

ARTÍCULOS ORIGINALES

REVISTA ARGENTINA DE SALUD PÚBLICA

FECHA DE RECEPCIÓN: 2 de agosto de 2021

FECHA DE ACEPTACIÓN: 5 de noviembre
de 2021

FECHA DE PUBLICACIÓN: 29 de diciembre
de 2021

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Sociedad
Americana del Cáncer, Instituto Nacional del
Cáncer, The University of Texas MD Anderson
Sister Institute Network Fund Award y The
Hope Foundation Impact Award.

***AUTOR DE CORRESPONDENCIA:**

vcorrea@central.uh.edu

Registro Nacional de Investigaciones en
Salud N°: IS003323

UTILIZACIÓN DE PRÁCTICAS CLÍNICAS PARA PROMOVER LA CESACIÓN TABÁQUICA EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH EN ARGENTINA

Use of smoking cessation clinical practices among persons living with HIV in Argentina

*Virmarie Correa-Fernández¹. PhD, Dra. en Psicología Clínica.

Raúl Mejía^{2,3}. Médico. Dr. de la Universidad de Buenos Aires, Área Humanidades Médicas.

Adriana Pérez². MS, Mag. en Bioestadística.

Danielle Llana². MA, Mag. en Psicología.

Noelia Cabrera². MS, Lic. en Sociología.

Vanesa Fridman³. MD, Dra. en Medicina, Infectología.

Irene Tamí-Maury⁴. Odontóloga, MSc. en Medicina Bucal, DrPH en Salud Pública.

¹ University of Houston, Estados Unidos.

² Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Argentina.

³ Universidad de Buenos Aires, Argentina.

⁴ The University of Texas Health Science Center at Houston, Estados Unidos.

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: El consumo de tabaco en las personas que viven con VIH (PWV) en Argentina está entre un 40 y un 60%. El consumo de tabaco se relaciona con la aparición de cáncer en la población general y con una disminución de la respuesta al tratamiento antirretroviral en las PWV. Los médicos que atienden a las PWV pueden tener un papel fundamental en ayudar a sus pacientes a dejar de fumar. Este estudio examinó los factores relacionados con la utilización de las prácticas clínicas de cesación tabáquica en una muestra de médicos infectólogos que atienden a PWV en Argentina. MÉTODOS: Se administró una encuesta en línea a miembros de la Sociedad Argentina de Infectología, quienes referían atender a PWV. Se realizaron análisis descriptivos y modelos lineales generalizados. RESULTADOS: Participaron 138 profesionales (20,4% de los convocados). La implementación de métodos para la cesación tabáquica por los infectólogos fue significativamente mayor en aquellos profesionales que habían recibido educación al respecto (RP: 1,22; IC 95%: 1,10-1,35), y disminuía significativamente en quienes no habían recibido entrenamiento formal (RP: 0,64; IC 95%: 0,44-0,94). DISCUSIÓN: Hay necesidad de incorporar el entrenamiento en cesación tabáquica en la capacitación profesional de médicos que atienden a PWV para aumentar sus destrezas en estas prácticas clínicas y disminuir el consumo de tabaco en esta población.

PALABRAS CLAVE: Seropositividad para VIH; Cese del Uso de Tabaco; Capacitación Profesional

ABSTRACT. INTRODUCTION: In Argentina, the prevalence of smoking among persons living with HIV (PLWH) range between 40 and 60%. Tobacco smoking is related to cancer in the general population and to a reduced antiretroviral treatment response in PLWH. HIV care providers can have an important role in helping patients to quit smoking. This study examined factors related with the use of tobacco cessation clinical practices in a sample of infectious disease (ID) specialists serving PLWH in Argentina. METHODS: An online survey was administered to members of the Argentine Society of Infectious Diseases who served PLWH. Descriptive analyses and generalized linear models were conducted. RESULTS: A total of 138 professionals participated (20.4% of those invited). The implementation of smoking cessation interventions was significantly higher in ID specialists who had received tobacco-related education (OR: 1.22; 95% CI: 1.10-1.35) than in those without formal training on smoking cessation (OR: 0.64; 95% CI: 0.44-0.94). DISCUSSION: There is a need to integrate smoking cessation training in the professional training of medical providers serving PLWH to strengthen their skills in these clinical practices and ultimately decrease tobacco consumption in this population.

