de los fumadores. Se consideró «ganador» al que no fumaba en la visita final. Se midió el nivel de CO en el aire espirado validando la cesación si las cifras eran inferiores a 9 ppm de CO.

Se utiliza una metodología descriptiva, presentándose los valores centrales y las medidas de dispersión de las variables cuantitativas. Se presentan las características finales de los «ganadores» (éxitos) y de los pacientes que al final del estudio seguían negándose («no») a abandonar el hábito (fumadores consonantes en la terminología de M. Raw). Se utilizaron los métodos paramétricos habituales para las inferencias estadísticas al comparar fumadores y no fumadores. Además, se analizó mediante regresión logística el grupo de «ganadores» final, utilizando un modelo con las características iniciales que podrían predecir la posibilidad de alcanzar la categoría «ganador» final.

Resultados

Se captaron 362 individuos, de los cuales fueron evaluados al final del estudio 288, por lo que la tasa de participación al final del estudio fue del 79,5%.

La media de edad fue de 40,85 años (DE, 15,7); un 60,8% de los pacientes era varón; el 77,4% de los casos presentaba estudios básicos o EGB; un 46,6% de los pacientes era de nivel social medio (clase social III-IV), y el 21,5% presentaba patología crónica relacionada con el tabaco. El número de intentos previos para dejar de fumar fue de 1,6 (DE, 2,9). Inicialmente los pacientes fumaban una media de

13,4 cigarrillos por día (DE, 9,7) desde hacia 22,2 años (DE, 15,7). La media de edad de inicio en el consumo era de 17 años (DE, 4,7). El nivel de motivación inicial según el test de Richmond fue de 4,78 puntos (DE, 3,2). El nivel medio de dependencia según el TFM fue de 0,6 (DE, 0,7). El número de intervenciones previas según programa PAF fue de 1,9 (DE, 2,9).

En la tabla 1 se presentan las características de las diferentes categorías PAF al final del estudio en relación a la patología relacionada, consumo inicial y número de intervenciones PAF realizadas.

En la tabla 2 se presentan las puntuaciones de los tests de Richmond y TFM para cada una de las categorías. En la tabla 3 se presentan las características y diferencias de la categoría de fumadores que abandonaron el hábito («ganadores») en comparación con los que se negaron a dejar de fumar («no»).

La validación mediante el test de CO mostró en el grupo de «ganadores» valores menores a 9 en un 95,6% de los casos.

Se realizó un análisis de regresión logística, mostrando que las variables que explican mejor la probabilidad de tener la categoría «ganador» final son: nivel de motivación inicial, número de cigarrillos inicial y edad (tabla 4).

Discusión

Se trata de una intervención sistemática y oportunista individual en una población de fumadores no seleccionados (no se escogieron solamente fumadores disonantes, precontemplativos, ni «dispuestos al cambio» como en otros estudios en población ambulatoria o en unidades de tabaquismo), por lo que el resultado final en porcentaje de cesaciones hay que considerarlo aceptable. Debe tenerse en cuenta que el porcentaje inicial de «ganadores» estaba formado por fumadores en fases iniciales de la abstinencia (menos de

TABLA 1. Descripción de las características de los pacientes en función de la categoría PAF* al final del estudio

Categoría final PAF	N.º de casos (%)	Patología relacionada (%)	Consumo inicial (n.º cigs., IC)	Intervenciones PAF (media-IC)
«Ganador»	45 (15,6)	31,7	7,7 (5,0-10,3)	3,0 (2,1-3,9)
«Ayuda»	25 (8,7)	20,8	15,4 (11,8-18,9)	1,9 (0,9-2,9)
«Solo»	63 (21,9)	29,0	13,3 (11,0-15,5)	1,6 (0,9-2,2)
«Dudoso»	36 (12,5)	23,5	14,1 (10,9-17,4)	1,6 (0,8-2,3)
«Retardar»	35 (12,2)	13,3	14,4 (11,1-17,7)	2,6 (1,6-3,7)
«Disminuir»	15 (5,2)	26,7	15,3 (10,1-20,4)	2,2 (0,6-3,7)
«No»	69 (24,0)	9,4	15,0 (12,5-17,6)	1,1 (0,8-1,5)
Total	288 (100)	21,5	13,4 (p = 0,0025)	1,9 (p = 0,018)

«Ganador»: ha dejado de fumar; «Ayuda»: quiere dejar de fumar y precisa ayuda; «Solo»: quiere dejar de fumar y rechaza ayuda; «Dudoso»: no está seguro de querer o poder dejarlo; «Retardar»: le gustaría dejarlo para más adelante; «Disminuir»: desde sólo fumar menos, y «No»: claramente, no quiere dejar de fumar.

