CESE DE TABAQUISMO: ANÁLISIS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Unidad de Tabaquismo, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Montevideo, Uruguay, 2023

Ciclo de Metodología Científica II-2024

Grupo 79

INVESTIGADORAS

Br. Carabajal J.[1]
Br. Clemente S.[1]
Br. Gorga F.[1]
Br. Paz L.[1]
Br. Sarries M.[1]
Br. Sierra M.[1]

ORIENTADORAS

Asist. Dra. Ledesma L.[2]
Prof. Adj. Dra. Rubiños M.[2]

[1] Ciclo de Metodología Científica II 2024- Facultad de Medicina- Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
[2] Clínica médica "B", Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. Unidad de Tabaquismo del Hospital de Clínicas.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....**2**

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....**5**

Marco teórico.....6

OBJETIVOS.....**13**

General:.....13

Específicos:.....13

METODOLOGÍA.....**13**

Diseño del estudio:.....13

Población objetivo:.....13

Variables de estudio. Definiciones conceptuales y operativas: (ver anexo)...14

Recolección de datos y fuentes de información.....15

Plan de análisis de datos.....15

Consideraciones éticas.....16

RESULTADOS.....**16**

DISCUSIÓN.....**24**

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS.....**28**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....**29**

AGRADECIMIENTOS.....**30**

ANEXOS.....**31**

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1 - Test de Fagerström.....7

Figura 2 - Modelo transteórico de Prochaska. Etapas de Cambio.....9

Figura 3 - Diagrama de flujo.....17

Figura 4 - Intentos de cesación.....20

Tabla I - Características socio-demográficas de la muestra.....18

Tabla II - Características del consumo de tabaco.....19

Tabla III - Variables de exposición.....22

Tabla IV - Variables de resultado.....24

TABLA DE ABREVIATURAS

OMS	Organización Mundial de la Salud
FNR	Fondo Nacional de Recursos
IPA	Índice Paquete Año

RESUMEN

Introducción: Es fundamental reconocer el papel del género en la investigación y la práctica relacionada con el tabaquismo. No solo determinando quién fuma y quién no, sino también influyendo en cómo se percibe al mismo, cómo se aborda desde una perspectiva de salud pública y cómo se vive el proceso de cesación del tabaco.

Objetivo general: Analizar los procesos y resultados de cesación de tabaco en usuarios de la Unidad de Tabaquismo del Hospital de Clínicas asistidos en el año 2023 desde una perspectiva de género.

Metodología: Estudio observacional de corte transversal, con muestra de 62 pacientes asistidos en la Unidad de Tabaquismo del Hospital de Clínicas en el año 2023. Las herramientas de recolección de datos fueron: encuesta telefónica y formulario del FNR. Para el análisis estadístico se utilizó el software STATA13.

Resultados: Partiendo de una muestra de 62 pacientes, 66% se identificó con el género femenino, 32% con masculino y 1,6% como "otro"; con una media de edad de 52,74 años. El género femenino acudió a la Unidad de Tabaquismo a una edad más temprana (49 años) en relación con el masculino (58 años). Respecto al tratamiento farmacológico, 55% del género masculino lo recibió, en contraste con un 24% del género femenino. No hubo diferencias por género en lograr la abstinencia al momento del estudio, con un poder calculado de 99%. Sin embargo, dentro de los que lo lograron, el género femenino se asoció de forma significativa con una media de tiempo de abstinencia mayor.

Conclusiones: Existen factores externos que afectan negativamente al cese en el género femenino que deben ser considerados para mejorar las políticas y tratamientos dirigidos a este grupo.
Para optimizar el abordaje contra el tabaquismo, es clave fortalecer políticas sociales que mejoren los determinantes de la salud.
Palabras claves: Tabaquismo, cese, género.

ABSTRACT

Introduction: It is essential to recognize the role of gender in research and practices related to smoking. Gender not only determines who smokes and who does not but also influences how smoking is perceived, how it is addressed from a public health perspective, and how the cessation process is experienced.

Objective: To analyze the processes and outcomes of smoking cessation among patients from the Unidad de Tabaquismo at the Hospital de Clínicas in 2023 from a gender perspective.

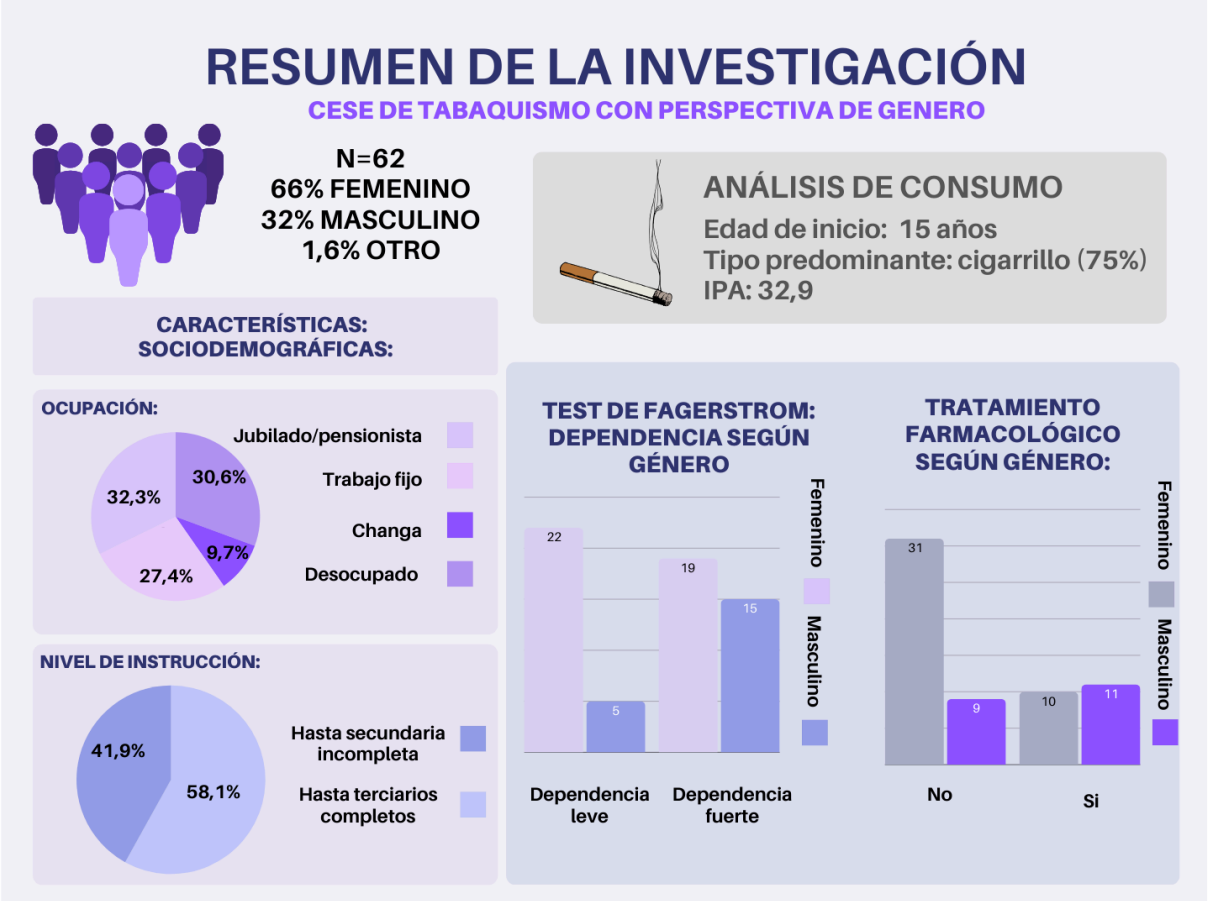
Methodology: This is a cross-sectional observational study involving a sample of 62 patients treated at the Smoking Cessation Unit of the Hospital de Clínicas in 2023. Data collection tools included a telephone survey and the National Resources Fund (FNR) form. Statistical analysis was performed using the STATA13 software.

Results: From a sample of 62 patients, 66% identified as female, 32% as male, and 1.6% as "other," with an average age of 52.74 years. Females sought care at the Unidad de Tabaquismo at a younger age (49 years) compared to males (58 years). Regarding pharmacological treatment, 55% of males received it, compared to only 24% of females. No gender differences were found in achieving abstinence at the time of the study, with a calculated power of 99%. However, among those who achieved abstinence, females were significantly associated with a longer mean abstinence duration.

Conclusions: External factors negatively impacting smoking cessation in females should be addressed to improve policies and treatments targeted at this group. Strengthening social policies that enhance health determinants is key to optimizing the approach to smoking cessation.

Keywords: Smoking, cessation, gender.

GRAPHICAL ABSTRACT:



INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El tabaquismo es uno de los mayores desafíos para la salud pública a nivel mundial, siendo la principal causa de muerte prevenible según la Organización Mundial de la Salud.[1] A su vez, está asociado como factor de riesgo en 6 de las 8 principales causas de muerte a nivel mundial. [2]

La exposición al tabaco es causa de morbilidad, mortalidad y discapacidad.

