



ORIGINAL

Adherencia a terapia inhalada mediante cuestionario TAI en consulta de enfermería en atención primaria

Adherence to inhaled therapy using the TAI questionnaire in a primary care nursing consultation.

Autores: González Naranjo S¹, Marín de Diego R²

¹ Enfermera Centro de Salud de Almagro, Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real.

² Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Resumen:

Introducción: El asma y la EPOC son enfermedades respiratorias crónicas en las que la terapia inhalada es fundamental debido a su eficacia y a la reducción de los efectos secundarios sistémicos. Sin embargo, la adherencia de los pacientes al tratamiento inhalatorio suele ser inferior al 50%, lo que da lugar a un control deficiente de la enfermedad y a un aumento de las hospitalizaciones. Evaluar tanto la adherencia como el uso adecuado de los dispositivos de inhalación es esencial para mejorar los resultados sanitarios.

Objetivo: Estimar el porcentaje tanto la adherencia a la terapia inhalada, como el patrón de incumplimiento, técnica correcta y errores más frecuentes cometidos en la misma, mediante el cuestionario TAI, a través de sus 12 ítems. Se reclutaron pacientes del Centro de Salud de Almagro y del Consultorio Médico de Valenzuela de Calatrava entre junio de 2024 y febrero de 2025. Una muestra aleatoria de 189 individuos sería suficiente para estimar la adherencia con un nivel de confianza del 95%.

Método: Se realizó un estudio observacional descriptivo con 50 pacientes de la Zona Básica de Salud de Almagro, en tratamiento con inhaladores, de edades comprendidas entre los 27 y 91 años en el que se analizó la adherencia a terapia inhalada, el tipo de incumplimiento de los pacientes y la correcta realización de la técnica a través del cuestionario TAI, midiendo así, tanto el grado de adhesión como el tipo de incumplimiento del tratamiento (cuestiones del 1 al 10) y, además, se evaluó la técnica inhalatoria mediante un dispositivo placebo o su propio inhalador, objetivando errores críticos y realizando su posterior corrección, desde junio de 2024 a febrero de 2025.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes, la media de edad fue de 66 años, donde el 64 % fueron hombres y el 36% mujeres. En cuanto a la adhesión a terapia inhalada, el 54% fue buena (TAI = 50) el 26 % intermedia (TAI 46-49) y el 20% mala (TAI < 45). Sin embargo, solo un 38 % realizó la técnica correctamente, frente a un 62 % que presentó errores críticos en su realización.

Conclusión: Existe una tasa elevada de técnica incorrecta, de incumplimiento y de ellos el patrón más frecuente es el incumplimiento inconsciente. Estos resultados sugieren que tanto la realización de la técnica como la adherencia, sigue siendo susceptible de mejora, recomendando el uso del cuestionario TAI de 12 ítems para reevaluar tanto la adhesión como la técnica inhalatoria.

Palabras clave: adherencia a inhaladores, técnica correcta, tipo de incumplimiento, tipo de dispositivo.

Resume:

Introduction: Asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) are chronic respiratory diseases in which inhaled therapy is the cornerstone of treatment because of its effectiveness and its ability to minimize systemic adverse effects. However, adherence to inhaled therapy is often below 50%, leading to poor disease control and increased hospitalization rates. Assessing both treatment adherence and the correct use of inhaler devices is essential to improve health outcomes.

Objective: To estimate the rate of adherence to inhaled therapy, identify patterns of non-adherence, evaluate the correctness of inhaler technique, and determine the most frequent errors using the 12-item Test of Adherence to Inhalers (TAI) questionnaire. Patients were recruited from the Almagro Primary Health Care Centre and the Valenzuela de Calatrava Medical Clinic between June 2024 and February 2025. A random sample of 189 individuals was calculated to be sufficient to estimate adherence with a 95% confidence level.

Methods: A descriptive observational study was conducted including 50 patients from the Almagro Primary Health Care District who were receiving inhaled therapy. Participants were aged between 27 and 91 years. Adherence to inhaled therapy, patterns of non-adherence, and the correct performance of inhaler technique were assessed using the TAI questionnaire. Items 1–10 were used to evaluate both the degree of adherence and the type of non-adherence. In addition, inhaler technique was assessed using either a placebo device or the patient's own inhaler, identifying critical errors and providing corrective instruction when necessary. The study was carried out between June 2024 and February 2025.