KEY WORDS: HIV seropositivity; Tobacco use cessation; Professional training

INTRODUCCIÓN

La exposición al tabaco, un factor de riesgo prevenible para muchas enfermedades, se relaciona con 7 millones de muertes por año a nivel global^{1,2}. El consumo de cigarrillos aumenta el riesgo de varios tipos de cáncer, enfermedad cerebrovascular, enfermedad coronaria y enfermedad pulmonar crónica, entre otras patologías^{3,4}, y se asocia a muerte prematura^{3,5,6}. Argentina, un país de ingreso mediano en América Latina, continúa presentando una alta prevalencia de personas fumadoras: el 22,2% de los adultos fuma (26,1% de los hombres y 18,6% de las mujeres)⁷.

Las personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana o VIH (PVV) constituyen una población vulnerable con una alta tasa de consumo de tabaco. Entre las PVV en los Estados Unidos (EE.UU.), hay más del 40% de fumadores y un 20% de ex fumadores^{8,9}. Esta prevalencia es significativamente mayor que el 14% de la población general³. En cuanto a la infección por VIH en América Latina, si bien la tasa global ha ido declinando en la última década, 2,1 millones de individuos aún viven con VIH y la tasa de nuevas infecciones no ha disminuido¹⁰. En 2016 se estimaba que habían 120 000 PVV en Argentina; dentro de ese conjunto, el 27,7% de los hombres y el 16,2% de las mujeres eran fumadores activos^{11,12}. Según el último boletín del Ministerio de Salud de Argentina, publicado en diciembre de 2020, en el país hay 136 000 PVV¹³.

Estudios realizados en los EE.UU. y otros países industrializados demostraron que las PVV que fuman tienen un riesgo mayor de cáncer, infarto agudo de miocardio, enfermedad pulmonar y muerte prematura en comparación con las PVV que no lo hacen^{14,15}. Otro estudio efectuado en los EE.UU. reveló que las PVV que continúan fumando tienen 6,5 años menos de vida que aquellas que nunca fumaron. El mismo estudio mostró que las PVV que dejan de fumar cuando inician el tratamiento para la infección por VIH aumentan la expectativa de vida en un promedio de 5,7 años¹⁶. Estos hallazgos enfatizan la importancia de integrar las estrategias de cesación tabáquica a los modelos de atención y servicios de las PVV.

Los autores no encontraron documentación de estudios sobre la motivación para dejar de fumar en las PVV en Argentina. Sin embargo, de acuerdo con investigaciones llevadas a cabo en países industrializados, las PVV que son fumadoras activas tienen interés en la cesación¹⁷⁻²². Desafortunadamente, las tasas de éxito de aquellas PVV que intentan dejar de fumar no son alentadoras²³⁻²⁶. Entre las razones se cuentan la alta prevalencia de trastornos del ánimo como depresión²⁷, el abuso de sustancias adictivas diferentes a la nicotina, otras condiciones de riesgo²⁸ y la falta de asesoría profesional para la cesación tabáquica²⁹⁻³¹.

Las intervenciones de cesación basadas en la evidencia aumentan la probabilidad de éxito para dejar de fumar en la población de PVV³²⁻³⁴. Los proveedores de salud, específicamente los infectólogos, tienen un papel fundamental en su implementación³⁵⁻³⁹. En la *Guía de Práctica*

Clinica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco del Ministerio de Salud de Argentina⁴⁰ se recomienda que los profesionales utilicen intervenciones cortas como las "cinco Aes"³⁰ (por su denominación en inglés: *Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange*). Un estudio realizado a nivel nacional demostró que el hecho de recibir consejo médico sobre cesación tabáquica se relacionaba con una actitud positiva de los pacientes para dejar de fumar⁴¹. Sin embargo, otras investigaciones indican que solo una baja proporción de los médicos en Argentina proveen consejería sobre cesación tabáquica a sus pacientes^{36,39}.

Según el único estudio realizado en Argentina que evaluó las prácticas en cesación tabáquica de los infectólogos, era poco probable que estos profesionales ofrecieran a sus pacientes intervenciones basadas en evidencia, debido a la falta de entrenamiento y de tiempo en la consulta⁴². Ese estudio generó la incorporación de algunas recomendaciones en las guías locales. No obstante, dado que se trataba de una investigación retrospectiva, efectuada hace más de una década y a que se desconoce el impacto de las guías en la práctica clínica de los infectólogos, se realizó un nuevo estudio para actualizar los hallazgos. De tal manera, el objetivo primario de la presente investigación fue examinar los factores relacionados con la utilización de las prácticas clínicas de cesación tabáquica en una muestra de médicos infectólogos que atienden a PVV en Argentina.