Nuestro país es uno de los principales consumidores de tabaco de América Latina. Según los últimos estudios realizados en Uruguay por La Encuesta Mundial De Tabaquismo en Adultos, "21.6% de las personas de 15 años o más consumen tabaco actualmente; 25.6% de los hombres y 18.0% de las mujeres".[1]

Es fundamental reconocer que el género juega un papel crucial pero subestimado en la investigación y la práctica relacionada con el tabaquismo. El género no solo es un determinante de quién fuma y quién no, sino que también influye en cómo se percibe al tabaquismo, cómo se aborda desde una perspectiva de salud pública y cómo se vive el proceso de cesación del tabaco. [3]

Se han llevado a cabo múltiples estudios a nivel mundial con el propósito de investigar si hay una diferencia significativa en la tasa de abandono del tabaquismo entre hombres y mujeres. Sin embargo, los resultados de estos estudios son contradictorios, lo que genera una falta de consenso en la comunidad científica.

Cabe destacar que los materiales académicos tienen origen en hechos preestablecidos, ya clasificados. Ya que existen indefinidas interrogantes en base a la diversidad de género, no tienen en cuenta muchos aspectos referentes a la diversidad sexual que están aún por ser indagados y descubiertos. Esto representa muchos retos a enfrentar ya que abre la puerta para muchas otras interrogantes, todavía impensadas. "Reta a mirar un mundo sin categorías, donde las expresiones de la sexualidad, todas, tengan cabida y sean plenamente

disfrutadas” (Careaga, 2001, p.462). [4]

A su vez, en la exhaustiva búsqueda bibliográfica realizada, se encontraron numerosos artículos que incluyen como población objetivo a la mujer embarazada, siendo esto no extrapolable a la población del género femenino. Los artículos mencionados analizan exclusivamente desde una perspectiva de sexo y no de género. El énfasis se presenta en los factores biológicos asociados a la dependencia de la nicotina y no de manera integral, sin tener en cuenta la mujer como un ser bio- psico- social.

Esta investigación está centrada en reconocer los factores asociados al cese del tabaquismo en la Unidad de Tabaquismo del Hospital de Clínicas, enfocándose en las diferencias por género. Se busca identificar tendencias significativas y evaluar el impacto del sesgo de género en el proceso de cesación del tabaco.

Esto puede proporcionar información valiosa para desarrollar intervenciones específicas y adaptadas a las necesidades de hombres y mujeres que desean dejar de fumar, tomando en consideración las consecuencias que tiene el género en el transcurso de este proceso.

Marco teórico

Se define al tabaquismo como una intoxicación crónica producida por el consumo de tabaco. La OMS lo considera un trastorno que incluye un consumo perjudicial que causa problemas físicos y psicológicos, síndrome de dependencia y de abstinencia. También informa que cualquier cantidad consumida de tabaco puede ser peligrosa. [5]

Siendo el tabaco la primera causa de muerte evitable a nivel mundial, es responsable de la muerte de 8 millones de personas por año, de las cuales 1.3 millones son fumadores pasivos, es decir, personas que conviven con el humo de tabaco consumido por otros. Mata a fumadores y a no fumadores. [5]

El consumo de tabaco provoca una gran carga financiera, que abarca desde los gastos sanitarios necesarios para tratar las enfermedades asociadas, hasta la

pérdida de capital humano debido a la alta morbilidad y mortalidad que provoca.[6]

El tabaquismo es una adicción ya que cumple con las siguientes características:

- Conducta compulsiva, repetitiva.
- Incapacidad para detener su consumo, aún teniendo conocimiento del daño que provoca.
- Tolerancia: cada vez se necesita más sustancia para conseguir el mismo efecto.
- Síndrome de abstinencia: aparición de síntomas que causan disconfort cuando disminuye o cesa el consumo.
- Alteración de los aspectos de la vida diaria y social del adicto. [7]

Dentro de sus componentes, la nicotina es la sustancia responsable de la adicción, la misma actúa a nivel del sistema nervioso central. Es una de las drogas más adictivas, aún más que la cocaína y la heroína. Es fundamental destacar que, aunque el 70% de los fumadores expresa el deseo de dejar de fumar, solo un 3% cada año logra hacerlo de manera exitosa sin apoyo. [7]

Para medir el grado de adicción se utiliza el Test de Fagerström, que evalúa distintos aspectos del consumo de cada paciente fumador y los clasifica en diferentes categorías según:

1- ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día?	> 30	**3**
	21 a 30	**2**
	11 a 20	**1**
	< 11	**0**
2- ¿Fuma más en las primeras horas tras levantarse que en el resto del día?	Si	**1**
	No	**0**
3- ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?	< 5 min	**3**
	6 a 30 min	**2**
	31 a 60 min	**1**
	> 60 min	**0**
4- ¿Qué cigarrillo le es más difícil omitir?	El primero	**1**
	Otro	**0**
5- ¿Le es difícil no fumar donde está prohibido?	Si	**1**
	No	**0**
6- ¿Fuma si está tan enfermo que ha estado en cama la mayor parte del día?	Si	**1**
	No	**0**

Figura 1: Test de Fagerström. Extraído de "Protocolo de tratamiento de tabaquismo", Unidad de tabaquismo. [8]

El resultado se refleja en grado de dependencia, siendo:

- No dependencia: 0-3.
- Leve: 4-6.
- Fuerte: 7-9.
- Muy fuerte: 10. [8]

Todos los fumadores atraviesan diversos grados de motivación para dejar de fumar, que van desde no tener ninguna intención hasta estar completamente decidido a ello.

El Modelo transteórico de Prochaska y Diclemente fue la base para desarrollar estrategias efectivas y proponer cambios de conducta en el paciente fumador, siguiendo las etapas evolutivas por las que la persona fumadora transita. Estas etapas se corresponden con el grado de motivación y se subdividen en:

- **Precontemplación:** En esta etapa el grado de motivación que se le adjudica al paciente es de no preparado. Esto se refiere a que el paciente no está considerando dejar de fumar.
- La segunda etapa es la denominada **contemplación**. En esta etapa el paciente se encuentra considerando la posibilidad de abandono, aunque aún hay cierta ambivalencia. Este grado de motivación es "preparable".
- **Preparación.** La ambivalencia se va transformando en determinación para cambiar y los pacientes están dispuestos a poner una fecha para la cesación tabáquica; a esa fecha se le denomina el "dia D" que debería ser en los próximos 30 días.
- **Acción**. Es el periodo de 6 meses a continuación del día en que el paciente dejó de fumar. [9]

Estas etapas no siempre siguen el orden mencionado.

- **Mantenimiento:** Posterior a la acción. Hay quienes permanecen el resto de su vida en esta fase, lo cual implica seguir teniendo deseo de fumar.
- **Etapa de terminación:** Son quienes terminan la etapa de mantenimiento. No tienen ganas ni tentación de fumar luego de haber logrado la abstinencia.

- **Etapa de recaída:** Es frecuente en todas las adicciones y se considera incluida en el proceso de recuperación. Cuando se presenta una recaída, los pacientes vuelven a alguna de las etapas previas. Se considera que los fumadores que han recaído se encuentran en una situación en la que comprenden mejor su adicción comparado con su intento de cesación previo, y el aprendizaje adquirido contribuirá a que el próximo intento logre ser exitoso. [9]

Figura 2: "Modelo transteórico de Prochaska. Etapas del cambio." Modificada de: Medicina Familiar y Práctica ambulatoria. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. 3ra Edición. Editorial Médica Panamericana. Capítulo 47.

El modelo de Prochaska entiende el dejar de fumar como un proceso por el cual el paciente va transitando hasta alcanzar el objetivo final y cuyo principal motor es la motivación personal. [9]

Otra de las herramientas frecuentemente utilizadas en el análisis del tabaquismo es el cálculo del índice paquete año (IPA), el cual permite cuantificar la exposición de una persona al tabaco a lo largo del tiempo.[10]
El mismo se realiza multiplicando el número de cigarrillos consumidos diariamente por los años de tabaquismo y dividiendo entre 20. [8]

Este índice es ampliamente utilizado para valorar el riesgo de desarrollar enfermedades asociadas al tabaco, como el cáncer de pulmón y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). [11]

En Uruguay, hace años se viene trabajando en la educación sobre la nocividad del tabaco y su elevada morbilidad y mortalidad asociada. En nuestro país la ley N°18.256 publicada en el año 2008 busca regular y restringir el consumo, venta y publicidad de productos hechos con tabaco. Entre las disposiciones más importantes se incluyen la prohibición de fumar en espacios públicos cerrados, la restricción de la publicidad y promoción del tabaco, el aumento de los impuestos sobre los productos de tabaco, y la inclusión de advertencias gráficas impactantes en los paquetes de cigarrillos. [12]

Estos conceptos y estrategias tienen una limitante; al considerar al tabaco como una dependencia física y una adicción médica, descuida los contextos sociales que promueven y prohíben dejar de fumar. [4] Se puede considerar al género como un aspecto descuidado en el estudio del tabaquismo.

