

PREVALENCIA DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES FUMADORAS EN UN ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL

PREVALENCE OF GENDER VIOLENCE IN FEMALE SMOKERS IN A PRIMARY CARE LEVEL: CROSS SECTIONAL STUDY.

Autora principal: Braun S

Programa de Medicina Interna General.
Hospital de Clínicas “José de San Martín”
Universidad de Buenos Aires

Autor responsable de la correspondencia: Braun Sandra

sandrabraun@ciudad.com.ar

Fuente de financiamiento:

El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de una Beca “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia”, categoría individual, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.

Fecha de envío para publicación: 16/05/211

Declaración de conflicto de intereses: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Resumen:**Antecedentes:**

Argentina tiene una de las prevalencias de tabaquismo femenino más altas en Latinoamérica: 22,4% en mujeres adultas y 27,3% en adolescentes.

El tratamiento de la dependencia al tabaco es una medida de control costo-efectiva, pero diferentes estudios internacionales demuestran menor efectividad en mujeres y relacionan dichos resultados adversos con diferentes determinantes psicosociales, entre ellos Violencia de Género.

Objetivo general:

Describir las prevalencias de posibles determinantes psicosociales y de características del consumo de tabaco en mujeres fumadoras asistidas en un consultorio de cesación tabáquica en un ámbito de atención primaria.

Métodos:

Se realizó un estudio de corte transversal a 194 fumadoras elegidas sistemáticamente. Para la detección de Violencia de Género se aplicó un instrumento desarrollado por la Federación Internacional de Planificación Familiar y para la detección de trastornos mentales no psicóticos el instrumento Self-Reported Questionnaire. También se exploraron datos demográficos, de la conducta adictiva y la autopercepción del estado de salud.

Resultados:

La prevalencia de Violencia de Género hallada fue de 68,6%. La Violencia Emocional y la Física fueron las modalidades más reportadas: 89,3% y 48,1%. Las mujeres con VBG reportaron peor percepción del estado de su salud, mayores puntajes en los tests de Fagerström y SRQ-20, y una situación de empleo inestable. El análisis de regresión logística mostró una asociación positiva sólo con las dos últimas variables.

Conclusiones:

La prevalencia de Violencia de Género en la muestra fue muy alta, presentando asociaciones positivas con el resultado del test SRQ-20 y una situación de empleo inestable. Resultado similar a lo que demuestra la bibliografía internacional.

Background:

Argentina has one the highest smoking prevalence in Latin America: 22,4% and 27,3% among adults and adolescents women, respectively.

Smoking cessation treatment is a very cost effective control measure, but several researches have shown that they can be less effective in women. And they related these adverse outcomes with different psycho social determinants as Gender Violence.

Objective:

To describe prevalence of some psycho social determinants and characteristic of tobacco consumption in female smokers assisted in a primary care level.

Methods:

A cross-sectional was developed on 194 female smokers in a systematic simple. It was applied an instrument developed by International Planning Parenthood Federation to explore Gender Violence. To explore mental health the Self Reporting Questionnaire was applied. Additionally, data as demographic, smoking behavior and perception of health status was evaluated.

Results:

The prevalence of Gender Violence was 68, 6%. Psychological and physical violence were the most reported types: 89, 3% y 48, 1%. Women with Gender Violence informed the worst perceptions of health status, the largest Fagerström's and the Self Reporting Questionnaire's scores and instable employment situation. Logistic regression showed a positive relationship only with the last two variables.

Conclusions:

Gender Violence prevalence founded in this sample was very high and associated with the result of the SRQ-20 instrument and an instable employment situation.

Palabras clave: Argentina; tabaquismo femenino; Violencia de Género

Key words: Argentina; female smoking; Gender Violence.

Introducción:

El tabaquismo es la principal causa prevenible de muerte y discapacidad en el mundo. La prevalencia de tabaquismo en Argentina es una de las más altas en América, alcanza el 27.1% de la población mayor de 18.¹ Si bien las diferencias de género están a favor del consumo masculino (32,4% entre los varones vs. 22.4% en mujeres del mencionado grupo etario), las mujeres argentinas están entre las más fumadoras del continente.¹

Siguiendo el modelo propuesto por López² que describe la epidemia de tabaquismo en cuatro fases, Argentina estaría transcurriendo de la segunda a la tercera.³ Esto significa que, luego de alcanzar el máximo de prevalencia masculina, es esperable su declinación, acompañada de la elevación de la prevalencia femenina. Un claro indicativo de esta creciente epidemia femenina en son los resultados de la última Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes. En ella, la diferencia de género descrita entre adultos se invierte, ya que las jóvenes presentan prevalencias superiores a los varones: 27,3% vs. 21,1% entre los 13 a 15 años.⁴ Dado que el tabaquismo es una adicción de larga duración es de esperar, entonces la evolución de dicha epidemia hacia un aumento del consumo femenino y una progresiva reducción de la edad de inicio. La experiencia internacional demuestra que las condiciones para la aplicación de medidas de control del tabaco son más favorables en este momento de la epidemia.²

Entre las medidas poblacionales eficaces destinadas a prevenir o reducir el consumo de tabaco en un país se halla la disponibilidad y acceso a los servicios de tratamiento de la dependencia a la nicotina.⁵ Los tratamientos de cesación son costo-efectivos, pero tendrían un porcentaje de éxito menor entre las mujeres.⁵ Si bien aún no se conoce el motivo de esta diferencia, se señalan como de importancia diferentes determinantes psicosociales.⁶ Por esta razón, la OMS aconseja el desarrollo de programas de cesación y prevención con orientación de género integrados en el nivel primario de atención.⁵

Numerosas investigaciones han descripto como la conducta de fumar es afectada por diferentes variables según el género analizado. Por ejemplo, las mujeres presentan mayores prevalencias de depresión y ansiedad, necesidad de menor concentración de nicotina para el refuerzo del consumo, mayor preocupación por el aumento de peso asociado a la cesación, mayor necesidad de apoyo social y diferentes manifestaciones en el síndrome de abstinencia que los varones.⁷ También, algunos estudios indican que las mujeres tienen menor éxito en el proceso de cesación y en el mantenimiento de la abstinencia.⁸ Por ejemplo, una revisión sistemática de doce ensayos con bupropión vs. placebo halló menor éxito en dejar de fumar entre las mujeres.⁹ Otra revisión de catorce ensayos de nicotina transdérmica vs. placebo también encontró resultados más pobres en la abstinencia sostenida de las mujeres.¹⁰

Las razones de dichas diferencias permanecen sin confirmarse, pero podrían reflejar una diferente respuesta a factores psicosociales en ambos sexos.⁵ Sería, entonces, importante reconocer y tener en cuenta las diferentes normas de género, las distintas características del proceso adictivo y del proceso de cesación entre varones y mujeres para contrarrestarlas y reducir así el consumo de tabaco.