MÉTODOS

Se envió una invitación por correo electrónico a todos los miembros de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) para que participaran del estudio. El diseño del estudio fue de corte transversal mediante una encuesta en línea. La mayoría de los socios de SADI (75%) trabajan en la ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires, mientras que el 25% restante lo hace en otras regiones de Argentina. Los participantes elegibles fueron médicos, mayores de 18 años de edad, y quienes refirieron atender a PVV al momento de contestar voluntariamente la encuesta. Se utilizó la plataforma SurveyMonkey™ para diseñar y distribuir la encuesta en línea, la cual permaneció disponible durante 11 semanas (entre octubre y diciembre de 2016) para ser completada. Se enviaron mensajes recordatorios por correo electrónico a los potenciales participantes que no habían completado la encuesta en una primera instancia. Los recordatorios se enviaron semanalmente; el último, en la semana 10. La encuesta era anónima, de participación voluntaria, autoadministrada, y podía completarse en aproximadamente 10 minutos. Los participantes no recibieron ningún tipo de compensación por completar la encuesta. En lo que respecta a las variables, la encuesta incluía 67 ítems, tomados o adaptados de *WHO/CDC Global Health Professional Student Survey*², encuestas a médicos implementadas en Argentina⁴³ y un proyecto dirigido a oncólogos en otros países de Latinoamérica⁴⁴. Los ítems en inglés fueron traducidos al español, y tres investigadores argentinos bilingües revisaron la traducción para garantizar

la certeza lingüística y cultural del contenido. Una prueba piloto de la encuesta fue realizada con la participación de 10 médicos del Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires.

Se incluyeron características demográficas de los encuestados (edad y género), nivel educacional máximo alcanzado (médico residente, post-residencia, especialista, doctorado), porcentaje de PVV atendidas, historia personal como fumador y conocimiento o uso de otros productos del tabaco. Estas variables se utilizaron para describir la muestra, y algunas de ellas se usaron como covariables.

La educación recibida con respecto a la cesación tabáquica (luego de obtener el título de médico) se midió a través de una pregunta, que requería al encuestado responder si había recibido información o capacitación formal en las siguientes seis áreas: (1) consecuencias para la salud relacionadas con el uso de tabaco; (2) importancia de documentar el consumo de tabaco en la historia clínica del paciente; (3) técnicas psicosociales y de conducta para la cesación tabáquica; (4) importancia de proporcionar apoyo a los pacientes interesados en dejar de fumar; (5) uso de la terapia de reemplazo de nicotina como herramienta para la cesación tabáquica; (6) uso de medicamentos para la cesación tabáquica, como bupropión o vareniclina. Las opciones de respuesta eran "Sí" (1), "No" (0) o "No recuerdo". Se calculó una puntuación combinada de 0-6 sobre la base de las respuestas obtenidas en estos seis ítems.

La autoeficacia percibida en proveer asistencia para la cesación tabáquica fue evaluada mediante la pregunta "¿Cómo calificaría usted su capacidad para ayudar a sus pacientes a abandonar el uso de tabaco?". Para las opciones de respuesta se utilizó una escala Likert, desde "Muy mala" (0) hasta "Muy buena" (4).

Se preguntó a los participantes sobre las barreras que dificultan la asistencia en cesación tabáquica y se los instó a calificarlas mediante una escala Likert, cuyas opciones fluctuaron desde "Totalmente de acuerdo" (1) a "Totalmente en desacuerdo" (4). Las barreras incluidas fueron: (1) duración limitada del tiempo de la consulta; (2) falta de entrenamiento formal en cesación tabáquica; (3) falta de retribución económica al proveedor; (4) falta de medicación aprobada para asistir a los esfuerzos de cesación tabáquica; (5) falta de centros de atención donde derivar a los pacientes interesados en la cesación tabáquica.