"El género es el conjunto de características, atributos, marcas, permisos, prohibiciones y prescripciones, asignados diferenciadamente a las personas, en función de su sexo. Es una construcción social que establece también, pautas de relacionamiento y ejercicio de poder diferenciado para varones y mujeres" (De Barbieri, 1995; Scott, 1996; Lamas, 2002).[4]

Dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud, se puede ver la utilización del término "género" como sinónimo de "mujer", y a su vez la utilización del término "mujer" refiriendo únicamente al sexo biológico. Esto demuestra como en las políticas de salud no se está considerado el género como un concepto social, por lo que se pierde el entendimiento de la salud como algo integral que incluye en su concepción un peso social y cultural muy importante. A su vez, todo lo referido a ¨la salud de la mujer", está únicamente basado en salud sexual y reproductiva, sin ir más allá, derivando de esta manera, en una atención sanitaria insuficiente. [13]

Este hecho, vinculado a la problemática del tabaquismo, se visualiza en gran parte como una minimización del rol del género en el hábito tabáquico debido

fundamentalmente a dos razones. En primer lugar, históricamente el tabaquismo es visualizado como un problema relacionado al género masculino por lo que la mayoría de los estudios e investigaciones realizados a raíz del tema, están enfocados exclusivamente en este género. En segundo lugar, teniendo en cuenta lo "actual" o tardío que se puede considerar la implementación del tabaquismo en el género femenino, las consecuencias generadas por el mismo a largo plazo aún no han causado una repercusión considerada como para motivar a realizar actualizaciones que tengan en cuenta estas consideraciones. [14]

Históricamente, previo a la primera guerra mundial, la prevalencia de la mujer fumadora era muy baja. Luego, mediante cambios sociales y políticos en donde la mujer fue formando parte de una forma más equitativa en la sociedad, poco a poco se dió un aumento en el consumo de tabaco por parte de la mujer. En esta parte toma un rol fundamental la industria tabaquera y su "capacidad" de redirigir el mercado al nuevo nicho formado por estas mujeres recientemente "incluidas en sociedad".[2]

En el caso del tabaquismo visto desde una perspectiva de género, se pueden observar grandes diferencias en los motivos para comenzar a fumar en las mujeres y los motivos para no querer o poder dejar; ambos casos contando con un peso social destacable.[3]

La mujer, muchas veces comienza a fumar como forma de optimizar sus maneras de relacionamiento social; ya que el hecho de "salir a fumar" o "pedir un cigarrillo" entabla un vínculo que de alguna u otra manera no se hubiese podido establecer. Este factor social es a su vez uno de los motivos por los cuales recaen nuevamente. [3]

Por otro lado, el estrés también juega un papel relevante. La mujer muchas veces utiliza el consumo de tabaco como amortiguador de una serie de eventos estresantes, vinculados muchas veces al rol que ocupa en la sociedad. Las dificultades y la presión que hay dirigida hacia la mujer para conseguir puestos laborales o "ser exitosa", es en gran parte detonador de ese sentimiento, que

muchas veces deriva y busca consuelo en el consumo de tabaco. [3]
Otra idea muy vinculada al consumo de tabaco en la mujer es la estética. En nuestra sociedad, está más aceptada la mujer delgada, y el hecho de dejar de fumar generalmente conlleva a un aumento del peso corporal. Es por esta razón, que muchas veces la mujer es reticente a abandonar. Numerosas recaídas pueden atribuirse también a esta causa, dado que el objetivo de regresar al peso o físico anterior aparece una vez que han dejado de fumar. [3]

Un artículo publicado en la Revista Española de Salud Pública en el año 2000, comenzó a analizar los factores claves que dificultan el abandono de los cigarrillos en las mujeres. El mismo nombra tres factores fundamentales que pueden ser considerados como obstáculos: 1) afrontamiento del afecto negativo; 2) obtener apoyo social; y, 3) controlar el peso corporal. [15]
El estrés provoca más recaídas en mujeres que en hombres, debido a diferencias intrínsecas a la hora de enfrentar este tipo de barreras. [15]
En el artículo se menciona que el apoyo social debe ser un elemento fundamental en los programas diseñados para ayudar a las mujeres a dejar de fumar. Esto se debe a que las mujeres presentan diferentes problemas y necesidades en el transcurso del proceso del abandono del tabaco; por lo que presentan tasas de éxito más bajas en tratamientos de cesación tabáquica cuando utilizan farmacoterapia o enfoques educativos, en comparación con aquellos que se centran en intervenciones conductuales o terapias psicológicas que tengan en cuenta estos obstáculos. [15]

Si bien diversos estudios muestran que el tabaco afecta de forma similar tanto a hombres como a mujeres, se ha visto que la conducta adictiva no tiene porqué ser igual en ambos géneros. A pesar de que las intervenciones diseñadas para el abandono del tabaco han mostrado ser efectivas en ambos géneros, las mismas suelen estar ideadas principalmente para hombres. Esto implica que, aunque dichos tratamientos puedan incrementar las tasas de cesación en mujeres, no necesariamente responden a sus necesidades específicas ni se adaptan completamente a las características de esta población. [16]

OBJETIVOS

General:

Analizar los procesos y resultados de cesación del tabaco entre los usuarios de la Unidad de Tabaquismo del Hospital de Clínicas desde una perspectiva de género.

Específicos:

1. Describir características demográficas de la muestra.
2. Establecer características del consumo de tabaco y perfil de dependencia.
3. Relacionar el género con la estrategia terapéutica utilizada.
4. Describir frecuencia de "barreras" para lograr el cese: enfermedad mental y grado de dependencia a la nicotina.
5. Establecer cese de tabaquismo a un periodo mayor o igual a 6 meses del inicio del tratamiento, motivos de recaída y tiempo de abstinencia mayor logrado.
6. Realizar análisis según género

METODOLOGÍA

Diseño del estudio:

Estudio observacional de corte transversal. Se estudió una muestra de pacientes asistidos en la Unidad de Tabaquismo del Hospital de Clínicas en el periodo de enero a diciembre de 2023.

Población objetivo:

- Población: Pacientes en contexto de abandono del hábito tabáquico.
- Población accesible: Pacientes en contexto de abandono del hábito tabáquico, asistidos en la Unidad de Tabaquismo del Hospital de Clínicas.
- Muestra: Se incluyeron todos los pacientes asistidos en la unidad de tabaquismo del Hospital de Clínicas en el periodo determinado. El tamaño fue fijo (n=62) y determinado por el procedimiento de muestreo.

Se realizó un muestreo probabilístico dado por todos los pacientes que concurrieron a la policlínica en el periodo de enero a diciembre de 2023.

Criterios de inclusión: Se incluyeron todos los pacientes que fueron asistidos en la Unidad de Tabaquismo del Hospital de Clínicas en el periodo de enero a diciembre de 2023.
Criterios de exclusión: Se excluyeron los menores de 18 años.

Variables de estudio. Definiciones conceptuales y operativas: (ver anexo)

a. Variables de exposición o independientes
a1. Edad: Cuantitativa continua.
a2. Sexo: Cualitativa nominal.
a3. Género: Género con el cual se identifica el paciente. Cualitativa nominal.
a4. Nivel de instrucción: Cualitativa ordinal.
a5. Ocupación: Cualitativa nominal.
a6: Tipo de consumo: Cualitativa nominal.
a7. Motivo para dejar de fumar: Cualitativa nominal.
a8. Intentos de cesación: Cuantitativa discreta.
a9. Tiempo máximo de abstinencia: siendo la unidad de medida meses completos de abstinencia: cuantitativa continua.
a10.. Tratamiento farmacológico. Cualitativa dicotómica.
a11. Motivo de recaída: Cualitativa nominal.
a12. IPA: Número de cigarrillos por día x años fumados / 20. Cuantitativa discreta.
a13: Enfermedad psiquiátrica: incluyendo depresión, alcoholismo u otras drogas. Cualitativa nominal.
a14. Test Fagerström: evaluación del grado de dependencia. Variable cualitativa ordinal.

b. Variables de respuesta o dependientes

b1. Cese del tabaquismo: No haber fumado algún cigarrillo en los últimos 30 días. Cualitativa dicotómica, no=0, sí=1. Telefónico.

Recolección de datos y fuentes de información

Los datos se recopilaron mediante una agrupación de datos facilitada por la Unidad de Tabaquismo. Se accedió a formularios que los pacientes completaron al iniciar su seguimiento en la policlínica. Antes de acceder a los mismos, se solicitó el consentimiento informado de los pacientes.