Results: A total of 50 patients were included. The mean age was 66 years; 64% were male and 36% were female. Regarding adherence to inhaled therapy, 54% showed good adherence (TAI = 50), 26% intermediate adherence (TAI = 46–49), and 20% poor adherence (TAI < 45). However, only 38% performed the inhaler technique correctly, whereas 62% made critical errors during inhaler use.

Conclusion: A high rate of incorrect inhaler technique and non-adherence was observed, with unintentional non-adherence being the most common pattern. These findings suggest that both inhaler technique and adherence remain areas for improvement. The routine use of the 12-item TAI questionnaire is recommended to reassess both treatment adherence and inhaler technique in clinical practice.

Keywords: inhaler adherence, correct inhaler technique, non-adherence pattern, inhaler device.

Introducción:

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) representa una de principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, siendo la tercera causa de muerte global, según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹. La prevalencia del Asma, por su parte, varía notablemente en el mundo, oscilando entre el 2 % de Tartu (Estonia) y el 11,9 % en Melbourne (Australia). Según un estudio del Global Burden of Disease 2015, la prevalencia del asma ha aumentado en todo el mundo desde 1990 a 2015 en un 12,6 %².

El tratamiento de la EPOC y del Asma, se fundamenta en la administración de fármacos inhalados, que permiten una rápida acción local con dosis más bajas y una menor incidencia de efectos adversos sistémicos. Sin embargo, la correcta utilización de los dispositivos de inhalación es crucial para asegurar la eficacia terapéutica³. El deficiente uso de estos dispositivos se asocia a un empeoramiento de los síntomas respiratorios, mayor número de exacerbaciones, aumento en las hospitalizaciones y peor pronóstico general, lo que incrementa significativamente los costos sanitarios y socioeconómicos³.

Existen dos tipos principales de dispositivos para la administración inhalatoria de fármacos: inhaladores de cartucho presurizado (pMDI), que pueden ser convencionales, de autodisparo, de nube de vapor suave o de partículas extrafinas, e inhaladores de polvo seco (DPI) multidosis o unidosis. La elección del dispositivo debe individualizarse, considerando la capacidad del paciente para coordinar la inhalación con la activación del dispositivo y para generar un flujo inspiratorio adecuado (≥ 30 L/min)⁴.

Estudios previos, como el subanálisis del estudio TORCH, han demostrado que una adherencia subóptima a la terapia inhalada en pacientes con EPOC¹ tratados con broncodilatadores se asocia significativamente con un aumento de hospitalizaciones y una disminución de la supervivencia⁵. Además, varias investigaciones han señalado que tanto pacientes como profesionales sanitarios presentan un conocimiento deficiente sobre la técnica de inhalación, lo que contribuye a un uso ineficaz de los dispositivos inhalatorios.

El Test de Adhesión a los Inhaladores (TAI)⁶ es un cuestionario dirigido a pacientes con asma o EPOC que, de forma sencilla y fiable, permite:

- identificar al paciente con baja adhesión

- Establecer la intensidad de la adhesión: buena, intermedia o mala

- Orientar sobre el tipo o patrón de incumplimiento del paciente: errático, deliberado o inconsciente

El TAI ha sido desarrollado y validado por investigadores procedentes de los Programas de Investigación Integrada (PII) de Asma y de EPOC de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) a partir de un riguroso proceso de investigación, y se presenta como una herramienta de gran utilidad para el profesional sanitario en su práctica asistencial. Además, su capacidad discriminativa y su rápida obtención de resultados convierten al TAI en un excelente instrumento de uso habitual en la práctica clínica diaria, ya que, determina el tipo de incumplimiento, el motivo de la baja la adhesión del paciente y proporciona una valiosa información que permite llevar a cabo medidas correctoras específicas para cada tipo de incumplimiento.