Las variables dependientes se basaron en las prácticas clínicas para promover la cesación tabáquica (modelo de las cinco Aes). Se solicitó a los participantes que reportaran con qué frecuencia realizaban diferentes intervenciones de conducta o farmacológicas para favorecer la cesación tabáquica, utilizando una escala de cinco puntos tipo Likert desde "Nunca" hasta "Siempre". Los encuestados reportaron sobre las siguientes seis prácticas: (1) preguntar rutinariamente a los pacientes sobre consumo de tabaco y documentar en la historia clínica (se requiere completar dos ítems); (2) aconsejar reducir o dejar el consumo de tabaco o proponer una fecha para el cese (tres ítems, se

requiere uno); (3) preguntar sobre consumo de cigarrillo electrónico o *hookah* (dos ítems, se requiere uno); (4) asistir a los pacientes en el proceso de cesación a través de terapias conductuales en forma individual o grupal (dos ítems, se requiere uno); (5) prescribir terapia de reemplazo de nicotina, bupropión o vareniclina (4 ítems, se requiere uno); (6) agendar una consulta o llamada de seguimiento (un ítem). Si la respuesta era "siempre" o "casi siempre", se le asignaba un valor de 1; de otro modo, se le asignaba 0. Finalmente, el número de prácticas realizadas por el infectólogo se computó en una escala de 0 a 6 para crear una variable sobre el total de prácticas utilizadas.

Todos los datos fueron analizados con Stata versión v13 (Stata Corp, College Station, TX). El análisis descriptivo incluyó la distribución de variables demográficas como género, edad, años de graduado de médico, uso de tabaco por el profesional de salud y número de PVV atendidas habitualmente en su consulta. El modelo lineal generalizado (GLM, por sus siglas en inglés) con una distribución binomial y la función de enlace log fueron estimados separadamente con regresión de cada una de las seis prácticas clínicas individuales [no (0) vs. sí (1)], así como el puntaje total, en cada variable independiente. Todos los modelos se ajustaron por género, edad, comportamiento autorreportado como fumador, educación postbásica, educación o entrenamiento relacionado con cesación tabáquica y barreras para proveer asesoramiento al respecto.

El Comité de Ética del Hospital de Clínicas José de San Martín de la Universidad de Buenos Aires aprobó el protocolo para el estudio. Los encuestados acordaron participar en el estudio mediante la selección de "Acepto" en el formato en línea luego de leer la sección de consentimiento. También se cumplió con la Ley de Protección de los Datos Personales de Argentina.

RESULTADOS

De los 682 especialistas en Infectología invitados a participar en el estudio, 139 (20,4%) completaron la encuesta. Uno de los especialistas señaló que no atendía a PVV, por lo cual fue excluido del análisis. Entre los 138 participantes incluidos, hubo un 60,8% de mujeres y una edad media de 47 años. La muestra tenía un promedio de 22 años de experiencia en atención de PVV. Los detalles sobre las características demográficas de los encuestados, así como su uso de tabaco, aparecen consignados en la Tabla 1.

Luego de recibirse de médicos, tres áreas en educación sobre tabaquismo fueron mencionadas más frecuentemente por los encuestados (ver Tabla 1). La mayoría de los participantes del estudio percibieron como regular o buena su eficacia para ayudar a los pacientes a dejar de fumar. Las dos barreras para las intervenciones en cesación tabáquica mencionadas más frecuentemente fueron falta de entrenamiento formal (77,5%) y falta de centros especializados en cesación tabáquica para derivar a los pacientes (78,3%). (ver Tabla 2)

TABLA 1. Características demográficas, uso de tabaco y educación sobre tabaquismo de los infectólogos que participaron en el estudio.

Variable		Participantes N = 138 N (%)
Género	Mujer	84 (60,9)
	Hombre	54 (39,1)
Edad en años (media $\pm$ desvío estándar)		47,3 $\pm$ 11
Media en años desde la graduación de la Facultad de Medicina		21,8 (3-47)
Educación posbásica completada*	Residencia en Infectología	
	Curso de posgrado en Infectología	130 (94,2)
	<i>Fellow</i> en Infectología	114 (82,6)
	Máster en Infectología	48 (34,8)
	Doctorado en Infectología	33 (23,9)
	Especialización en el exterior	8 (5,8)
Proporción de personas viviendo con VIH que el encuestado atiende en su consultorio		36 (26,1)
	1-24%	
	25-49%	31 (22,5)
	50-74%	36 (26,1)
	75-100%	24 (30,4)
Estado de fumador†		29 (21,0)
	Nunca fumó	
	Actualmente fuma	48 (34,7)
	Ex fumador	16 (11,6)
Uso de cigarrillo electrónico		74 (53,9)
Uso de pipa de agua (narguile, <i>hookah</i>)		4 (3,0)
Exposición a humo del tabaco en el trabajo (fumador pasivo)		4 (3,0)
Educación recibida en relación con el tabaco		22 (16,2)
	Consecuencias del uso de tabaco	
	Documentación del uso de tabaco en la historia clínica	127 (92,7)
	Técnicas psicosociales o conductuales	113 (84,9)
	Proveer apoyo a los pacientes interesados en abandonar el tabaquismo	22 (16,2)
	Uso de terapias de reemplazo de la nicotina	61 (44,8)
	Uso de bupropión o vareniclina	66 (48,2)
Exposición a tópicos relacionados con el tabaco a través de cursos o programas educativos; rango 0-6 (media $\pm$ DS)		65 (47,1) 3,3 $\pm$ 1,7
Eficacia autopercebida para proveer asesoramiento en cesación tabáquica		
	Mala o muy mala	24 (15,9)
	Regular	68 (49,3)
	Buena o muy buena	48 (34,8)