Plan de análisis de datos

Las variables cuantitativas se presentaron con medidas de tendencia central y dispersión; media y desvío estándar, mediana y percentiles 25 y 75, según su distribución. La normalidad se probó mediante gráficos y test de hipótesis (Shapiro-Wilk). Las variables cualitativas se presentaron mediante frecuencias absolutas y relativas. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante test de chi cuadrado o test de Fisher para los datos cualitativos y mediante test de t de Student, de Wilcoxon o U de Mann-Whitney, según la distribución y el caso, para los datos cuantitativos. Se consideró un nivel de significación estadística menor a 0,05. Se calculó el poder estadístico (1-□) de la muestra para aquellas comparaciones (proporciones y medias) en las que no se rechazó la hipótesis nula. Los datos se procesaron en el Software STATA 13.

Dificultades y limitaciones del estudio

Con respecto a las limitaciones que presentó el estudio, se destacan limitaciones propias del diseño, dado su carácter retrospectivo, y la posibilidad de pérdida de datos por subregistro. Se intentó minimizar estas limitaciones mediante contacto telefónico con los pacientes, considerando igualmente el sesgo de memoria. Al ser un diseño transversal, se reconoce la incapacidad de establecer causalidad en relación con asociaciones eventualmente encontradas. En cuanto a la validez interna, se intentó disminuir sesgos estableciendo con claridad y midiendo posibles confundidores o modificadores de efecto que fueron evaluados y considerados en el análisis estadístico. En cuanto a la validez externa, se sabe

que la población asistida en el Hospital Universitario, y particularmente a nivel de la Unidad de Tabaquismo, no es extrapolable a la población general de fumadores.

Consideraciones éticas

Esta investigación fue presentada y aprobada por el Comité de Ética de la Investigación del Hospital de Clínicas (la institución donde se realizó). Al adherirnos a estas normativas tanto internacionales como nacionales, demostramos nuestro compromiso con la ética en la investigación y aseguramos que nuestro estudio respeta los principios fundamentales de la bioética.

RESULTADOS

Proceso de reclutamiento

En este estudio de investigación, los datos se obtuvieron mediante un formulario facilitado por la Unidad de Tabaquismo del Hospital de Clínicas, el cual los pacientes debieron completar al inicio de su seguimiento en la policlínica, y por encuestas realizadas por vía telefónica.

De los 168 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, 4 de ellos decidieron no participar de la investigación, 4 se excluyeron por exitus previo al estudio y 98 se excluyeron por imposibilidad de contacto con el paciente. Teniendo en cuenta dichas consideraciones, fueron incluidos en el total del estudio 62 pacientes.

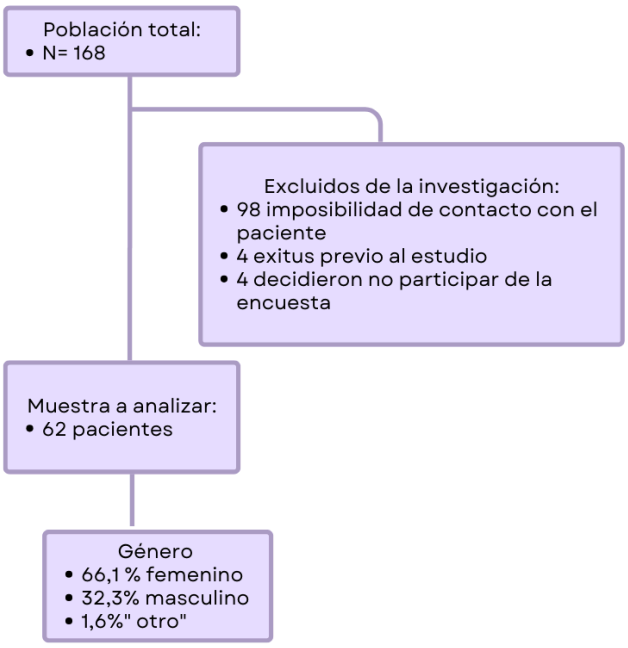


Figura 3: Diagrama de flujo- proceso de selección de grupo de análisis.

Características sociodemográficas de la muestra (véase Tabla 1)

La media de **edad** de la muestra fue de 52,74 años, con un desvío estándar de 13,02. Evaluadas medidas de tendencia central, gráficos y shapiro wilk test podemos concluir que tiende a la distribución NORMAL.

En cuanto al **sexo**, 38/62 fueron mujeres y 24/62 fueron hombres; representando una proporción de 0.61 (IC 95%: 0.48-0.51) y 0.38 (IC 95%: 0.27-0.51) respectivamente.

En cuanto a la evaluación de **género**, desde su concepto más amplio ya definido, destacamos que se identificaron como género femenino 41/62 pacientes, como masculino 20/62 pacientes y 1/62 no se identificó con ninguno de los anteriores, asumiendo las siguientes proporciones: 0.66 (IC 95%:0.53-0.77) ; 0.32 (IC 95% 0,21-0.45); 0.016 (IC 95% 0,002- 0.11) respectivamente.

Respecto a la **situación laboral** 19/62, 0.30 (IC 95%: 0.20-0.43) se

encontraban desocupados; 6/62, 0.09 (IC 95%: 0.04- 0.20), realizaban trabajo informal/zafral; 17/62, 0.27 (IC 95%: 0.17- 0.40) contaban con trabajo fijo; y 20/62, 0.32 (IC 95%: 0.21- 0.45) eran jubilados o pensionistas.

El **nivel de instrucción** de los pacientes se vio representado de la siguiente manera: Ningún paciente era analfabeto; 2/62, 0.03 (IC 95%: 0.007-0.12) tenían primaria incompleta; 14/62, 0.22 (IC 95%: 0.13-0.35) primaria completa; 20/62, 0.32 (IC 95%: 0.21-0.45) secundaria incompleta; 12/62, 0.19 (IC 95%: 0.11-0.31) secundaria completa; 4/62, 0.06 (IC 95%: 0.02- 0.16) educación terciaria incompleta y 10/62 0.16 (0.08-0.27) presentaban educación terciaria completa.
Con el fin de simplificar el análisis esta variable fue recodificada en 2 categorías (hasta secundaria incompleta y secundaria completa o mayor).

Tabla I: Características sociodemográficas de la muestra

	Media (DE)/ Mediana (IIC)*	**Frecuencia**	**Proporción (IC 95%)**
Edad	52,74 (13,02)		
Género			
Femenino		41	0.66 (0.53-0.77)
Masculino		20	0.32 (0,21-0,45)
Otros		1	0.016 (0,02-0,11)
Sexo			
Femenino		38	0.61 (0,48-0,72)
Masculino		24	0.39 (0,27-0,41)
Ocupación			
Desocupado		19	0.30 (0.20-0.43)
Changa		6	0.09 (0.04- 0.20)
Trabajo fijo		17	0.27 (0.17- 0.40)
Jubilado o pensionista		20	0.32 (0.21- 0.45)
Nivel de Instrucción			
Analfabetismo		0	
Primaria incompleta		2	0.03 (0.007-0.12)
Primaria completa		14	0.22 (0.13-0.35)
Secundaria incompleta		20	0.32 (0.21-0.45)
Secundaria completa		12	0.19 (0.11-0.31)
Estudios terciarios incompletos		4	0.06 (0.02- 0.16)
Estudios terciarios completos		10	0.16 (0.08-0.27)

Caracterización del hábito tabáquico en la muestra (véase Tabla 2)

La **edad de inicio** del consumo mostró una mediana de 15 años con un IIC 14-17. Los datos no mostraron una distribución normal tras el testeo de normalidad descrito.

La media de **tiempo de consumo** fue de 37,6 años con un DE de 13,66 (distribución normal).

En cuanto al **tipo de tabaco** 47/62, 0.75 (IC 95%: 0.63-0.85) consumen cigarrillos mientras que 15/62, 0.24 (IC 95%: 0.15-0.36) prefiere tabaco de armar.

La **cantidad de cigarrillos** fumados al **día** presentó una mediana de 15,5 (IIC 8-20) mientras que la mediana de IPA calculado fue de 32,9 (IIC: 14,8- 52) (su distribución no fue normal).

De la evaluación de dependencia por **test de Fagerström,** 11/62 presentaron un test=0, correspondiente a no dependencia 0.17 (IC 95%: 0.09-0.29); 16/62 presentaron un test= 1 indicando dependencia leve 0.26 (IC 95%: 0.16-0.38); 27/62 presentaron test=2, dependencia fuerte, 0.43 (IC 95% 0.31-0.56); y 8/62 test=3, dependencia muy fuerte 0.43 (IC 95% 0.31-0.56).

Tabla II : Características del consumo de tabaco

	Media (DE)/ Mediana (IIC)*	**Frecuencia**	**Proporción (IC 95%)**
Edad de Inicio	15 (14-17)*		
Tiempo de consumo (años)	37,6 (13,66)		
Tipo de tabaco:			
Cigarrillo		47	0,75 (0.63-0.85)
Tabaco de armar		15	0.24 (0.15-0.36)
Cigarrillos /día	15,5 (8-20)*		

Variables de confusión o modificadoras de efecto

Recibieron **tratamiento farmacológico** 22/62 pacientes, lo cual representa una proporción de 0.35 (IC 95%: 0.24-0.48).