Está formado por 10 preguntas que debe autocumplimentar el paciente • El rango de puntuación de cada pregunta oscila entre 1: peor cumplimiento y 5: mejor cumplimiento • La puntuación de los 10 ítems proporciona una puntuación total que oscila entre 10 (mínima) y 50 (máxima) más otras 2 preguntas dirigidas al profesional sanitario que lo atiende que puntúan con 1 o 2 puntos (mal o buen conocimiento de la pauta y/o técnica de inhalación)

Obtenemos como resultados al nivel de adhesión:

=50 puntos	buena adhesión
Entre 46 y 49 puntos	intermedia
≤ 45 puntos	mala adhesión

Y como resultado al tipo de incumplimiento:

Ítems del 1 al 5 < 25	incumplimiento errático (olvida tomar el tratamiento)
Ítems del 5 al 10 < 25	incumplimiento deliberado (no toma el tratamiento porque no quiere)
Ítems del 11 al 12 < 4	incumplimiento inconsciente (desconoce la pauta o la técnica correcta)

Es importante resaltar que un mismo paciente puede presentar más de un tipo o patrón de incumplimiento y un paciente con 50 puntos en el TAI de 10 ítems puede ser luego incumplidor inconsciente en el TAI de 12 ítems. (por desconocimiento de técnica correcta o bien de la pauta).

Material y métodos:

Se realizó un estudio observacional descriptivo con 50 pacientes mayores de 18 años, de la Zona Básica de Salud de Almagro, en tratamiento con inhaladores, de edades comprendidas entre los 27 y 91 años, en el que se analizó la adherencia a terapia inhalada, el tipo de incumplimiento de los pacientes y la correcta realización de la técnica mediante cuestionario TAI, midiendo así, tanto el grado de adhesión como el tipo de incumplimiento del tratamiento (cuestiones del 1 al 10) y, además, se evaluó la técnica inhalatoria mediante un dispositivo placebo o su propio inhalador, objetivando errores críticos, y realizando su posterior corrección, desde junio de 2024 a febrero de 2025 en el Consultorio Médico de Valenzuela de Calatrava y Centro de Salud de Almagro. Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 18 años con capacidad cognitiva adecuada. Se excluyeron pacientes con deterioro cognitivo que impidiera la correcta comprensión del cuestionario y aquellos que no dieran su consentimiento de forma escrita ni de forma verbal. El reclutamiento de pacientes se obtuvo, por un lado, previa explotación de datos para conocer los pacientes que no suelen acudir a consulta de Enfermería pero que están diagnosticados de Asma o EPOC, y en tratamiento con inhaladores, y, por otro, mediante la revisión de tratamiento durante la práctica asistencial.

El estudio se llevó a cabo conforme a los principios éticos de la Declaración de Helsinki y las normas de Buena Práctica Clínica. Se intentó obtener en todos los casos el consentimiento informado de los participantes, respetando la autonomía y confidencialidad de los datos. No fue posible obtener el consentimiento escrito, y se realizó de forma verbal. Fue valorado por el CEIm del Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Una muestra aleatoria de 189 individuos sería suficiente para estimar, con un nivel de confianza del 95% y una precisión de ± 7 unidades porcentuales, un porcentaje poblacional que prevé que sea alrededor de 40%. Sin embargo, se obtuvo una muestra de 50 pacientes durante el periodo de recogida de datos.

Las variables a estudio fueron:

- Variables dependientes: nivel de adhesión mediante los ítems 1-10 del cuestionario TAI, Técnica de inhalación y conocimiento de la pauta (correcta o incorrecta) mediante los ítems 11 y 12 del cuestionario, puntuación global del cuestionario TAI 12 ítems (anexo 1) y tipo de incumplimiento en el que se basa la no adhesión (errático, deliberado o inconsciente)

Puntuación del ítem 1 al ítem 10 mediante la siguiente categorización:

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca

- Variables independientes: Edad, sexo, tipo de dispositivo inhalador

ÍTEMS CUESTIONARIO TAI

1. En los últimos 7 días ¿cuántas veces olvidó tomar sus inhaladores habituales?

2. Se olvida de tomar los inhaladores:

3. Cuando se encuentra bien de su enfermedad, deja de tomar sus inhaladores:

4. Cuando está de vacaciones o de fin de semana, deja de tomar sus inhaladores:

5. Cuando está nervioso/a o triste, deja de tomar sus inhaladores:

6. Deja de tomar sus inhaladores por miedo a posibles efectos secundarios:

7. Deja de tomar sus inhaladores por considerar que son de poca ayuda para tratar su enfermedad:

8. Toma menos inhalaciones de las que su médico le prescribió:

9. Deja de tomar sus inhaladores porque considera que interfieren con su vida cotidiana o laboral:

10. Deja de tomar sus inhaladores porque tiene dificultad para pagarlos

2 ítems (dirigidos al profesional) para medición de la técnica inhalatoria:

11. ¿Conoce o recuerda el paciente la pauta (dosis y frecuencia) que se le prescribió? 1. No 2. Sí

12. La técnica de inhalación del dispositivo* del paciente es: 1. Con errores críticos 2. Sin errores críticos

La recogida de datos se realizó, por un lado, previa explotación de datos para conocer los pacientes que no suelen acudir a consulta de Enfermería pero que están diagnosticados de Asma o EPOC en tratamiento con inhaladores y, por otro, mediante la revisión del tratamiento durante la práctica asistencial.

Se le realizó el cuestionario TAI, midiendo así, tanto el grado de adhesión como el tipo de incumplimiento del tratamiento ((cuestiones del 1 al 10), además, se evaluó la técnica inhalatoria mediante un dispositivo placebo o el suyo propio, objetivando los errores críticos y realizando su posterior corrección.

Los datos obtenidos se recogieron en un Excel que estuvo guardado en el escritorio del ordenador de la consulta de la investigadora, al que solo tuvo acceso la misma, y se registró, por un lado, los datos demográficos (edad, sexo) y dispositivo pautado y, por otro, el cuestionario TAI en dos subapartados:

-a) cuestiones del 1 al 10 con la puntuación obtenida para medir el grado de adhesión y dos de los tres tipos de incumplimientos (errático o deliberado)

-b) cuestiones 11 y 12 para valorar la técnica inhalatoria y si existe incumplimiento inconsciente.

También se registraron los errores más frecuentes en la realización de la técnica.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO Una vez recogidas las variables en la base de datos, éstas se han categorizado en cualitativas (nominal dicotómica, nominal no dicotómica u ordinal) y cuantitativas (discretas o continuas). Para co-

nocer la media poblacional se usó la estimación por intervalos. El intervalo de confianza es del 95% y para el cálculo de los límites de confianza del mismo se usó el error estándar de la media y los principios de la distribución normal. Para las medidas de dispersión se utilizó el error estándar. Las variables cualitativas se presentan mediante porcentajes (IC 95%)

Estadística inferencial

El nivel de significancia considerado será $p < 0,05$ (IC 95%).

Para las variables cualitativas se realizaron tablas de contingencia, usando el test de la Chi-cuadrado de Fisher (variables no apareadas) o McNemar (variables apareadas).

Para las variables cuantitativas se realizó un análisis previo de la normalidad, aplicando las principales leyes de distribución de variables aleatorias. Considerando el tamaño muestral estimado, en este estudio se usó el test de Kolmogorov-Smirnov. Se aplicó la correlación R de Pearson cuando la variable independiente también fuera cuantitativa y ambas sigan una distribución normal, en caso contrario la Rho de Spearman. Si la variable independiente era cualitativa dicotómica se recurrió a la t de Student o la U de Mann-Whitney, en base a que la variable dependiente cumpla condiciones de normalidad o no. Si la variable independiente tiene 3 o más categorías, se aplicó la prueba ANOVA (paramétrica) o el Kruskal-Wallis (no paramétrico) según criterio de normalidad.

Aspectos éticos

Este estudio se llevó a cabo conforme a los principios éticos de la Declaración de Helsinki y las normas de Buena Práctica Clínica. Se intentó obtener en todos los casos el consentimiento informado de los participantes, respetando la autonomía y confidencialidad de los datos, al no ser posible se realizó de forma verbal.