* Los porcentajes son mayores al 100% porque algunos participantes seleccionaron más de una opción; † Un participante no respondió esta pregunta.

La mayoría de los encuestados (86,2%) preguntaban a sus pacientes sobre el consumo de tabaco y dejaban constancia en la historia clínica. La mayoría de los especialistas que participaron en el estudio (91,3%) aconsejaban a sus pacientes fijar una fecha para dejar de fumar. Un porcentaje menor (76,8%) proveía material escrito o remitía a sus pacientes a una página web para colaborar con el cese tabáquico. Apenas el 10,1% de los encuestados preguntaba a sus pacientes sobre el uso de cigarrillo electrónico o *hookah*, y 16,7% prescribía medicación para la cesación tabáquica.

La Tabla 3 presenta los resultados de los 6 modelos de regresión logística, uno para cada práctica de cesación

tabáquica, así como el Modelo 7, que representa el número total de prácticas clínicas que el médico encuestado refiere utilizar. La tabla resume los hallazgos de los diferentes factores que predijeron la utilización de prácticas clínicas dirigidas a promover la cesación tabáquica en PVV por parte de los infectólogos participantes del estudio. Los resultados sugieren que los encuestados hombres preguntan menos a sus pacientes sobre tabaquismo y lo anotan menos en la historia clínica que las participantes mujeres (RPa: 0,16; IC 95%: 0,05-0,53). Sin embargo, los hombres encuestados asignan más citas de seguimiento para evaluar cesación tabáquica en comparación con las mujeres (RPa: 7,12; IC 95%: 1,29-39,16). Los encuestados de mayor edad

TABLA 2. Barreras percibidas y prácticas clínicas relacionadas con cesación tabáquica reportadas por infectólogos que atienden a personas viviendo con VIH.

Barreras percibidas para la provisión de cesación tabáquica	Muy de acuerdo / De acuerdo n (%)	Muy en desacuerdo / En desacuerdo n (%)
Falta de tiempo en la consulta	96 (69,6)	42 (30,4)
Falta de entrenamiento formal en cesación tabáquica	107 (77,5)	31 (22,5)
Falta de remuneración por la provisión de cesación tabáquica	83 (60,1)	55 (39,9)
Falta de medicamentos para la cesación tabáquica	106 (76,8)	32 (23,2)
Falta de centros especializados en cesación tabáquica a donde derivar a los pacientes	108 (78,3)	30 (21,7)
Prácticas relacionadas con cesación tabáquica implementadas por los participantes	Siempre / Casi siempre n (%) / M (DE*)	Casi nunca / Nunca n (%) / M (DE)
Preguntar sobre tabaquismo y documentarlo en la historia clínica	119 (86,2)	19 (13,8)
Recomendar cesación tabáquica, disminución de consumo o poner fecha límite	126 (91,3)	12 (8,7)
Preguntar por el uso de cigarrillo electrónico o pipa de agua (narguile, hookah)	14 (10,1)	124 (89,9)
Ayudar al paciente en la cesación tabáquica	106 (76,8)	32 (23,2)
Prescribir medicación	23 (16,7)	115 (83,3)
Programar una visita o una llamada telefónica de seguimiento	14 (10,1)	124 (89,9)
Número total de prácticas de cesación implementadas (media; DE)	3,12 (1,17)	

* DE: Desvío estándar

TABLA 3. Determinantes sociodemográficos y conductuales de las prácticas clínicas en cesación tabáquica con personas viviendo con VIH.