La *Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer* (1993) define la violencia contra las mujeres como: "todo acto de violencia que da como resultado, o es probable que produzca daño físico, sexual o mental o sufrimiento a las mujeres, incluidas las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en público o en la vida privada."¹¹

A diferencia de los datos sobre tabaquismo femenino, no hay disponibles aún datos poblacionales acerca de la prevalencia de la violencia de género (VG) en nuestro país. Sólo referencias indirectas nos dan una idea acerca de este grave problema. Por ejemplo, en 2002, una encuesta realizada en un centro de atención primaria halló que 44,4% de las encuestadas referían haber sufrido algún tipo de abuso físico, psicológico y/o sexual a lo largo de su vida y que 15% de ellas referían alguna forma de abuso en el momento de la investigación.¹²

Las víctimas de VG además de sufrir las consecuencias físicas inmediatas, también presentan mayor prevalencia de enfermedades crónicas y de conductas adversas al cuidado de su salud. Entre estas últimas, se mencionan: mayor consumo y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas, mayor frecuencia de embarazos no deseados y menor uso del preservativo que otras mujeres.¹³

Todas las formas de estrés están asociadas al consumo de tabaco y la VG es, indudablemente, un factor de estrés crónico.¹⁴ Dado que el cigarrillo es especialmente percibido por las mujeres como una vía para reducir el estrés, parecería acertado plantearse si la VG aumenta el consumo de cigarrillos. Existe evidencia acerca de una asociación positiva entre el abuso físico y el tabaquismo que fue descripta en estudios poblacionales con OR: 2,24¹⁵ (95% CI, 1,80-2,80), 2,07¹⁶ (95% CI 1.03-4.18) y 2.1¹⁷ (IC del 95% 1,5-2,9). También hay evidencia que demuestra que las mujeres víctimas de maltrato psicológico tienen 33% más posibilidades de adicción a la nicotina.¹⁵

La situación inversa fue descripta en el ámbito de la atención primaria, donde las fumadoras reportaron dos veces más ser víctimas de algún tipo de VG.^{8 16} Además, una posible relación dosis respuesta fue hallada, ya que las mujeres con síntomas de mayor dependencia a la nicotina reportaron actos de violencia más recientes. Otros estudios asociaron VG y mayor consumo de cigarrillos y menor éxito en dejar de fumar.^{14 15}

Es nuestro propósito general, desarrollar un programa de intervenciones en cesación de tabaco que incluya una perspectiva de género. Para mejorar nuestras intervenciones en cesación es necesario aumentar nuestro conocimiento acerca de los determinantes del uso y abstinencia entre las mujeres de Argentina. Sin duda, la VG podría ser un importante factor predictivo negativo a tener en cuenta en la elaboración de futuras hipótesis destinadas a mejorar nuestras intervenciones durante el proceso de cesación tabáquica.

Nuestro objetivo es describir las prevalencias de posibles determinantes psicosociales, especialmente Violencia de Género, y de características del consumo de tabaco en las mujeres fumadoras que reciban tratamiento de la dependencia del tabaco en un ámbito de atención primaria durante 2010.

Métodos:

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, que se llevó a cabo en el Programa de Medicina Interna General (PMIG) del Hospital de Clínicas “José de San Martín” de la Universidad de Buenos Aires. El PMIG es un centro de atención primaria de pacientes adultos con más de 20.000 consultas anuales y un centro docente para residentes de Medicina Interna, Familiar y General y estudiantes pregrado.

Previo a la recolección de datos, durante los meses de mayo y junio se llevó a cabo un pretest durante el cual se determinó la aceptabilidad y el flujo correcto de los cuestionarios. El periodo de recolección de datos tuvo lugar en los meses de julio-diciembre de 2010 y enero-marzo de 2011, durante la primera o segunda entrevista de admisión al Consultorio de Cesación Tabáquica.

Población y Muestra:

Nuestra población objetivo fueron personas de sexo femenino autodefinidas como fumadoras. Hemos tomado la definición clásica que define como fumador a toda aquella persona que fuma en el momento de la consulta y que refiere haber fumado, al menos, 100 cigarrillos en toda su vida.¹

La unidad de análisis fue cada paciente entre 18-70 años, autodefinidas como fumadoras, asistidas en el Consultorio de Cesación Tabáquica del Programa de Medicina Interna General del Hospital de Clínicas. Fueron invitadas a participar aquellas pacientes que pudieran hablar, leer y comprender el idioma español, sean capaces de separarse de sus acompañantes, no estuvieran demasiado enfermas para participar y deseen dar su consentimiento informado.

Se realizó un muestreo sistemático, asignando en forma aleatoria el inicio en el listado de pacientes de los días de atención y luego se seleccionaron las potenciales encuestadas sistemáticamente a un intervalo especificado previamente. Este procedimiento quedó a cargo del responsable administrativo del sector. Se encuestaron 194 pacientes para obtener una muestra con un poder del 80% y un error alfa de 0,05. Dicho cálculo del tamaño muestral se

basó en un estudio previo, desarrollado en el mismo ámbito, que halló una prevalencia de vida de VG del 44%.¹²

Ninguna de las potenciales encuestadas se rehusó a participar.

Variables:

- 1- **Violencia de Género:** prevalencia de vida de cualquier tipo de abuso físico, sexual o psicológico. Tipo de violencia sufrido (violencia física, sexual, emocional o psicológica y abuso sexual en la infancia), etapa de la vida (infancia, adolescencia, juventud, adultez, > 65 años y embarazo y/o post parto) e Identificación del perpetrador.
- 2- **Variables demográficas:** edad, situación de pareja, años de educación formal y situación de empleo
- 3- **Variables relacionadas con el consumo de tabaco:** edad de comienzo, edad de dependencia, años de tabaquismo, cigarrillos consumidos en un día, número de intentos previos de cesación, Test de Fagerström y Test de Richmond.
- 4- **Trastornos mentales no psicóticos:** prevalencia de depresión, ansiedad o síntomas somáticos.
- 5- **Auto-percepción del estado de salud:** evaluada con una escala decreciente de cinco puntos: si lo consideran como excelente, buena, regular, mala o muy mala.