Presentaban alguna **patología psiquiátrica** 35/62, 0.56 (IC 95%: 0.43-0.68).

Variables de resultado en cese tabáquico

La media de **intentos de cese** fue de 1,3 (DE 1,07), distribuidos de la siguiente manera: 13/62 pacientes, 0.21 (IC 95%:0.12-0.33) nunca intentó dejar de fumar; 28/62 pacientes, 0.45 (IC 95%:0.33-0.58) lo intento una vez; 12/62, 0.19 (IC95%:0.11-0.31) lo intentó 2 veces; 6/62, 0,1 (IC 95%:0.04-0.20) lo intentó 3 veces y 3/62 0.04 (IC 95%:0.01-0.14) 4 veces. (véase Figura 4)

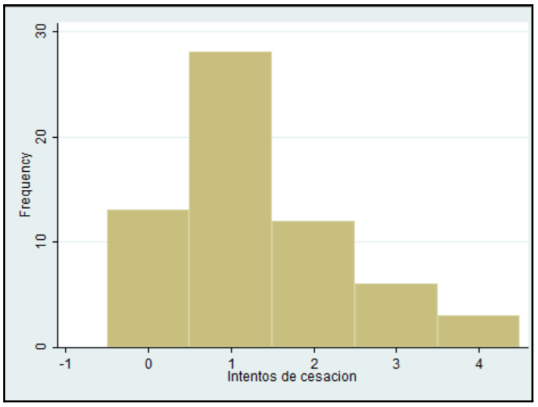


Figura 4: Intentos de cesación (Gráfico de barras: variable discreta).

El **tiempo de abstinencia máximo** logrado tuvo una mediana de 4 meses (IIC: 0.7-12).

En cuanto a los **motivos para dejar de fumar** se obtuvieron los siguientes resultados: 51/62, 0.83 (IC 95%: 0.71-0.91) lo hicieron por salud; 6/62, 0.1 (IC 95% 0.04-0.2) por presión familiar; 1/62, 0.016 (IC 95%: 0.002-0.11) por presión social; 2/62, 0.03 (IC 95%: 0.008-0.12) por embarazo; y 1 único paciente refirió otros motivos, 0.01 (IC 95%: 0.002-0.11).

Respecto a los **motivos de recaída,** 10/62, 0.16 (IC 95%: 00.9-0.28) nunca tuvieron recaídas. De los 52 pacientes que presentaron recaídas: 16/52, 0.31 (IC

95%: 0.19-0.45) manifestaron estrés; 2/52, 0.04 (IC 95%: 0.01-0.15) depresión o duelo; 12/52, 0.23 (IC 95%: 0.13-0.37) síntomas de abstinencia; 7/52, 0.13 (IC 95%: 0.06-0.26) factores sociales; 9/52, 0.17 (IC 95%: 0.09-0.35) decidió seguir fumando; y 6/52, 0.12 (IC 95%: 0.05-0.24) refirió otros motivos.

La proporción de pacientes que no **fumaron al momento del estudio** fue 0.27 (IC de 95%: 0.17-0.4), 17/62 pacientes. La **media de abstinencia** de tales pacientes fue de 8,5 meses (DE 5,4 meses).

Análisis por género (véase Tabla 3 y 4)

A los efectos del análisis estadístico la variable Género fue recodificada en 2 categorías predominantes (femenino-masculino).

Los test de hipótesis fueron elegidos de acuerdo al tipo de variable. En el caso de las variables cuantitativas en que se comprobó distribución normal se usó Test de T, mientras que en las que no, se usaron test no paramétricos, Wilcoxon o U de Mann-Whitney. En cuanto a las variables categóricas, algunas fueron recodificadas con fines estadísticos. Se usó Chi2 en los casos en los que la muestra y el n por categorías fue adecuado, mientras que en las que no, se usó test de Fisher.

Al analizar las variables por género, se observó que las mujeres deseaban abandonar el hábito del tabaquismo a una edad significativamente ($p<0.006$) más temprana que los hombres. En promedio, las mujeres acuden a la Unidad de Tabaquismo a los 49 años, mientras que los hombres lo hacen aproximadamente diez años más tarde, con una media de 58 años. Siguiendo con esto, el género femenino fuma significativamente ($p<0.005$) menos cantidad de años. Las mujeres fuman 33 años mientras que los hombres tienen un tiempo de consumo de 42 años.

No hubo diferencias significativas por género en nivel de instrucción, cantidad de cigarrillos fumados al día, IPA ni tipo de tabaco (tabla III)

Tampoco se encontraron diferencias en intentos de cese ni máxima abstinencia lograda (tabla III)

No hubo diferencias significativas en la prevalencia de enfermedad psiquiátrica variable que podía intervenir como confundidor en el análisis.

En relación al tratamiento farmacológico, se observó que el 55% de los hombres lo recibió, mientras que únicamente el 24% de las mujeres lo hizo, denotando una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.011$) con un OR calculado de 4.1 (IC 95% 1.35-11.6) de los cual se desprende que los pacientes de género masculino que acuden a la unidad tienen 3 veces más chances que el femenino de recibir tratamiento farmacológico

Al analizar la dependencia a la nicotina mediante el test de Fagerström, las mujeres mostraron un nivel de dependencia significativamente menor que los hombres ($p<0.025$) con un OR calculado de 25.2 (IC 95%:8,5 a 74). En el caso de las mujeres, el 54% presentó una dependencia leve y el 46% una dependencia fuerte o muy fuerte, mientras que el 25% de los hombres mostró dependencia leve y el 75% dependencia fuerte o muy fuerte.

Tabla III: Variables de exposición

	Femenino	**Masculino**	**Otros**	**p valor**
Edad (u / st)	49,5 (12,95)	58,45 (11)	69 (.)	**0.006 (ttest)**
Ocupación				
Desocupado	16/41 (0.39)	3/20 (0.15)	0/1 (0.0)	
Changa	3/41 (0.07)	3/20 (0.15)	0/1 (0.0)	
Trabajo fijo	11/41 (0.27)	6/20 (0.30)	0/1 (0.0)	
Jubilado o pensionista.	11/41 (0.27)	8/20 (0.40)	1/1 (1.0)	
Instrucción (recodificada):				
Secundaria Incompleta	21/41 (0.52)	14/20 (0.70)	1/1 (1.0)	0.127 (chi^2)
Educación terciaria completa	20/41 (0.49)	6/20 (0.30)	0/1 (0.0)	
Edad inicio	16.5 (7.5)	15.8 (3.6)	12	0.469 (W)
Tiempo de consumo (años)	33 (13.4)	42.6 (12.4)	57	**0.005 (ttest)**
Tipo de tabaco				
Cigarrillos	34/41 (0.83)	13/20 (0.65)	0/1 (0.0)	0.067 (chi2)
Armado	7/41 (0.17)	7/20 (0.35)	1/1 (1.0)	
Cigarrillos/día	17.5 (14.5)	16.7 (8)	20	0.45 (W)
IPA	32.5 (24.9)	45 (39)	171	0.29 (W)
Fageström (recodificada)				

Dependencia leve	22/41 (0.54)	5/20 (0.25)	0/1 (0)	**0.025(chi2) OR: 25.2 (IC95%:8.5-74.8)**
Dependencia fuerte o muy fuerte	19/41 (0.46)	15/20 (0.75)	1/1 (1)	
Tratamiento farmacológico:				
No recibe	31/41 (0.76)	9/20 (0.45)	0/1 (0.0)	**0.011 (chi2) OR: 4.1 (IC95: 1.35-12.6)**
Recibe	10/41 (0.24)	11/20 (0.55)	1/1 (1.0)	
Enfermedad psiquiátrica:				
No presenta	17/41 (0.41)	9/20 (0.45)	1/1 (1.0)	0.644 (chi2)
Presenta	24/41 (0.59)	11/20 (0.55)	0/1 (0.0)	

No hubo diferencia significativa entre géneros en cuanto a haber logrado abstinencia actual; el poder calculado de la muestra para identificar una diferencia significativa es de 99%.

Sin embargo, de los que sí lograron la abstinencia, el tiempo logrado es significativamente mayor para el género femenino siendo de 10,7 (DE:4,9) meses frente a 4,3 (4,6) meses para el género masculino con un valor p de 0.04.

En cuanto al motivo de recaída, el principal en ambos géneros fue el estrés, siendo el 26% en las personas del género femenino y 44% en el masculino. Los siguientes motivos en orden de frecuencia en el género femenino estuvieron asociados a síntomas de abstinencia al igual que la decisión de volver con el hábito por decisión propia, correspondiendo ambos motivos a un 23%.
El motivo de recaída menos frecuente en este género fue el asociado a la depresión o duelo el cual se presentó en 6% de la muestra femenina.
Por su parte, el género masculino presentó como motivos principales de recaída luego del estrés, volver a fumar por síntomas de abstinencia (19%) y por su situación social (19%). De las personas de género masculino incluidas en esta investigación 0% refirio recaer por depresión o duelo.