Variables independientes	Prácticas clínicas individuales para la cesación tabáquica						
	Modelo 1: Preguntar sobre tabaco y anotar en la historia clínica RPa* (IC 95%)	Modelo 2: Recomendar cesación tabáquica, disminuir consumo o fijar una fecha para el cese RPa (IC 95%)	Modelo 3: Preguntar sobre cigarrillo electrónico o pipa de agua (narguile, hookah) RPa (IC 95%)	Modelo 4: Ayudar al paciente en la cesación RPa (IC 95%)	Modelo 5: Prescribir medicación para cesación tabáquica RPa (IC 95%)	Modelo 6: Programar visita de seguimiento o llamado telefónico RPa (IC 95%)	Modelo 7: Puntuación total del número de prácticas individuales realizadas para la cesación tabáquica RPa (IC 95%)
Género (ref.: mujer)	0,16† (0,05-0,53)	0,36 (0,07-1,74)	0,32 (0,06-1,57)	1,41 (0,52-3,82)	1,87 (0,74-4,72)	7,12 (1,29-39,16)	0,97 (0,70-1,33)
Hombre							
Edad	0,99 (0,94-1,05)	1,16 (1,04-1,29)	1,07 (0,99-1,15)	1,01 (0,96-1,06)	0,99 (0,95-1,03)	1,05 (0,98-1,12)	1,01 (1,00-1,03)
Estado de fumador (ref.: no fumador)	0,38 (0,08-1,78)	3,63 (0,41-31,88)	-	0,67 (0,18-2,53)	1,02 (0,27-3,82)	2,74 (0,23-32,26)	0,90 (0,57-1,42)
Fumador activo							
Educación posbásica (por ejemplo: residencia, carrera de especialista, doctorado, etc.)	0,95 (0,56-1,63)	0,69 (0,34-1,40)	0,71 (0,37-1,38)	0,92 (0,58-1,44)	1,27 (0,85-1,88)	0,73 (0,40-1,34)	0,98 (0,85-1,13)
Educación en relación con el tabaco	0,95 (0,65-1,39)	2,02 (1,10-3,72)	1,49 (0,93-2,40)	1,91 (1,34-2,73)	1,66 (1,21-2,27)	2,51 (1,30-4,84)	1,22 (1,10-1,35)
Barrera 1: Escaso tiempo de la consulta médica (ref.: No es una barrera)	0,50 (0,13-2,02)	0,55 (0,05-5,68)	1,18 (0,28-5,02)	0,30 (0,08-1,07)	1,43 (0,55-3,71)	4,33 (0,77-24,26)	0,97 (0,69-1,36)
Barrera 2: Falta de entrenamiento formal en cesación tabáquica (ref.: No es una barrera)	-	0,94 (0,08-11,04)	0,43 (0,10-1,82)	2,00 (0,54-7,39)	0,32 (0,11-0,91)	0,24 (0,06-0,99)	0,64 (0,44-0,94)
Barrera 3: Falta de retribución económica (ref.: No es una barrera)	0,48 (0,12-1,89)	4,77 (0,86-26,30)	3,32 (0,57-19,26)	1,01 (0,33-3,07)	1,08 (0,40-2,93)	0,63 (0,11-3,47)	1,08 (0,76-1,52)
Barrera 4: Falta de medicación para cesación tabáquica (ref.: No es una barrera)	0,68 (0,14-3,35)	0,76 (0,11-5,13)	0,55 (0,07-4,23)	1,65 (0,43-6,26)	7,69 (1,90-31,13)	3,07 (0,31-30,80)	1,34 (0,88-2,06)
Barrera 5: Falta de centros especializados en cesación tabáquica para derivación (ref.: No es una barrera)	0,97 (0,19-4,86)	2,11 (0,35-12,89)	4,43 (0,39-50,53)	0,92 (0,24-3,54)	0,60 (0,18-1,97)	0,75 (0,09-6,01)	1,00 (0,66-1,51)

* RPa: razón de prevalencias ajustada; † letra en negrita: $p < 0,05$

aconsejan más sobre la cesación tabáquica, sobre disminuir el número de cigarrillos diarios y poner una fecha para el cese en comparación con aquellos de menor edad (RPa: 1,16; IC 95%: 1,04-1,29).

Los encuestados que refieren haber recibido más educación en temas relacionados con el tabaco aconsejan más a sus pacientes sobre cesación tabáquica o reducir consumo (RPa: 2,02; IC 95%: 1,10-3,72), asisten más a los pacientes en sus esfuerzos por dejar de fumar (RPa: 1,91; IC 95%: 1,34-2,73), prescriben más medicación para favorecer el cese (RPa: 1,66; IC 95%: 1,21-2,27) y programan más citas de seguimiento en comparación con aquellos que recibieron menos educación sobre tabaquismo (RPa: 2,51; IC 95%: 1,30-4,84).