Instrumentos de recolección de datos:

Los datos fueron obtenidos de fuente primaria. Como instrumento de detección de VG se utilizó un instrumento elaborado por la Federación Internacional de Planificación Familiar

(IPPF) para países de habla hispana, cuya validación local se llevó a cabo en el PMIG ¹⁶. Dicho instrumento evalúa cuatro dominios de la VG: violencia o maltrato emocional (VE), físico (VF), abuso sexual (AS) y abuso sexual en la infancia (ASI). Consta de cuatro preguntas, una para cada dominio, también permite identificar el período de la vida en el cual ocurre u ocurrió y la identidad del perpetrador. Además, incluye una quinta pregunta acerca de la percepción de la seguridad en el hogar (PSH) en la actualidad. Su confiabilidad se evaluó mediante la reproducibilidad (κ : 0,63 a 1), su estabilidad, (κ : 0,62 a 1) y su coherencia interna (coeficiente de correlación alfa: 0,75 entre violencia física y psíquica). Su validez, debido a que no existe un gold standard, se evaluó a través de la comparación de la prevalencia detectada con trabajos previos país. ¹⁶

La prevalencia de trastornos mentales no psicóticos se evaluó a través un instrumento desarrollado por la OMS para su aplicación en el ámbito de la atención primaria. Fue validado en más de veinte idiomas, incluyendo español.¹⁷ Se trata del cuestionario SRQ-20 (Self Reporting Questionnaire). Es un instrumento muy simple, para un nivel de quinto grado, con veinte preguntas con respuesta sí/no acerca de síntomas somáticos, ansiedad y depresión. Cada pregunta se valora con 0 ó 1. Una puntuación de 1 indica que el síntoma estaba presente durante el mes pasado y una puntuación de 0 indica que el síntoma está ausente. La puntuación máxima es 20 y el punto de corte más utilizado es la 7 e indica caso probable de caso de depresión, desorden de ansiedad o somatización. ¹⁷

La autopercepción del estado de salud se evaluó con una escala decreciente de cinco puntos según si lo consideraban como excelente, bueno, regular, malo o muy malo.

También se obtuvieron datos demográficos como la edad, situación de pareja, años de educación y situación de empleo y datos relacionados con la conducta adictiva al tabaco: como número de cigarrillos/día, edad de inicio, edad de dependencia, número de intentos de abandono y los resultados de los tests de Fagerström y de Richmond.

Plan de análisis de resultados:

Se realizó inicialmente un análisis exploratorio de los datos. En la descripción de los datos obtenidos de variables categóricas se utilizaron porcentajes y sus respectivos intervalos de

confianza. En la descripción de los datos obtenidos de variables numéricas se utilizarán la media y desvío standard, si son de distribución gaussiana, o mediana e intervalos intercuartiles para distribuciones no gaussianas.

La asociación entre variables categóricas fue evaluada con el test de chi cuadrado y con el test de Student o test no paramétricos para las numéricas. La significancia estadística: $p = < 0,05$.

Se llevó a cabo un análisis regresión logística multivariada, para describir las asociaciones entre VG y las variables demográficas, las asociadas al consumo de tabaco, la autopercepción del estado de salud y el resultado del test SRQ-20. Para ello se dicotomizaron todas las variables que obtuvieron un nivel de significación estadística $> 0,25$ obtenidas en el análisis: SRQ-20 fue categorizado como bajo (scores de 0 a 7) y alto (scores >7); la autopercepción del estado de salud se agrupó en dos categorías: buena-muy buena y otra para regular-mala-muy mala y test de Fagerström mayor o menor a 4.

Además se incorporaron otras variables demográficas reconocidas en la bibliografía como de riesgo para VG como la edad, situación de pareja y de empleo, hijos y años de educación formal. La edad se dicotomizó en $>18-35$ años y $36-70$ años; años de educación formal en una primer categoría con $0-7$ y una segunda con >8 años de estudio; la situación de pareja en con y sin pareja y la situación de empleo se agrupó en una categoría al empleo formal-desocupada-jubilada-ama de casa-estudiante y en una segunda categoría al empleo informal.

Se reportaron Odds Ratio (OR) ajustados y no ajustados con sus respectivos intervalos de confianza. Para dicho análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 17.

Consideraciones éticas:

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital de Clínicas "José de San Martín", UBA. Todas las participantes otorgaron un consentimiento informado.

Todo el equipo de investigación participante recibió entrenamiento e información adicional especialmente relacionada con los recursos comunitarios actuales con los que se cuenta para la posible derivación de casos de VG. A todas las mujeres entrevistadas se les ofrecieron un folleto con información acerca de los recursos sociales, legales, médicos y psicológicos disponibles e información de contacto.

A todas aquellas entrevistadas que refirieron VG actual o pasada se ofreció ayuda especializada. También se les ofreció derivación al Servicio de Salud Mental a todas a aquellas cuyo resultado en el score del test SRQ-20 sea igual o mayor a 8 puntos.

Resultados:

Se encuestaron en total 194 mujeres asistidas en el Consultorio de Cesación Tabáquica durante su primera o segunda consulta, todas las seleccionadas accedieron a responder la encuesta y brindaron su consentimiento escrito.

La mediana de la edad de las encuestadas fue de 54 años (RIQ 46-60). El 53,6% (IC 95% \pm 7,02%) no tenía pareja en el momento de la encuesta y 37,1 % (IC 95% \pm 6.79 %) tenía pareja conviviente. La mayoría, 73,7% (IC 95% \pm 6.25) tenía hijos. La mediana de educación formal de 12 años (RIQ 12-16). El 42,8% (IC 95% \pm 6.95) de la muestra contaba con un empleo formal y 22,2% (IC 95% \pm 5.83) con un empleo de carácter informal. (Tabla 1)

No se hallaron diferencias significativas con respecto a la edad ni a los años de educación formal entre los grupos de mujeres que reportaron o no VBG. (Test Mann-Whitney = 3953 p = 0,775 y Test Mann-Whitney = 3715 p = 0,340). Tampoco se halló diferencias entre las variables categóricas como situación de pareja ($\chi^2 = 5,43$, p = 0, 66), situación de empleo ($\chi^2 = 10,85$, p= 0, 054), ni en cuanto a la maternidad ($\chi^2 = 0,115$, p = 0, 735).

Ciento treinta tres (68,6% IC 95% \pm 6.56) de las mujeres contestaron afirmativamente haber sido o ser víctima de alguno de los cuatro tipos de VG evaluada. Las situaciones de violencia más frecuentemente referidas fueron las asociadas a algún tipo de VE (n=119, 89,3%, IC 95% \pm 5,22), luego las asociadas a VF (n= 64, 48,1%, IC 95% \pm 8,49). El

antecedente de ASI fue afirmativo en 51 (38,3%, IC 95% \pm 8,25) y el AS en otras etapas de la vida en 22 (16,5%, IC 95% \pm 6,31). (Tabla 2)

De las 133 mujeres que reportaron algún tipo de violencia 20 (15,1%, IC 95% \pm 6,08) refirieron ser víctimas de violencia en el momento de la encuesta. (Tabla 2)

Si bien 133 (68,6%) de la muestra reportó algún tipo de VG, la mayoría contestó positivamente a dos formas de violencia: 53 (27,3%, IC 95% \pm 6,27). En total se obtuvieron 256 reportes positivos sobre algún tipo de VBG de 133 pacientes. (Tabla 3) Las combinaciones de los diferentes tipos de VBG más reportadas fueron: VF asociada a VE: 12,37% y VE asociada a ASI en 10, 31%. (Tabla 3 Gráfico 1)

El tipo más frecuente de VG reportada fue la VE: 119 mujeres (61,3%). Los perpetradores de este tipo de violencia mencionados en primer lugar, en orden de frecuencia, fueron: las ex parejas (20,10%), la pareja actual (17,53%) y el padre (10,82%) (Gráfico 2) Los perpetradores referidos en segundo lugar fueron las ex parejas, 1,55%. Las etapas de la vida con más frecuentes reportes fueron a la adolescencia y la adultez. (Tabla 4)