Tabla IV: Variables de resultado

	Femenino	Masculino	Otros	p valor
Intentos de cese	1.5 (1.12)	1.05 (0.9)	0	
Hasta 2	33/41 (0.81)	19/20 (0.95)	1/1 (1.0)	0.119
3 o más	8/41 (0.19)	19/20 (0.95)	1/1 (1.0)	
Máxima abstinencia	11.9 (23.9)	21.7 (39)	0	0.37
Motivos de dejar				
1. Salud	32/41 (0.78)	18/20 (0.9)	1/1 (1)	
2. Presión familiar	5/41 (0.12)	1/20 (0.05)	0/1 (0)	
3. Presión social	1/41 (0.02)	0/20 (0)	0/1 (0)	
4. Económico	0/41 (0)	0/20 (0)	0/1 (0)	
5. Independencia	0/41 (0)	0/20 (0)	0/1 (0)	
6. Embarazo	2/41 (0.05)	0/20 (0)	0/1 (0)	
7. Otros.	1/41 (0.02)	0/20 (0)	0/1 (0)	
Motivos de recaída				
1-Estrés	9/35 (0.26)	7/16 (0.44)	0/1(0)	
2-Depresión o duelo	2/35 (0.06)	0/16 (0)	0/1(0)	
3-Abstinencia	8/35 (0,23)	3/16 (0.19)	1/1 (1)	
4-Situación social	4/35 (0.1)	3/16 (0.19)	0/1 (0)	
5-Decidió seguir fumando	8/35 (0.23)	1/16 (0.06)	0/1 (0)	
6-Otro	4/35 (0.1)	2/16 (0.1)	0/1 (0)	
Actualmente fuma				
NO	10/41 (0.24)	6/20 (0.3)	1/1 (1.0)	0.45 Poder: 99%
SI	31/41 (0.76)	14/20 (0.7)	0/1 (0.0)	
Tiempo de abstinencia actual (meses)	10.7 (4.9)	4.3 (4.6)	9	0.04

DISCUSIÓN

La presente investigación se diseñó con el objetivo de identificar asociaciones entre el género y el tabaquismo que pudieran contribuir a las estrategias para el cese del mismo, teniendo en cuenta una perspectiva de género y ofreciendo un abordaje integral para toda la población.

A pesar de que el tamaño muestral no fue el esperado por dificultades en la

obtención del consentimiento informado, este trabajo permitió acercarnos al análisis de las características de la población objetivo.
En lo que concierne a la misma, se destacó una edad media de 52 años y se observó una marcada predominancia femenina, con un 66% de la muestra correspondiente a este género.

En cuanto al nivel socioeconómico, un determinante esencial del mismo es la ocupación, en este caso un 32% se encontraban desocupados al momento del estudio y un 9% realizaba changas, lo que significa trabajo informal e ingresos económicos inestables en el 41% de la población estudiada. Otro indicador es el nivel de instrucción, destacando en este caso que el 57% no contaban con estudios secundarios completos. Ambas variables podrían indicar un bajo nivel socioeconómico general de la población estudiada.

Comparando estos resultados con la información disponible, en la cual menciona que el tabaquismo es más prevalente en los estratos socioeconómicos más bajos[17][18], este estudio vincula esta prevalencia a diversos factores que incluyen menor apoyo social a dejar de fumar, mayor dependencia a la nicotina, estrés y menor adherencia a los tratamientos de cesación del tabaquismo. Los fumadores de bajos niveles socioeconómicos son más propensos a fumar y menos propensos a dejar de hacerlo porque el tabaquismo está fuertemente concentrado en sus contextos sociales.

Esto también se ve reflejado en los datos presentados por la Revista Uruguaya de Medicina Interna en el artículo titulado “Tabaquismo y género: conocimiento sobre enfermedades tabaco-dependientes en la mujer, entre usuarias hospitalizadas en hospitales públicos de Montevideo 2017”. Según el estudio, en Uruguay, el consumo de tabaco es significativamente más elevado en el quintil de menores ingresos, alcanzando el 29,9%, en comparación con el 17,2% registrado en el quintil de mayores ingresos económicos. [19]

Con lo que respecta a las características del consumo, se destaca la precoz edad de inicio que presenta la muestra, siendo la misma de 15 años, encontrándose

en lo que se considera como adolescencia tardía.[20] Esto es un factor relevante en la historia de consumo e intentos de cesación de los fumadores ya que se presenta como un factor de riesgo para recaídas en el género masculino y para el femenino representa un predictor de un mayor grado de dependencia.
Este comienzo precoz se vió reflejado en la magnitud del índice paquete/año, que alcanzó un valor medio de 32,9. Dicho indicador engloba tanto la cantidad promedio de cigarrillos consumidos diariamente (15 cigarrillos por día) como el tiempo promedio de consumo (37 años).

En cuanto al grado de dependencia a la nicotina, evaluada con el Test de Fagerström, se visualizó una fuerte dependencia general a la nicotina, encontrándose el 56% de la muestra dentro de las categorías de dependencia fuerte o muy fuerte.

Con respecto a las asociaciones entre las variables estudiadas y el género, no se observaron resultados significativos en muchas de ellas, dando en cuenta que para nuestra población muchas de las características del consumo son indistintas entre géneros. Este dato no condice con otros estudios realizados en poblaciones similares donde se destaca fuertemente la diferencia de los perfiles de consumo entre géneros.[21] La discrepancia probablemente pueda deberse a que la muestra es pequeña y poco representativa de la población, ya que está fundada en una policlínica especializada para personas que ya plantearon el deseo de abandonar el hábito tabáquico.
Hay que destacar también el hecho de que en el formulario utilizado para la recabación de datos se engloban dentro de "enfermedad psiquiátrica" la depresión, antecedentes y también consumo de otras sustancias adictivas. Esto lleva a perder un muy importante dato recabado en otros estudios como lo es la alta prevalencia de depresión y su influencia negativa en el proceso de cese del tabaquismo en el género femenino.[21]

En el caso del grado de dependencia sí se obtuvo una diferencia significativa comparando ambos géneros, evidenciándose una dependencia a la nicotina significativamente mayor en el género masculino. También se destaca que el

hecho de pertenecer al género masculino, en la población de muestra, se asocia con una probabilidad 24 veces mayor de presentar una dependencia fuerte o muy fuerte a la nicotina en comparación con el género femenino.
A su vez, la diferencia entre géneros de la variable "actualmente fuma" resultó ser no significativa, por lo que al momento del estudio ambos géneros se mantenían fumando en iguales proporciones.
Asociando ambas variables, llama la atención el hecho de que a pesar de que las mujeres presentan una dependencia menor (también referida como adicción) a la nicotina, esto no se ve reflejado en las diferencias en las tasas de éxito de cese.
Este hecho no condice con datos expuestos en el estudio publicado Por Yu y Fagerström (2012), quienes encontraron que las tasas de abstinencia disminuyen a medida que aumenta el grado de dependencia a la nicotina, independientemente del tratamiento recibido, y que un mayor nivel de adicción está asociado con menores probabilidades de éxito en el cese del tabaquismo.[22]
Esto lleva a pensar que existen otras variables externas que afectan al género femenino que podrían estar influyendo negativamente en el proceso de cese.
Si bien una posible explicación podría ser que el género masculino recibe tratamiento farmacológico en mayor medida que el femenino de forma significativa, también se debería considerar la diferencia en la indicación de este tipo de tratamiento, ya que está probado que la eficacia del mismo no se ve influida por el nivel de dependencia y que incluso podría llegar a ser más efectivo en grados de dependencia menores. Cabe destacar que, para la población estudiada, el género masculino presenta una probabilidad 4 veces mayor de recibir tratamiento farmacológico que el femenino.

Al analizar el motivo de recaída según género, nos encontramos con diferencias de lo observado en estudios previos.[3] En estos, se señala que el motivo de recaída "estrés" es predominante en el género femenino frente a la población de género masculino, atribuyendo este factor al rol que cumple el género femenino en la sociedad. En ese estudio se menciona que las mujeres valoran los efectos relajantes del tabaco en gran medida para manejar el estrés, el cual está profundamente influenciado por marcos sociales y de género. Por el contrario, en nuestra población, ambos géneros presentaron el motivo "estrés" como el

principal motivo de recaída. En lo que respecta al género masculino, 44% refirió haber sido este su motivo de recaída, mientras que en el género femenino fue de 27%. Se observó que el género masculino exhibió una prevalencia más alta de recaídas asociadas al estrés en comparación con el género femenino.

Algo interesante a destacar es que si bien la variable depresión o duelo mostró ser la que menos llevó a los pacientes a volver a fumar, en nuestra muestra 0% del género masculino refirió haber recaído por este motivo, por el otro lado 6% de la población de género femenino refirió haber recaído por este motivo.