Con respecto a las barreras estudiadas, la falta de entrenamiento formal en cesación tabáquica se relacionó significativamente con menos prescripción de medicamentos para la cesación (RPa: 0,32; IC 95%: 0,11-0,91) y con menos programación de citas de seguimiento (RPa: 0,24; IC 95%: 0,06-0,99). La falta de medicación disponible para cesación tabáquica se relacionó de forma significativa con una mayor probabilidad de prescripción de estos medicamentos.

En el modelo de regresión logística (Modelo 7), la probabilidad de que los encuestados implementaran medidas para la cesación tabáquica fue significativamente mayor en aquellos especialistas que habían recibido educación sobre tabaco (RPa: 1,22; IC 95%: 1,10-1,35) y significativamente menor si reportaban la falta de entrenamiento formal sobre cesación tabáquica como una barrera (RPa: 0,64; IC 95%: 0,44-0,94).

DISCUSIÓN

El principal hallazgo de este trabajo es que los profesionales dotados de educación sobre tabaquismo luego de haberse recibido como médicos tienen mayor probabilidad de proveer asesoramiento sobre cesación tabáquica a sus pacientes que aquellos sin dicha educación. Sin embargo, el ofrecimiento de ayuda en cesación tabáquica a PVV está limitado por la falta de entrenamiento formal en temas de tabaquismo. La mayoría de los encuestados recibieron por lo menos alguna información en temas relacionados con el tabaco, y el 84,1% calificó como regular, buena o muy buena su propia eficacia en intervenciones relacionadas con la cesación tabáquica. Por otra parte, la mayoría de ellos identificó la falta de un entrenamiento efectivo (77,5%) y la falta de tiempo durante la consulta con el paciente (69,9%) como las barreras más importantes para la provisión de prácticas clínicas destinadas a facilitar la cesación tabáquica para PVV. Esto es de particular interés, dada la aparente discrepancia entre la percepción de autoeficacia en proveer las intervenciones y la utilización de prácticas clínicas como ofrecer medicamentos y dar seguimiento al paciente. Es posible que los médicos sobreestimen su eficacia para proveer intervenciones basadas en evidencia, lo cual puede disminuir su percepción respecto a la

necesidad de mejorar sus competencias en esta área.

Cabe resaltar que, en el marco de una consideración conjunta en un modelo estadístico, la falta de entrenamiento formal fue identificada como la barrera más relevante para proveer consejería sobre cesación, más allá de la falta de tiempo u otras variables. La asociación entre la falta de asesoramiento al paciente y la falta de entrenamiento del médico infectólogo sobre cesación tabáquica coincide con otros estudios realizados en Argentina^{24,39,42} y en los EE.UU.⁴⁵⁻⁴⁸ Habida cuenta de la alta frecuencia de las visitas médicas de las PVV, es evidente la oportunidad desaprovechada para implementar intervenciones de prevención y cesación de tabaquismo en esta población vulnerable³²⁻³⁵.

Según estudios previos realizados en el país, la falta de conocimiento de los médicos argentinos sobre el tema explica la falta de compromiso con las intervenciones relacionadas con la cesación tabáquica^{43,47,48}. Por ejemplo, en 2010 se dictó un curso teórico breve sobre tabaquismo a estudiantes de cuarto año de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, y tres meses después no se apreciaron cambios significativos en la percepción de utilidad del consejo médico para ayudar a dejar de fumar a los pacientes⁴⁹. En la misma línea, otra investigación posterior demostró que la educación en cesación tabáquica no había mejorado la abstinencia de los pacientes fumadores⁴³. Quizás estos estudios no alcanzaron los resultados esperados porque el entrenamiento se basó en versiones adaptadas de un programa desarrollado para estudiantes y profesionales de la salud que trabajan en los EE.UU.⁴⁷ Es posible que el entrenamiento haya carecido de elementos culturales, duración, modalidad (teoría versus teoría y práctica), intensidad u otras características necesarias para los modelos educativos de prácticas de cesación tabáquica capaces de producir cambios deseados en la población argentina, así como en habitantes de otros países de América Latina⁵⁰. Tomando esto en cuenta, los programas de entrenamiento deberían basarse en un marco teórico social-ecológico, que enfatice la interdependencia de múltiples factores que afectan la implementación de intervenciones para la cesación tabáquica a diferentes niveles: individual, interpersonal, de la organización, de la comunidad y de las distintas políticas⁵¹.