Resultados:

El estudio concluyó que la media de edad fue de 66 años, donde el 64% fueron hombres y el 36% mujeres. En cuanto a la adhesión a terapia inhalada, el 54% fue buena (TAI = 50) el 26% intermedia (TAI 46-49) y el 20% mala (TAI < 45). Sin embargo, solo un 38% realizó la técnica correctamente, frente a un 62% que presentó errores críticos en su realización. Los errores más comunes fueron: no realizar una exhalación previa en un 83%, no realizar apnea posterior a la inhalación en un 80% de los pacientes, seguidos de taponar la rejilla (13%), soplar dentro del dispositivo (6%), o tomarse la cápsula de un dispositivo de polvo seco unidosis (3%) vía oral. En relación con este alto porcentaje de errores en la realización de la técnica, este estudio puso de manifiesto que en el 78% se objetivó algún tipo de incumplimiento y de ellos, el 84% de los pacientes presentaba un incumplimiento inconsciente (ítems 11-12 < 4), un 48% errático (ítems 1-5 < 25) y un

36% deliberado (ítems 6-10 < 25) Tan solo un 22% no obtuvo ningún tipo de incumplimiento (Tabla 1).

Tabla 1: PATRÓN DE INCUMPLIMIENTO

SI	39 / 50 (78%)
NO	11 / 50 (22%)
I. ERRÁTICO	
SI	19 / 39 (52%)
NO	20 / 39 (48%)
I. DELIBERADO	
SI	14 / 39 (36%)
NO	25 / 39 (64%)
I. INCONSCIENTE	
SI	33 / 39 (85%)
NO	6 / 39 (15%)

Tabla 2: TIPO DISPOSITIVO

ACCUHALER	1 / 50 (2%)
BREEZHALER	4 / 50 (8%)
ELLIPTA	10 / 50 (20%)
HANDIHALER	2 / 50 (4%)
NEXTHALER	5 / 50 (10%)
PDMI	4 / 50 (8%)
PDMI CÁMARA	2 / 50 (4%)
RESPIMAT	2 / 50 (4%)
SPIROMAX	7 / 50 (14%)
TURBUHALER	6 / 50 (12%)

Discusión:

La vía inhalatoria es la vía de elección para administrar la mayor parte de los fármacos, ya que precisa dosis más bajas para conseguir el mismo efecto terapéutico y disminuye los efectos secundarios, al ser aplicada directamente en la vía aérea. Realizar la técnica correcta requiere una enseñanza previa y un correcto aprendizaje por parte del paciente, por lo que es importante explicar las ventajas, mostrar la técnica correcta y reevaluar la técnica de forma periódica. Diversos estudios muestran que más del 60% de los pacientes tienen una técnica deficiente, cometen errores críticos^{7,8}. Para ello es básico que los profesionales también dominen la técnica⁹. La muestra que se obtuvo fue heterogénea en sexo, edad y patología por lo que podría ser extrapolable a toda nuestra población y a una población de similares características. Hay un porcentaje más elevado de técnica incorrecta que en estudios revisados, y una adhesión ligeramente mayor¹⁰⁻¹². Algunos de los errores más frecuentes fueron comunes a todos los dispositivos, como no realizar expulsión del aire previa a la inspiración y la realización de la apnea de al menos 5 segundos post-inhalación. El mayor porcentaje de incumpli-

miento fue el de tipo inconsciente que se relaciona con desconocer la pauta y una deficiente realización de la técnica y, como era de esperar, resultó superior en población de mayor edad, debido a la necesidad de coordinación, destreza manual y flujo inspiratorio necesario para el manejo adecuado de los inhaladores.

Este estudio aporta información negativa sobre la adhesión de la población medida en una consulta de Enfermería Atención Primaria, así como de la correcta técnica inhalatoria tan importante para obtener resultados satisfactorios en el paciente respiratorio. Es necesario considerar la implicación de la figura enfermera, del médico y del farmacéutico para lograr una buena educación en el paciente en materia de inhaladores, explicando la correcta realización de la técnica, apoyando con soporte material escrito, infografías, vídeos de las diferentes páginas de información tanto a pacientes como profesionales, con el propósito de disminuir las altas tasas de errores críticos y mejorar la adhesión. Existen varias limitaciones que permiten mejorar esos datos, como el factor tiempo en las consultas de Atención Primaria, no disponer de un programa específico de paciente respiratorio en el soporte informático de la comunidad que permita evaluar estos parámetros y establecer acciones de mejora en función de las necesidades de cada paciente en concreto.