La VF fue el segundo tipo de violencia más reportada: 64 (33%). Los perpetradores mencionados en primer lugar fueron las ex parejas, 13,40% y las parejas actuales, 7,73%. (Gráfico 3) Las etapas de la vida con máxima frecuencia fueron la juventud y la adultez. (Tabla 5)

El abuso sexual en la infancia (ASI) fue positivo en 51 (26,3%) de las mujeres encuestadas. Los perpetradores más mencionados fueron vecinos/amigos de la familia (8,25%), otros familiares lejanos/compañeros/desconocidos (6,19%) y tíos/abuelos (5,16%). (Gráfico 4)

El AS fue afirmativo en 32 (16,5%) mujeres. Los primeros perpetradores fueron las ex parejas 7,73% y luego otros perpetradores (familiares lejanos, docentes y vecinos), 4,64%. (Gráfico 5) Los períodos de la vida más reportados fueron la adultez y la juventud. (Tabla 6)

En la última de las preguntas del instrumento de la IPPF se interroga acerca de la percepción de seguridad actual en el hogar: “*Hoy, en su casa, ¿piensa usted que podría sufrir*

alguna de las situaciones nombradas?” A dicha pregunta 180 mujeres (92,8%) contestaron negativamente. (Gráfico 6)

Con respecto a las variables asociadas al consumo de tabaco, la mediana de edad de comienzo fue de 16 años (RIQ 14-18), de la edad de dependencia fue de 18 (RIQ (16-20), de consumo de 20 (RIQ 17-30) cigarrillos/día y la mediana del test de motivación (Richmond) fue de 7 (RIQ 6-8) que significa una motivación alta. Para las variables años de consumo y N° de intentos previos de cesación se obtuvieron medianas de 36 (RIQ 26-41) y de 2 (RIQ 1-3) respectivamente. No se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos entre las variables mencionadas. Sin embargo para el score del test de Fagerström, que tuvo una mediana de 5, se halló una diferencia significativa con mayores puntajes de dependencia física entre el grupo de mujeres con VG (Test de Mann-Whitney = 3267,500 p= 0,000 (Tabla 7)

Globalmente, más del 45% de las encuestadas contestó que su percepción del estado de salud era buena y más del 30% regular. Para explorar la diferencia entre ambos grupos se colapsaron las opciones de respuesta en dos: la primera agrupando las respuestas muy mala, mala y regular y la segunda agrupando muy buena y buena. Se encontró diferencias estadísticamente significativas, ya que el grupo con VG presente o pasada reportó significativamente percibirse en el primer grupo. (χ^2 Pearson = 7,252 p=0,07) (Tabla 8-Gráfico 7)

El resultado general del test SRQ-20 fue de una media de 6,81 (DS \pm 4,54), otra vez con diferencias en el grupo con VG con scores significativamente mayores al otro grupo (Test de Student 6,222 p= 0,000) (Tabla 9)

En el análisis univariado se obtuvieron OR significativos para el resultado del test SRQ-20, la autopercepción del estado de salud, el resultado del test de dependencia física o test de Fagerström, y la situación de empleo (dicotomizada según se mencionó en Método) Cuando se introdujeron dichas variables en el modelo de regresión logística las mujeres fumadoras con reporte $>$ a 7 en el test de SRQ-20 tuvieron un OR 3,6, (IC95% 1,7-7,5) y aquellas con situación de empleo inestable un OR 2,5 (IC 95% 1,1-7,7) de reportar positivamente VG con valores ajustados. (Tabla 10)

Discusión:

Los hallazgos más relevantes de este estudio de corte transversal son la elevada prevalencia de vida de VG y su asociación positiva con trastornos mentales no psicóticos. Dichos hallazgos son similares a los descriptos en la bibliografía internacional. Sin embargo, dadas las características especiales de la muestra, como años de educación, alto porcentaje de empleo formal, etc., no es posible generalizar los resultados hacia todas las mujeres fumadoras atendidas en un consultorio de cesación tabáquica. Tampoco lo permite las características de nuestro centro de atención, situado en la ciudad de Buenos Aires. Para ello, sería necesario la replicación de estudio en otros ámbitos de atención y en otras localidades.

Relevancia para políticas e intervenciones sanitarias

Argentina carece actualmente tanto de datos poblacionales como de datos provenientes del nivel de atención primaria acerca de la prevalencia de VBG. El presente estudio ha hallado que la utilización del instrumento de la IPPF es de sencilla y rápida aplicación y de gran aceptabilidad por parte de las mujeres encuestadas. Este es, actualmente, el único instrumento validado en nuestro país. Este estudio podría ser relevante como precedente de su aplicabilidad. Es sumamente necesario contar con datos poblacionales locales que guíen en la confección de políticas e intervenciones sanitarias efectivas, dado los efectos deletéreos a corto y a largo plazo que produce la VG en la vida de las víctimas tanto en su salud física, mental y sexual

Inversamente a lo que ocurre con la VG, existen datos poblacionales acerca de la prevalencia de tabaquismo nacional, locales e inclusive en poblaciones especiales. Sin embargo, y a pesar de la existencia de muchos servicios dedicados al tratamiento de la adicción al tabaco, existen pocos datos publicados acerca de esta especial sub-población de fumadores como lo son los fumadores preparados para el cambio.

Es necesario contar con referencias locales fundamentales como datos demográficos, datos relacionados con el consumo de tabaco (como los relevados en este estudio) prevalencias de trastornos mentales psicóticos y no psicóticos, co-dependencias, comorbilidades, etc, que nos ayuden tanto a reconocer aquellos factores predictivos positivos y negativos del tratamiento como a su óptimo manejo durante la deshabituación tabáquica.

Relevancia para la formación de recursos humanos en salud

Este resultado local, similar a lo que muestra la literatura internacional permitiría ayudar en incorporar una perspectiva de género en el tratamiento de la adicción al tabaco. La difusión de los resultados de este estudio podrían ser efectivamente transmitidos en diferentes ámbitos: desde sociedades científicas y congresos locales e internacionales dedicados a la problemática del tabaquismo, sociedades de Medicina Interna, Familiar o General, asociaciones dedicadas a la problemática de género y demás instituciones académicas.

Relevancia para la investigación en salud

El creciente fenómeno del tabaquismo femenino en nuestro país hace necesario que se confeccione un cuerpo de evidencia sólido diseñado para prevenir y disminuir la prevalencia de dicha adicción. Si bien existen un conjunto de medidas poblacionales de eficacia comprobada a nivel internacional, como lo son el aumento de precio de los cigarrillos, la creación de ambientes libres de humo, entre otros, la implementación de las mismas está fuera del alcance de los investigadores en salud.