TABLA 2. Puntuaciones del test de Richmond inicial y test de Fagerström (modificado) inicial para cada una de las categorías PAF finales

Categoría PAF	Puntuación test de Richmond (0-10) inicial	Puntuación test de Fagerström (modificado) (0-3) inicial
«Ganador»	6,98	0,3
«Ayuda»	5,6	0,6
«Solo»	6,3	0,6
«Dudoso»	3,8	0,8
«Retardar»	4,0	0,5
«Disminuir»	4,9	0,7
«No»	2,4	0,7

TABLA 3. Comparación de las características finales de los «Ganadores» frente a «No»

Variable	«Ganadores» (n = 45)	«No» (n = 69)	p
Edad: media (DE)	48,3 (17,2)	38,5 (15,5)	0,002 ^a
Varones (%)	75,6	68,1	0,39 ^b
Patología crónica (%)	31,7	9,4	0,004 ^b
Intentos previos: media (DE)	2,0 (2,3)	0,9 (1,5)	0,003 ^a
N.º inicial de cigarrillos: media (DE)	7,7 (8,8)	15,0 (10,6)	< 0,001 ^a
Años de fumador: media (DE)	32,0 (19,8)	23,8 (22,1)	0,04 ^a
Motivación inicial (Richmond): media (DE)	6,98 (2,8)	2,4 (3,8)	< 0,001 ^a
Dependencia inicial (TFM): media (DE)	0,4 (0,6)	0,7 (0,8)	0,02 ^a
N.º de consejos previos: media (DE)	2,0 (2,3)	0,9 (1,5)	0,007 ^a

^aT de Student.

^bJi-cuadrado.

12 meses), por lo que el riesgo de recaídas en ellos era alto, dado que no se trataba realmente de ex fumadores consolidados. Por lo tanto, el número de fumadores que abandonan el hábito al final del estudio (15,6%) fue 3 veces mayor que el encontrado en el es-

tudio de Russell², y puede considerarse un buen resultado en atención primaria. Es de destacar que el porcentaje de fumadores que se negaban *a priori* a dejar de fumar fue del 24%, una cifra más alta que la de otros estudios, que suele situarse en torno al

TABLA 4. Modelo de regresión logística para predecir la probabilidad de alcanzar la categoría «Ganador» final

Características iniciales	Coefficiente beta	Significación	R	Odds ratio (IC del 95%)
Edad	-0,0418	0,0232	-0,1102	0,96 (0,92-0,99)
Patología relacionada	-0,0874	0,3689	0,0000	0,92 (0,76-1,11)
N.º de cigarrillos inicial	0,0638	0,0115	0,1300	1,07 (1,01-1,11)
Test de motivación inicial	-0,2017	0,0022	-0,1688	0,82 (0,72-0,93)
Test de dependencia inicial	-0,0735	0,8036	0,0000	0,93 (0,52-1,66)
Años de consumo	0,0153	0,2745	0,0000	1,01 (0,99-1,04)

10%^{5,7}. Este hallazgo puede ser debido a que las consultas participantes llevaban varios años interviniendo de forma relativamente sistemática en fumadores, con lo que en muchos ex fumadores previamente motivados ya no entraron en el estudio por llevar más de un año sin fumar (criterio de exclusión).

La regresión logística mostró que las variables predictoras de la categoría final «ganador» eran: nivel inicial de motivación alto, edad y número inicial de cigarrillos. Estos datos confirman los obtenidos por Richmond⁹, que encontró mejores resultados con relación al nivel de motivación, lo que podría ser atribuido a las diferencias culturales entre ambas poblaciones. Por otra parte, también se confirman los resultados en relación con la edad y el nivel de consumo inicial, pero además Richmond encontró relación con el nivel sociocultural y el entorno del fumador, que en nuestro estudio no se ha valorado. Sin embargo, no hemos detectado asociación entre el nivel de dependencia y la categoría «ganador» final, tal vez debido a la utilización de un test breve.

El número medio de intervenciones («consejos») en los fumadores que con categoría final «ganador» fue de dos, lo que viene a confirmar las tesis de Miller et al¹³ de que los fumadores realmente motivados para el cambio no precisan que se les repita el consejo varias veces para pasar a la acción, respondiendo con frecuencia a 2 o 3 intervenciones de forma satisfactoria¹³.

No obstante, sabemos que pacientes con niveles de motivación más bajos necesitan ser aconsejados en sucesivas visitas para que avancen en su proceso de motivación y tener mayor probabilidad de dejar de fumar⁷. En algunas categorías PAF, como los dudosos o los refractarios al consejo (no), el número promedio de intervenciones fue menor a la unidad porque en bastantes casos la intervención no se hizo o se dejó para mejor momento.

Es interesante destacar que el test de motivación de Richmond tiene una buena correlación con las categorías PAF, observándose puntuaciones altas en las categorías «ganador», «ayuda» y «solo» (fases contemplativas) y puntuaciones bajas en las categorías «dudoso», «retardar», «disminuir» (fases precontemplativas), mientras que los pacientes que se negaban a dejar de fumar presentaban puntuaciones próximas a 0 en este test. Richmond utilizó este test integrado en otro más amplio, en el que contemplaba edad, nivel de dependencia, nivel socioeconómico y convivencia con fumadores⁹, pero alguna de esas asociaciones, caso de la clase social y la convivencia con fumadores, no han quedado bien establecidas en estudios españoles^{7,14}. Por el contrario, el TFM se reveló modestamente discriminativo para predecir el abandono del tabaco y no se correlacionó bien con las categorías PAF, quizás por ser demasiado simple. Sería interesante haberlo realizado con la versión completa del TFDN, lo que lamentable-

mente no se llevó a cabo. Concluimos que el test de motivación de Richmond puede ser un buen predictor de la abstinencia del tabaco y se correlaciona bien con las categorías del PAF, mientras que el TFM tiene una correlación más modesta. Estos resultados vienen a reforzar la utilidad y validez de la metodología del PAF. La investigación de los factores predictivos para el abandono del tabaco y de los instrumentos más breves y eficientes para su valoración siguen siendo prioritarias en los programas de tabaquismo que se están desarrollando en atención primaria.