Actualmente disponemos de una amplia gama de dispositivos para la administración de medicación por vía inhalatoria. Es vital realizar una elección personalizada del tipo de dispositivo consensuada con el paciente, ofreciéndole distintas alternativas y objetivando qué inhalador es más adecuado en cada caso. Asegurarnos de la comprensión y realización de técnica correcta aumentará la adhesión al tratamiento, reduciendo exacerbaciones, ingresos hospitalarios y riesgo de mortalidad.

El estudio confirma que se cumplen varias de nuestras hipótesis principales al arrojar una tasa elevada de técnica incorrecta 61%, una adhesión del 53% comparable a la que se ha valorado en otros estudios, y un 76% de algún tipo de incumplimiento, siendo el más frecuente el incumplimiento inconsciente (no conocer la pauta y/o la técnica correcta). En nuestro estudio no se recogió si el paciente había recibido instrucción previa (aunque algunos de ellos lo verbalizaron) ni si estuvo implicado en la elección del dispositivo.

Estos resultados sugieren que tanto la realización de la técnica como la adherencia, sigue siendo susceptible de mejora, recomendando el uso del cuestionario TAI de 12 ítems como buen método en consulta de Enfermería, reevaluando periódicamente al paciente.

Bibliografía:

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD):Diagnosis and assessment. Global Strategy for the Prevention, Diagnosis, and Management of COPD: 2024 report.
2. GBD 2015 Chronic Respiratory Disease Collaborators. Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Respir Med.* 2017;5:691-706.
3. Melani AS, Bonavia M, Cilenti V, et al. Inhaler mishandling remains common in real life and is associated with reduced disease.
4. National Asthma Council Australia. Inhaler technique in adults with asthma or COPD. Melbourne: National Asthma Council Australia. 2008. Disponible en: <https://www.nationalasthma.org.au/uploads/publication/inhaler-technique-in-adults-withasthma-or-copd.pdf>.
5. Vestbo J, Anderson JA, Calverley PM, Celli B, Ferguson GT, Jenkins C, et al. Adherence to inhaled therapy, mortality and hospital admission in COPD. *Thorax.*2009;64:939-43.
6. Plaza V, Fernández-Rodríguez C, Melero C, Cosío BG, Entrenas LM, Pérez de Llano L, Gutiérrez-Pereyra F, Tarragona E, Palomino R and López-Viña A on behalf of the TAI Study Group. Validation of the 'Test of the Adherence to Inhalers' (TAI) for asthma and COPD patients. *J Aerosol Med Pulm Drug Deliver* 2015 (en prensa)
7. Lareau SC, Hodder R. Teaching inhaler use in chronic obstructive pulmonary disease patients. *J Am Acad Nurse Pract* 2012;24(2):113-20.
8. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Vancouver (WA): Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD); 2013. p. 80.
9. Giner Donaire J, Tálamo Carrillo C, Plaza Moral V. Consenso SEPAR-ALAT sobre terapia inhalada. *Arch Bronconeumol* 2013;49 (Supl 1):2-14.
10. Barnestein-Fonseca P, Leiva-Fernández J, Acero-Guash N, García-Ruiz NJ, Prados-Torres JD, Leiva-Fernández F. Técnicas de inhalación en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Eficacia de una instrucción periódica. *Med Fam Andal.* 2013; 1: 11-22.
11. C. Melero Moreno. C. Almonacid Sanchez. Adherencia al tratamiento en el asma grave. *Medicina respiratoria* 49. 2013, 6 (3): 49-60.
12. A.I. Rigueira García Cumplimiento terapéutico: ¿qué conocemos de España?. *Atención Primaria.* Vol. 27. Núm. 8. 15 de mayo 2001.