No obstante, es importante definir que medidas con orientación de género serían de utilidad en la prevención y control del tabaquismo femenino, tanto a nivel poblacional como en el asistencial. Como hacíamos referencia en la introducción, nuestro propósito general es el de desarrollar un programa de intervenciones en cesación de tabaco que incluya una perspectiva de género, siguiendo modelos de cambio de conducta que fueron desarrollados en otras partes del mundo con éxito. Pero para el desarrollo de un modelo exitoso es necesario incluir en él variables locales que mejoren nuestras intervenciones en cesación. Para ello, es necesario aumentar nuestro conocimiento acerca de los determinantes del uso y abstinencia entre las mujeres de Argentina.

Los resultados obtenidos en el presente estudio podrían guiar en su replicación en diferentes centros de cesación tabáquica de diferente complejidad y localización dada la diversidad cultural presente en nuestro país.

Referencias Bibliográficas:

- 1- Min. de Salud de la Nación. 2º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. 2009. Bs As, Argentina. http://www.msal.gov.ar/ent/PDF/resumen_ejecutivo_ENFR.pdf
- 2- Lopez A. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 1994; 3: 242. <http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/reprint/3/3/242.pdf>
- 3- Martínez E. Smoking behavior and demographic risk factors in Argentina: A population based survey. *Prevention and Control*. 2006. (2), 187-197. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1573208807000372>
- 4- Min. de Salud de la Nación. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes. http://www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/pdf/encuesta-tabaco-2008.pdf
- 5- World Health Organization. IDRC. Gender and Tobacco Control. 2007 http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/policy_brief.pdf
- 6- Cohen S. Perceived stress, quitting smoking, and smoking relapse. *Health Psychol* 1990; 9: 466-478. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=6%09Cohen%20S.%20Perceived%20stress%2C%20quitting%20smoking%2C%20and%20smoking%20relapse.%20Health%20Psychol%201990%3B%209%3A%20466-478.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=6%09Cohen%20S.%20Perceived%20stress%2C%20quitting%20smoking%2C%20and%20smoking%20relapse.%20Health%20Psychol%201990%3B%209%3A%20466-478)

- 7- Samet JM. (2001). Women and the tobacco epidemic: challenges for the 21st century. Geneva, World Health Organization.
<http://www.who.int/tobacco/media/en/WomenMonograph.pdf>
- 8- Leventhal AM. Gender Differences in Acute Tobacco Withdrawal: Effects on Subjective, Cognitive, and Physiological Measures. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2007 15(1): 21-36.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2650806/>
- 9- Scharf D. Are there gender differences in smoking cessation, with and without bupropion? Pooled and meta-analyses of clinical trials of Bupropion SR. *Addiction*. 2004; 99: 1462-1469 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15500599>
- 10-Perkins K. Sex differences in long-term smoking cessation rates due to nicotine patch. *Nicotine & Tobacco Research*. 2008;10:7,1245-1250
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=18629735%5Buid%5D>
- 11-UN. Declaration on the Elimination of Violence against Women.
<http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>
- 12-Pontecorvo C. Detection of domestic violence against women. *Medicina* 2004; 64:492-495
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=15637825%5Buid%5D>
- 13-Campbell J. Health consequences of Intimate Partner Violence. *Lancet* 2002; 359: 1331-36. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11965295>
- 14- Romito P. The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health, *Soc Sci Med*. 2005;60:1717-1727.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=14>
- 15- Vest, J. R. Multistate analysis of factors associated with intimate partner violence. *Am J Prev Med* 2002; 22(3), 156-164.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=11897459%5Buid%5D>
- 16-Majdalani P. Validación de un cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en la consulta clínica. *Rev Pan Salud Pública*. 2005 Feb; 17(2):79-83.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15826384>
- 17- WHO. A user's guide to self-reporting questionnaire (SRQ) Geneva. World Health Organization. 1994. http://whqlibdoc.who.int/HQ/1994/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf
- 18-Tjaden P. 2000 Prevalence and consequences of male-to-female and female-to-male intimate partner violence as measured by the National Violence Against Women Survey. *Violence Against Women*, 6, 142-161
<http://vaw.sagepub.com/content/6/2/142.abstract>
- 19- McCloskey KA. Adult perpetrator gender asymmetries in child sexual assault victim selection: results from the 2000 National Incident-Based Report System 2005 *J Sex Child Abuse* 2005; 14 (4):1-24.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16354646>

19-Feder G. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. Health Technol Assess 2009; 13: iii-xiii, 1.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=19272272%5Buid%5D>

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS		VIOLENCIA DE GÉNERO PASADA Ó PRESENTE		
		POSITIVA n = 133	NEGATIVA n = 61	TOTAL n = 194
MEDIANA EDAD EN AÑOS (RIQ)		54 (46-60)	56 (44-60)	54 (46-60)
SITUACIÓN DE PAREJA, n (%)				
	PAREJA CONVIVIENTE	44 (33,1)	28 (45,9)	72 (37,1)
	PAREJA NO CONVIVIENTE	16 (12,0)	2 (3,3)	18 (9,3)
	SIN PAREJA	73 (54,9)	31(50,8)	104 (53,6)
HIJOS, n (%)				
	SI	99 (74,4)	44 (72,1)	143 (73,7)
	NO	34 (25,6)	17 (27,9)	51 (26,3)
MEDIANA AÑOS EDUCACIÓN (RIQ)		12 (12-15)	13 (12-18)	12 (12-16)
SITUACIÓN DE EMPLEO, n (%)				
	EMPLEO FORMAL	50 (37,6)	33 (54,1)	83 (42,8)
	EMPLEO INFORMAL	37 (27,8)	6 (9,8)	43 (22,2)
	DESOCUPADA	11 (8,3)	5 (8,2)	16 (8,2)
	JUBILADA	19 (14,3)	7 (11,5)	26 (13,4)
	AMA DE CASA	15 (11,3)	8 (13,1)	23 (24,4)
	ESTUDIANTE	1 (0,8)	2 (3,3)	3 (4,1)

Abreviaturas: RIQ: Rango Interquartil

TABLA 2 PREVALENCIA DE DISTINTOS TIPOS VIOLENCIA DE GÉNERO

	PREVALENCIA DE VIDA VG n = 133 (68,6%)	VG ACTUAL n = 20 (15,1%)
VIOLENCIA EMOCIONAL	119 (89,5)	17 (12,8)
VIOLENCIA FÍSICA	64 (48,1)	2 (1,5)
ABUSO SEXUAL	22 (16,5)	1 (0,8)
ABUSO SEXUAL INFANCIA	51 (38,3)	0 (0)

TABLA 3. CANTIDAD DE REPORTE POSITIVOS DE VBG POR PACIENTE ENCUESTADA

REPOTES	
POSITIVOS DE VBG *	n= 194 (%)
0	61 (31,4)
1	44 (22,7)
2	53 (27,3)
3	28 (14,4)
4	8 (4,1)
TOTAL	194 (100)