Un dato interesante que se puede concluir al observar los resultados, es que las personas del género femenino pertenecientes a la Unidad de Tabaquismo son significativamente más jóvenes que los masculinos. Esto resulta llamativo, considerando que, en general presentan un menor nivel de dependencia, lo que podría indicar que buscan ayuda de forma más temprana y en etapas menos avanzadas de la adicción.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

Existen factores externos que afectan negativamente el proceso de abandono del tabaquismo en el género femenino que deben ser considerados para mejorar las políticas y tratamientos dirigidos a este grupo.

Se considera importante en vistas a optimizar las políticas dirigidas al abandono del tabaquismo, fortalecer las políticas sociales que incidan positivamente en los determinantes de la salud. Mejorar factores como la educación, el acceso equitativo a servicios de salud, inserción laboral y el entorno comunitario no solo favorecerá la reducción del consumo de tabaco, sino que también contribuirá a mejorar el bienestar general de la población.

Existen barreras de género que se relacionan con las dificultades específicas que enfrentan las personas de género femenino para dejar de fumar deben ser contempladas al desarrollar políticas sanitarias, ya que representan un factor de

inequidad asistencial. Los resultados del presente estudio incentivan a profundizar la búsqueda de tales barreras y su análisis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ENCUESTA MUNDIAL DE TABAQUISMO EN ADULTOS [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.fnr.gub.uy/wp-content/uploads/2014/09/resultados_GATS_2017.pdf
2. Briceño DEM. La mujer y el tabaco: su uso y prevalencia (Parte 1). 2010;
3. Jiménez Rodrigo ML. Mujeres, abandono de consumo de tabaco y barreras de género. Feminismo/s. 2011;(18):39-65.
4. guia-salud-y-diversidad-sexual.pdf [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://psico.edu.uy/sites/default/files/files_ftp/libros/guia-salud-y-diversidad-sexual.pdf
5. Control del tabaco - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2024 [citado 16 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/control-tabaco
6. inf_ct_tab_en_uruguay.pdf [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.smu.org.uy/elsmu/comisiones/tabaco/inf_ct_tab_en_uruguay.pdf
7. Ministerio de Salud Pública. Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo. Uruguay; 2009.
8. Protocolo de tratamiento de tabaquismo [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.medicaa.hc.edu.uy/images/Tabaco2021/1_protocolo_tratamiento_tabaquismo_GSK05OT_20210813_z_baja.pdf
9. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires,Karin Kopitowski,Paula Carrete,Mariela Barani,Esteban Rubinstein,Sergio Terrasa,Miguel Zárate,Mercedes Mutchinick,Valeria Vietto,Chu Yon Yoo. Medicina Familiar y Práctica ambulatoria. 3ra edición. Panamericana;
10. Peces-Barba G, Albert Barberà J, Agustí À, Casanova C, Casas A, Luis Izquierdo J, et al. Guía clínica SEPAR-ALAT de diagnóstico y tratamiento de la EPOC. Arch Bronconeumol. mayo de 2008;44(5):271-81.
11. Thomas DC. Invited Commentary: Is It Time to Retire the "Pack-Years" Variable? Maybe Not! Am J Epidemiol. 1 de febrero de 2014;179(3):299-302.
12. Ley N° 18256 [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18256-2008
13. Cardozo Rufo V. Género y salud. Análisis de la incorporación de la perspectiva de género en el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay (2005-2020). Avances y desafíos pendientes. Rev Médica Urug [Internet]. 2022 [citado 16 de noviembre de 2024];38(1). Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-039020220001019 12&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. Checa MJ. Mujeres y tabaco: Aspectos principales específicos de género. 2014;
15. Becoña E, Vázquez FL. Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género. Rev Esp Salud Pública [Internet]. febrero de 2000 [citado 16 de noviembre de 2024];74(1). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272000000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
16. DE LA ROSA L, DE OTERO M. Tabaquismo en la mujer: consideraciones especiales. 2004 [citado 16 de noviembre de 2024]; Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-13059445

17. Hiscock R, Bauld L, Amos A, Fidler JA, Munafò M. Socioeconomic status and smoking: a review. Ann N Y Acad Sci. febrero de 2012;1248(1):107-23.
18. Gan WQ, Mannino DM, Jemal A. Socioeconomic disparities in secondhand smoke exposure among US never-smoking adults: the National Health and Nutrition Examination Survey 1988–2010. Tob Control. Noviembre de 2015;24(6):568-73.
19. Pippo A, Llambí L, Fontao S, Albistur JA, Areán JC, Olmedo N, et al. Tabaquismo y género: conocimiento sobre enfermedades tabaco-dependientes en la mujer, entre usuarias hospitalizadas en hospitales públicos de Montevideo 2017. Rev Urug Med Interna. 2018;3(2):22-30.
20. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Adolescente. 2007.
21. Marqueta A, Nerín I, Jiménez-Muro A, Gargallo P, Beamonte A. Factores predictores de éxito según género en el tratamiento del tabaquismo. Gac Sanit. enero de 2013;27(1):26-31.
22. Fagerstrom K, Russ C, Yu CR, Yunis C, Foulds J. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence as a Predictor of Smoking Abstinence: A Pooled Analysis of Varenicline Clinical Trial Data. Nicotine Tob Res. 1 de diciembre de 2012;14(12):1467-73.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Policlínica de la Unidad de Tabaquismo del Hospital de Clínicas, en especial a la Dra. Laura Llambí, por brindarnos el espacio e información para poder llevar a cabo nuestra investigación.

A las orientadoras Dra. Melina Rubiños y Dra. Lilián Ledesma por su disposición, apoyo y acompañamiento durante este proceso.

Mención especial a los pacientes, por brindarnos su tiempo y confiarnos sus historias, ya que sin ellos la investigación no hubiera sido posible.

ANEXOS

Anexo 1: Formulario de recolección de datos de la Unidad de Tabaquismo

Unidad de Tabaquismo
Hospital de Clínicas

HISTORIA CLÍNICA

Fecha : ____/____/_____

Nombre completo _____

C.I.: _____-___ Edad (años): _____ Sexo: ▯ F ▯ M H de Clínicas Nº:_____

Domicilio _____ Localidad _____ Departamento:_____

Teléfonos: _____ _____ _____

Institución de Origen_____Internado _____Enviado por _____

Ocupación: ▯ Desocupado ▯ Changas ▯ Trabajo fijo ▯ Jubilado o Pensionista

Observaciones: _____

Nivel de instrucción: ▯ Analfabeto ▯ Prim.I ▯ Prim.C ▯ Sec.I ▯ Sec.C ▯ Terc.I ▯ Terc.C

Núcleo familiar: _____Hogar fumador: Si_____No_____

Historia de tabaquismo

Edad de inicio (años): _____

Tabaquismo familiar: ▯ padre ▯ madre ▯ hermanos ▯ cónyuge actual ▯ hijos

Tipo de consumo: ▯ cigarrillos ▯ tabaco de armar ▯ pipa ▯ habanos ▯ Cig Electrónico

Intensidad **actual** (cigarrillos x día): _____ Desde cuándo _____ ▯ días ▯ meses ▯ años

Intensidad **habitual** (cigarrillos x día): _____ Intensidad **máxima** (cigarrillos x día): _____

Intentos de cesación _____ Tiempo máximo de abstinencia _____ ▯ días ▯ meses ▯ años

Tiempo desde el último intento de cesación _____ ▯ días ▯ meses ▯ años

Motivo: ▯ Por decisión propia ▯ Por enfermedad ▯ Por embarazo

Sufrió síndrome de abstinencia: ▯ No ▯ Si

Recibió tratamiento farmacológico: ▯ No ▯ Si ▯ Parches ▯ **Vareniclina**
▯ Chicles ▯ **Otros**:
▯ Bupropión

Motivo de recaída: ▯ Estrés ▯ Depresión o duelo ▯ **A**bstinencia ▯ **S**it. social ▯ Decidió seguir fumando ▯ Otro____

Motivos para dejar de fumar:

▯ Salud ▯ Presión familiar ▯ Presión social ▯ Económico ▯ Independencia ▯ **Embarazo** ▯ Otros _____

Autoeficacia: 0----------10 **Motivación: 0----------10**

IPA: N.º CPD __ Tiempo en años ____

N.º CPD __ Tiempo en años ____ **IPA TOTAL: ____**

N.º CPD __ Tiempo en años ____

Observaciones:_____

_____

Unidad de Tabaquismo
Hospital de Clínicas

Antecedentes patológicos

Enf. Tabacodependientes: **Vasculares** : **IAM** **AI** **RVM** **AOC** **ACV**

Cáncer Digestivas Otras_____

Respiratorias **Asma** **EPOC** **FR** _____ **Tratamiento: SI** **NO** Inmunización

SCREENING DE EPOC

- En las ultimas semanas sintió que le faltaba el aire?

Nunca **Muy poco tiempo** **Algo de tiempo** **La mayoría del tiempo** **Siempre**

- Cuando tose tiene flemas?