Agradecimiento

Este estudio fue posible gracias a una beca PAPPS de la semFYC, patrocinada por el Grupo Almirall-Profesfarma. Nuestro agradecimiento a Manel Nebot Adell, del Institut Municipal de la Salut de Barcelona, por su estímulo, apoyo y valiosos comentarios.

Bibliografía

1. Teeling Smith G. The economics of hypertension and stroke. *Am Heart J* 1990; 19: 725-728.
2. Russell MAH, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners advice against smoking. *BMJ* 1979; 76: 399-438.
3. Martín C, Jané C, Nebot M. Evaluación anual de un programa de ayuda al fumador. *Aten Primaria* 1993; 12: 86-90.
4. Schwartz JL. Methods of smoking cessation. *Med Clin North Am* 1992; 76: 451-476.
5. Solberg LI, Gepner GJ, Maxwell PL, Kottke TE, Brekke ML. A systematic primary care office-based smoking cessation program. *J Fam Pract* 1990; 30: 647-654.
6. Nebot M, Solberg LI. Una intervención integral sobre el tabaquismo desde la atención primaria: el Proyecto de Ayuda a los Fumadores. *Aten Primaria* 1990; 7: 698-702.
7. Martín C, Córdoba R, Jané C, Nebot M, Galán S, Aliaga M et al. Evaluación a medio plazo de un programa de ayuda a los fumadores. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 744-748.
8. Lee Ew, D'Alonzo GE. Cigarette smoking, nicotine addiction, and its pharmacologic treatment. *Arch Intern Med* 1993; 153: 34-48.

9. Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction* 1993; 88: 1.127-1.135.
10. Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages and process of self change of smoking: towards an integrative model of change. *J Consul Clin Psychol* 1983; 51: 390-395.
11. Rollnick S, Heather N, Bell A. Negoting behaviour in medical setting: the development of brief motivationa interview. *J Mental Health* 1992; 1: 25-37.
12. Raw M. Smoking cessation strategies. En: Miller WE, Heather N, editores. *Treating addictive behaviours. Processes of change*. Nueva York: Plenum Press, 1986.
13. Miller WR, Rollnick S. *Motivation interviewing: preparing people to change addictive behaviour*. Nueva York: Guilford Press, 1991.
14. Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de clase social basado en la ocupación. *Gaceta Sanitaria* 1989; 3 (10): 320-326.

Fe de errores

En el Vol. 24. Suplemento 2, correspondiente al número del congreso de Tenerife, en la sesión de Comunicaciones (pág. 257), en la titulada «Rendimiento de la valoración geriátrica en ancianos frágiles», falta el primer autor: I. López Pavón.

– En el volumen 24, suplemento 2, correspondiente a diciembre de 1999, en la comunicación titulada: «¿Detectamos los trastornos psiquiátricos de forma adecuada en atención primaria?» figuran los autores: G. Mora Navarro, C. Anguís Esteve y G. Fernández Cantalejo, cuando además deberían constar los siguientes: B. Jerez Basurco, B. Brusint Olivares y M. Medina Sampetro.

– En el volumen 24, número 10, correspondiente a diciembre de 1999, en el artículo titulado: «Predicción de las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer en España para el año 2000» se ha producido el siguiente error:

En la línea 12 de la página 565, en la fórmula matemática, *donde dice*:

$$a_n = 2x'_n - x''_n \text{ y } b_n = \alpha(x'_n - x''_n) (1 - \alpha)$$

debe decir:

$$a_n = 2x'_n - x''_n \text{ y } b_n = \alpha(x'_n - x''_n) / (1 - \alpha)$$

– En el volumen 24, número 9, correspondiente a 30 de noviembre 1999, en el artículo titulado: «Introducción de las especialidades farmacéuticas genéricas en Galicia» se han producido los siguientes errores:

Título en inglés: «The introduction of generic drugs in Galicia» en lugar del título publicado.

Las siglas NP significan «no procede» y corresponden a la tabla número 2, en lugar de a la tabla número 1.

La correcta dirección URL de la referencia bibliográfica número 6 es: <http://www.nera.com/uk/papers.htm>

– En el volumen 24, número 6, correspondiente a octubre de 1999, en el artículo titulado: «Déficit cognitivo, prevalencia y factores asociados en la población mayor de 74 años», *donde dice*: Trabajo financiado por el FIS n.º 28080, *debe decir*: 97/0228.