Gráfico 1

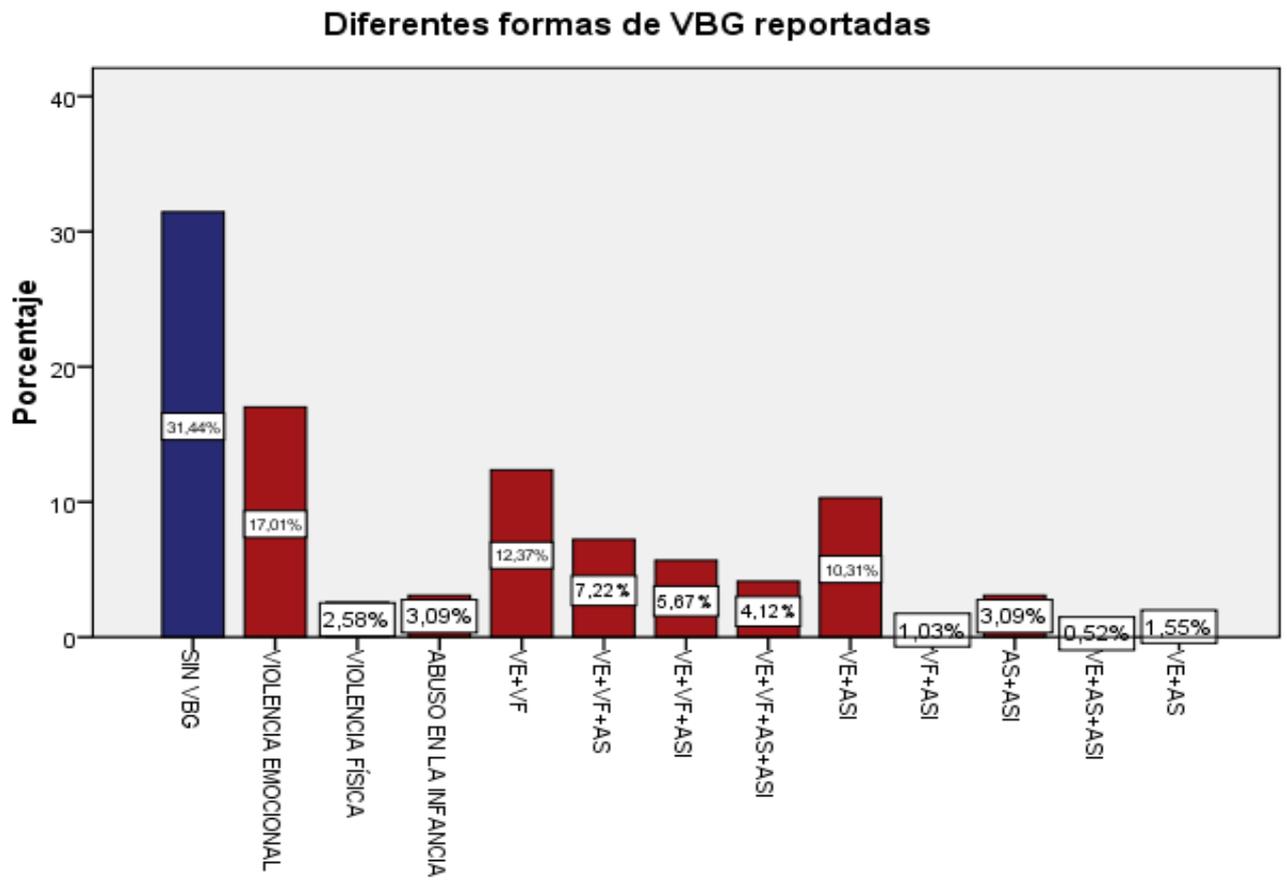


Gráfico 2

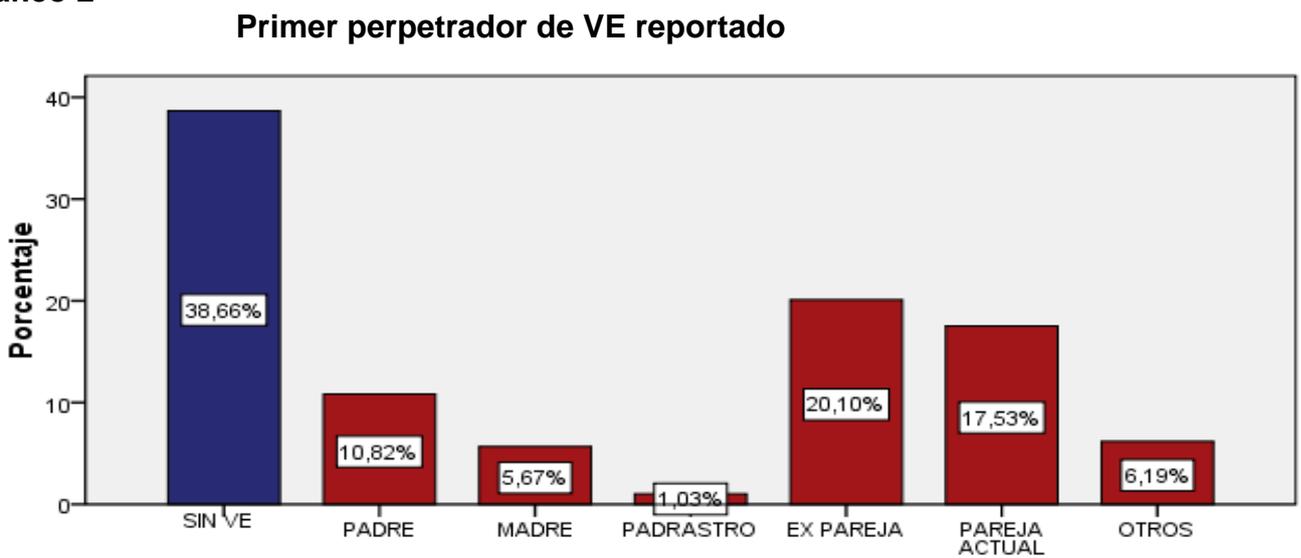


Tabla 4 Etapas de la vida con reporte positivo de VE

ETAPA DE LA VIDA	VE PRESENTE O PASADA * n = 212 (%)
NIÑEZ	53 (27,3)
ADOLESCENCIA	75 (38,7)
JUVENTUD	0 (0)
ADULTEZ	75 (38,7)
> 65 AÑOS	0 (0)
EMBARAZO Y POSTPARTO	9 (4,6)
TOTAL	212 (100)