No, nunca **Solo con resfríos o bronquitis ocasionales** **Algunos días del mes** **Todos los días**

- Por mi problema respiratorio puedo hacer menos actividades de lo que estaba acostumbrado

Totalmente en desacuerdo **En desacuerdo** **No estoy seguro** **De acuerdo** **Completamente de acuerdo**

Enf. Psiquiátrica: Depresión Antecedentes Actual Otra_____

Alcoholismo actual Alcoholismo recuperado

Otras Drogas _____ **diario** **semanal** **ocasional** **Con tabaco**

Factores de riesgo vascular: HTA Dislipemia Diabetes Obesidad

Sedentarismo ERC Otros_____

Otros antecedentes: Convulsiones TEC severo Neurocirugía Tumor intracraneano

Otros _____

Medicación habitual: _____

Contraindicación para tratamiento farmacológico:

Reemplazo Nicotínico: Cuál? _____ Bupropión:¿Cuál?_____ Vareniclina ¿Cuál?_____

Test de Fagerström (evaluación del grado de dependencia)

	Considerar forma habitual de fumar	
1- ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día?	> 30	**3**
	21 a 30	**2**
	11 a 20	**1**
	< 11	**0**
2- ¿Fuma más en las primeras horas tras levantarse que en el resto del día?	Si	**1**
	No	**0**
3- ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?	< 5 min	**3**
	6 a 30 min	**2**
	31 a 60 min	**1**
	> 60 min	**0**
4- ¿Qué cigarrillo le es más difícil omitir?	El primero	**1**
	Otro	**0**
5- ¿Le es difícil no fumar donde está prohibido?	Si	**1**
	No	**0**
6- ¿Fuma si está tan enfermo que ha estado en cama la mayor parte del día?	Si	**1**
	No	**0**

Resultado: _____ 0 – 3 No dependencia 4 – 6 Leve 7 – 9 Fuerte 10 Muy Fuerte

Anexo 2. Cuestionario utilizado

"Buenos días/tardes, ¿hablo con _____? Mi nombre es _____, soy estudiante de sexto de medicina y junto a la Clínica Médica B del Hospital de Clínicas estamos realizando una investigación en conjunto con la Unidad de Tabaquismo llamado "Cese de tabaquismo, análisis con perspectiva de género. Unidad de Tabaquismo, 2023".

Debido a su asistencia a la policlínica en este período, le llamamos para invitarlo a participar de esta investigación de forma ANÓNIMA, mediante el acceso y utilización de los datos que llenó en el formulario de ingreso (no sus datos personales, sino su historia como fumador).

El estudio es para determinar si influye el género en el proceso de abandono del tabaquismo. Para poder aportar nueva información a nivel de nuestro país que pueda ser utilizada para mejorar la atención de las personas en este proceso.

Su participación es completamente voluntaria y no será remunerada ni tendrá beneficios personales. En el caso de que alguna de las preguntas le incomode, puede dejar de responder en cualquier momento. Su información es confidencial y será utilizada únicamente para esta investigación. Puede plantear dudas y comunicarse con quien y cuando usted considere necesario. Está en su derecho de tomarse el tiempo que necesite para evaluar si desea participar y, en caso de cambiar su decisión, puede abandonarlo en cualquier momento. La atención que recibe en la policlínica no se verá afectada por su participación o no en esta investigación.

¿Estaría usted interesado/a en participar? Si _____ No _____

Para esta encuesta es importante que sepa qué es género. No es lo mismo que sexo ni que orientación sexual. "Sexo" hace referencia a lo biológico, es decir, si nace como hombre o como mujer; mientras que "género" es como usted se

identifica: si se siente hombre, si se siente mujer o no se siente identificado. Quería destacar que esto es distinto de la orientación sexual que es hacia quien te sentís atraído, en este punto no vamos a indagar.
Este estudio se centra en el género por eso le queriamos consultar con qué género se siente usted identificado: femenino, masculino, otro o prefiere no responder

¿Dejó de fumar actualmente? Y si dejó, ¿hace cuánto?

Si luego de finalizada la llamada le surge alguna duda puede contactarse al mail de la investigación: investigaciongenero24@gmail.com
Si quiere le podemos enviar la información que le dijimos telefónicamente por mail. "

Anexo 3: Consentimiento informado

INFORMACIÓN PARA LOS PARTICIPANTES:

Proyecto: "Cese de tabaquismo: análisis con perspectiva de género en la población de la Unidad de Tabaquismo del Hospital de Clínicas 2023"

Centro de realización del estudio: Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" Unidad de Tabaquismo.

Investigadores responsables: Br.Carabajal J; Br. Clemente S; Br. Gorga F; Br. Paz L; Br. Sarries S; Br. Sierra M..

Lo invitamos a participar de un proyecto de investigación sobre el abandono del tabaquismo. Durante este proceso usted cuenta con la posibilidad de plantear dudas y de comunicarse con el equipo. Le informamos que está en su derecho de

tomarse el tiempo que usted considere necesario para evaluar su participación, y que en caso de cambiar su decisión, puede abandonarlo en cualquier momento.

¿Por qué se realiza este estudio?

El tabaquismo es uno de los mayores desafíos para la salud pública a nivel mundial, siendo la principal causa de muerte prevenible según la Organización Mundial de la Salud. Nuestro país es uno de los principales consumidores de tabaco de América Latina.

El objetivo de este estudio es investigar si influye o no el género en el abandono del tabaquismo ya que se cuenta con información antigua y contradictoria sobre el tema. Se busca realizar aportes a la información disponible que pueda ser de utilidad en la implementación de nuevas estrategias de tratamiento.

¿Cómo se va a obtener la información?

Se extraerán datos de los formularios completados en la policlínica y preguntas que se harán de manera telefónica.

¿Qué se hará con los resultados de los estudios?

Los resultados del estudio estarán disponibles para los participantes, el equipo tratante y los investigadores del proyecto.

Los resultados obtenidos serán utilizados para estudios científicos, publicaciones en revistas y congresos.

La identidad del paciente es absolutamente confidencial y no será revelada en ningún momento.

¿Qué beneficio recibe el paciente?

Esta investigación busca optimizar las estrategias del tratamiento para el abandono de tabaquismo.

Participación voluntaria y derecho de retirarse del estudio

La participación en el estudio es completamente voluntaria y no será remunerada. El paciente tendrá derecho a negarse a participar o retirarse de la investigación en cualquier momento, sin dar explicaciones. Lo cual no afectará de ninguna forma la atención que recibirá por parte del equipo de salud tratante.

Riesgos

Este estudio podría significar una sensación de incomodidad para los participantes del estudio a la hora de responder alguna de las preguntas planteadas. Para minimizar al máximo posible se dará la posibilidad de no responder si así lo desean.

¿A quién contactar en caso de dudas?

Mail de contacto: investigaciongenero24@gmail.com

Anexo 4: Variables independientes.

a. Variables de exposición o independientes		
a1	**Edad:** Edad cronológica calculada a partir de la fecha de nacimiento en años, cuantitativa continua.	
a2	**Sexo**	1. femenino 2.masculino
a3	**Género:** Género con el cual se identifica el paciente. Cualitativa nominal.	1.femenino 2.masculino 3.otro
a4	**Nivel de instrucción:** Cualitativa ordinal	1. analfabeto 2.primaria incompleta 3. primaria completa 4. secundaria incompleta 5.secundaria completa 6.estudios terciarios incompletos 7.estudios terciarios completos.
a5	**Ocupación:** Cualitativa nominal.	1 .analfabeto 2. primaria incompleta 3. primaria completa 4. secundaria incompleta 5. secundaria completa 6. estudios terciarios incompletos 7. estudios terciarios completos.
a6	**Tipo de consumo:** Cualitativa nominal	1. cigarrillo 2. tabaco de armar 3. pipa 4. habanos 5. cigarrillo electrónico.
a7	**Motivo para dejar de fumar:** Cualitativa nominal.	1. Salud 2. presión familiar 3. presión social 4. Económico 5. Independencia 6. embarazo 7. Otros.
a8	**Intentos de cesación:** Cuantitativa discreta	

a9	**Tiempo máximo de abstinencia**: unidad de medida=meses completos de abstinencia. Variable cuantitativa continua.	
a10	**Tratamiento farmacológico**:Cualitativa dicotómica.	0. no 1. si
a11	**Motivo de recaída:** Cualitativa nominal.	1.estrés 2. depresión o duelo 3. abstinencia 4. situación social 5. decidió seguir fumando. 6. otro.
a12	**IPA:** Definimos (número de cigarrillos por día x años fumados / 20) índice de riesgo. A mayor IPA, mayor dependencia. Cuantitativa discreta.	
a13	**Enfermedad psiquiátrica** incluyendo depresión, alcoholismo u otras drogas. Cualitativa dicotómica	0. no 1. sí
a14	**Test Fagerström:** evaluación del grado de dependencia es una variable cualitativa ordinal.	1. no dependencia 2. leve dependencia 3. fuerte dependencia 4. muy fuerte dependencia.