*119 encuestadas reportaron VE en 212 etapas de la vida

Gráfico 3 Primer perpetrador de VF reportado

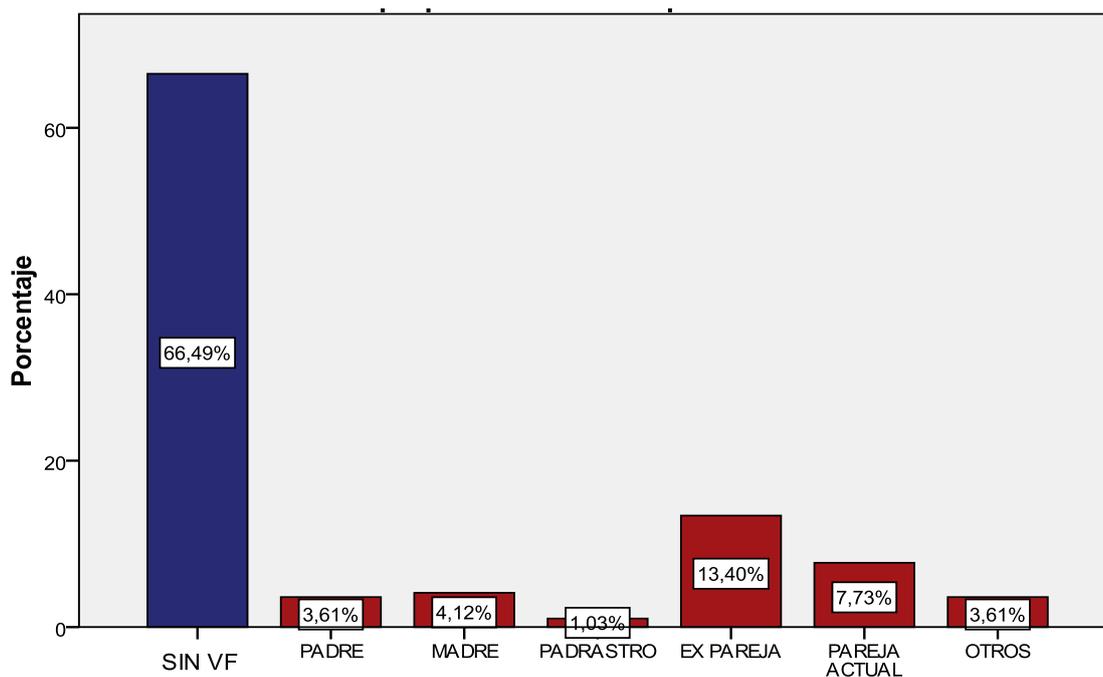


Tabla 5 Etapas de la vida con reporte positivo de VF

ETAPA DE LA VIDA	VF PRESENTE O PASADA *
	n = 104 (%)
NIÑEZ	20 (19,23)
ADOLESCENCIA	20 (19,23)
JUVENTUD	32 (30,70)
ADULTEZ	30 (28,84)
> 65 AÑOS	0 (0)
EMBARAZO Y POSTPARTO	2 (1,92)
TOTAL	104 (100)

* 64 encuestadas reportaron VF en 104 etapas de la vida

Gráfico 4 Primer perpetrador de ASI reportado

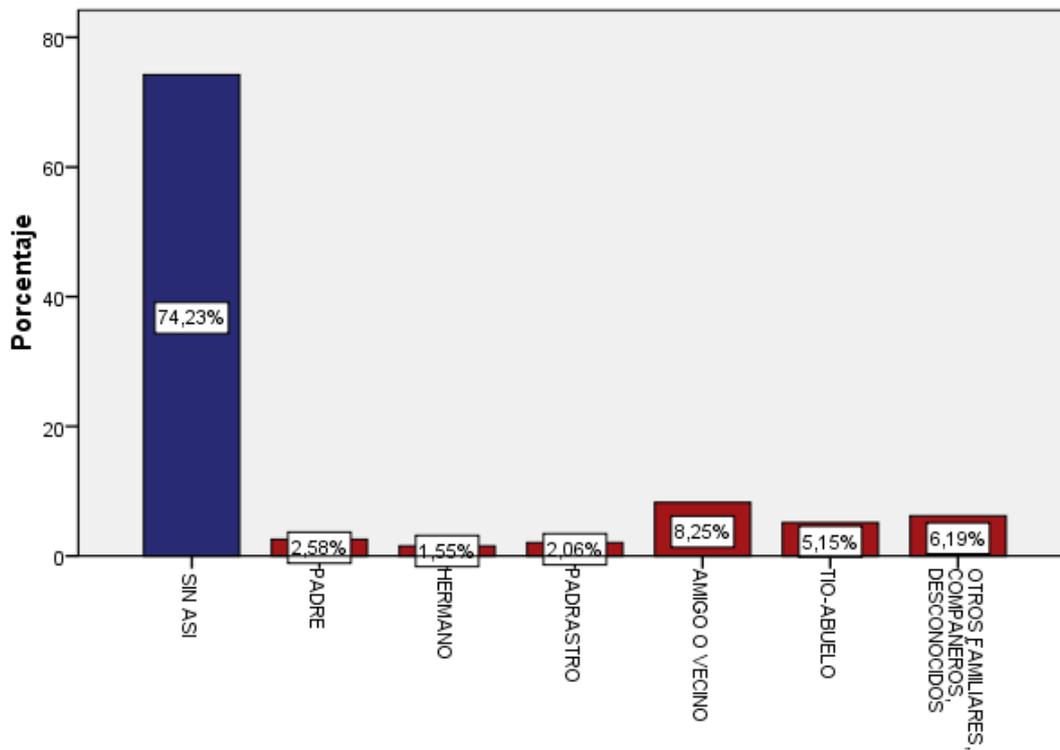


Gráfico 5 Primer perpetrador de AS reportado

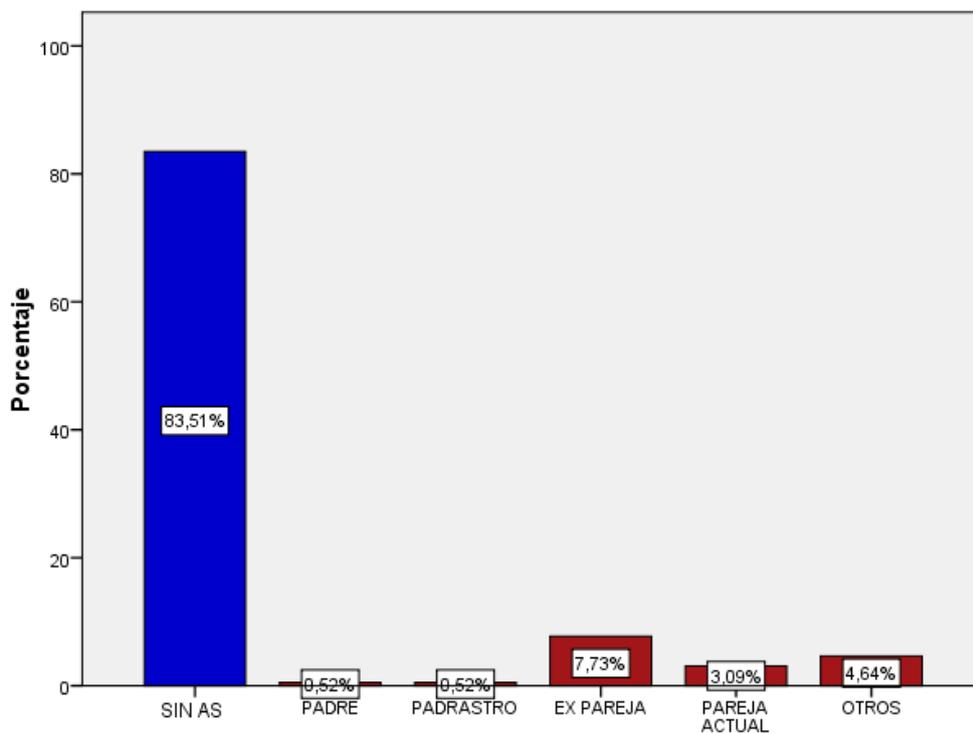


Tabla 6 Etapas de la vida con reporte positivo de AS

ETAPA DE LA VIDA	AS PRESENTE O PASADO * n = 46 (%)
ADOLESCENCIA	7 (15,21)
JUVENTUD	17 (36,95)
ADULTEZ	20 (43,47)
> 65 AÑOS	0 (0)
EMBARAZO Y POSTPARTO	2 (4,34)
TOTAL	46 (100)

* 32 encuestadas reportaron AS en 46 etapas de la vida

Gráfico 6 Percepción de seguridad actual en el hogar

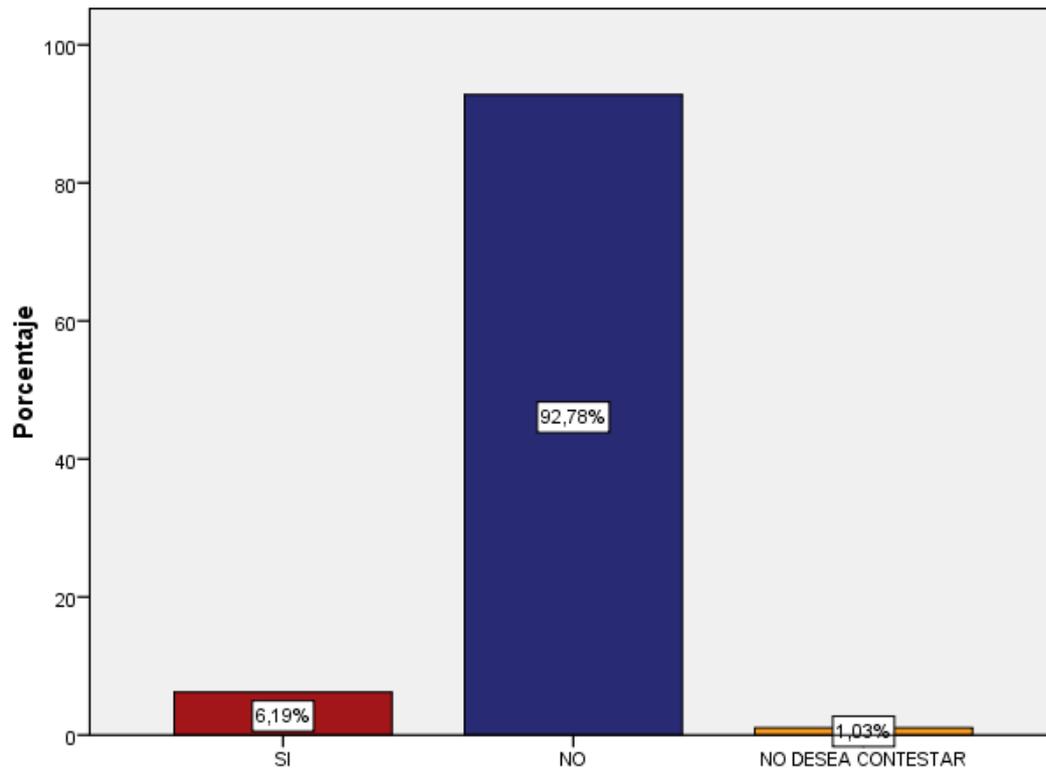


TABLA 7 VARIABLES ASOCIADAS AL CONSUMO DE TABACO

VARIABLES ASOCIADAS AL CONSUMO DE TABACO	VBG PRESENTE O PASADA			p=
	Si	No	Total	
Mediana edad de comienzo (RIQ)	16 (14-18)	17 (15-18)	16 (14-18)	0,293 *
Mediana edad de dependencia (RIQ)	18 (15-21)	18 (17-20)	18 (16-20)	0,198 †
Mediana años de consumo (RIQ)	36 (27-40)	36 (24-41)	36 (26-41)	0,948 ‡
Mediana N ^a cigarrillos/día (RIQ)	20 (20-30)	20 (15-20)	20 (17-30)	0,083 §
Mediana N ^a intentos previos (RIQ)	2 (1-4)	2 (1-3)	2 (1-3)	0,190
Mediana Score test de Fagerström (RIQ)	5 (4-7)	4 (2-6)	5 (3-7)	0,029 ¶
Mediana Score test de Richmond (RIQ)	7 (2-8)	8 (7-8)	7 (6-8)	0,178 **

Abreviaturas: RIQ: Rango Intercuartil

* Mann-Whitney = 3676,500

† Mann-Whitney = 3591,500

‡ Mann-Whitney = 4033,000

§ Mann-Whitney = 3449,000

|| Mann-Whitney = 3587,500

¶ Mann-Whitney = 3267,500

** Mann-Whitney = 3576,500

TABLA 8 AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

AUTOPERCEPCION ESTADO DE SALUD	VBG PRESENTE O PASADA			P=
	SI (%)	NO (%)	Total (%)	
REGULAR - MALA - MUY MALA	69 (35,6)	19 (9,8)	88 (45,4)	0,007 *
BUENA - MUY BUENA	64 (33)	42 (21,6)	102 (54,6)	
TOTAL	133 (68,6)	61 (31,4)	194 (100)	

TABLA 9 RESULTADO DEL TEST SRQ20

RESULTADO TEST SRQ20	VG PASADA O PRESENTE			P=
	SI	NO	TOTAL	
MEDIA SCORE (DS)	8,07 (4,4)	4,07 (3,4)	6,81 (4,54)	0,000*

Abreviaturas: DS: Desvío Standard

* Test de Student = 6,222

TABLA 10 Modelo de regresión logística para la asociación entre variables demográficas, variables asociadas al consumo de tabaco, autopercepción del estado de salud, test SRQ-20 y Violencia de Género.

VARIABLE INDEPENDIENTE	OR No ajustados	IC 95%		OR ajustados
TEST SRQ20	4,10 *	2,03	8,27	3,67* 1,79 7,51
AUTOPERCEPCIÓN	2,38 *	1,25	4,51	
FAGERSTRÖM	0,49 *	0,26	0,91	1,84 0,93 3,65
SITUACION DE PAREJA	0,84	0,46	1,55	
EDAD	0,64	0,30	1,38	
HIJOS	1,12	0,56	2,22	
EDUCACIÓN	0,92	0,33	2,54	
SITUACION DE EMPLEO	0,28 *	0,11	0,71	2,99* 1,15 7,79

Abreviaturas: OR: Odds Ratio; IC95%: Intervalo de confianza 95%

* $p < 0,05$

Test de Hosmer-Lemeshow: chi cuadrado: 3,833 $p=0,429$

Todas las variables fueron introducidas al modelo simultáneamente.