Cabe remarcar que, además de la falta de entrenamiento, otras de las barreras identificadas por los médicos para ofrecer servicios de cesación tabáquica a PVV fueron la poca disponibilidad de medicamentos, la falta de tiempo y la falta de remuneración. En particular, estas últimas dos barreras también han sido percibidas como dificultades para ofrecer servicios óptimos en otras condiciones de salud dentro y fuera de Argentina^{52,53}, lo cual resalta la importancia de llevar a cabo estudios adicionales y políticas de salud orientadas a facilitar a los médicos la realización de las intervenciones más recomendadas.

Las fortalezas del presente trabajo incluyen una muestra compuesta por aquellos profesionales de la salud con la posibilidad de mejorar la calidad y expectativa de vida

de PVV que son fumadores activos. Además, este estudio encontró determinantes modificables de la cesación tabáquica y de la práctica clínica, los cuales pueden ser acondicionados socioculturalmente para desarrollar programas de adiestramiento especialmente diseñados para infectólogos que atienden a PVV en Argentina.

El estudio tiene varias limitaciones, que deben ser reconocidas al interpretar los resultados y son relevantes para futuras investigaciones. En primer término, la baja tasa de respuesta puede afectar la generalización de los resultados; sin embargo, esta tasa es similar a las obtenidas por otras encuestas en línea⁵⁴⁻⁵⁶ y la distribución demográfica es semejante a la encontrada en otros estudios desarrollados en Argentina. En segundo lugar, se utilizó una encuesta de autollenado, lo cual puede acarrear errores de comprensión por parte del encuestado e impide verificar los datos de comportamiento autorreportados (por ejemplo, confirmación del estado de fumador activo o no del infectólogo participante del estudio). Por último, la presencia de un estudio de corte transversal no permite realizar inferencias causales. Estudios adicionales que atiendan estas limitaciones podrían complementar los hallazgos y fomentar nuevas colaboraciones en esta importante área de la salud pública.

Algunas consideraciones adicionales al momento de interpretar los resultados y planificar estudios futuros incluyen el estado de fumador del médico y el área geográfica donde trabaja. Con respecto al estado de fumador del médico, estos hallazgos son similares a un estudio previo en el país³⁹, en el cual el estado de fumador del médico no alteró los resultados. No obstante, la expectativa social y el estigma asociado al fumar pudieron haber llevado a algunos encuestados a autodescribirse como ex fumadores en lugar de fumadores activos, lo cual crearía un sesgo en los resultados. De igual manera, las motivaciones de un médico para ayudar a dejar de fumar a sus pacientes pueden estar influenciadas por su propio estado de fumador, por lo que los adiestramientos relacionados con el cese tabáquico deben tomar esto en cuenta, en lugar de asumir que todos los médicos son no fumadores. Las futuras investigaciones deberían incluir datos con respecto a la provincia y ciudad de ejercicio profesional con el fin de explorar si el lugar está vinculado al uso de

las intervenciones, lo cual podría guiar el ofrecimiento de adiestramientos por área geográfica.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

El presente estudio confirma que el entrenamiento formal en cesación tabáquica aumenta la probabilidad de involucramiento en esas prácticas por parte de los médicos que atienden a PVV. Esto sugiere la necesidad de explorar nuevas estrategias para diseñar e implementar programas de capacitación profesional dirigidos a especialistas en infectología en Argentina. Este trabajo puede jugar un papel crítico en la disminución de la prevalencia de tabaquismo entre las PVV en el país. Los esfuerzos futuros deben combatir las barreras que reducen las probabilidades de que los infectólogos traten el tabaquismo en sus pacientes infectados con VIH. Desde una perspectiva clínica y de salud pública, es fundamental identificar y promover estrategias para la cesación tabáquica entre las PVV por sus médicos de cabecera, a fin de mejorar la calidad y expectativa de vida de esta población vulnerable.

Estos hallazgos, junto a la alta prevalencia de tabaquismo en las PVV en Argentina, tienen relevancia para la formación de recursos humanos en salud en el país, ya que enfatizan la necesidad de estandarizar y fortalecer programas de entrenamiento en cesación tabáquica para infectólogos que atienden a PVV^{32,35}. Específicamente, los hallazgos sugieren la necesidad de efectuar adiestramientos formales para ayudar a las PVV en la cesación de fumar más allá de una educación general en temas de tabaquismo. La implementación de programas de entrenamiento basados en intervenciones cortas, como las "cinco Aes" en los planes de estudio de la Facultad de Medicina y en la carrera de especialista en Infectología en Argentina, podría aumentar la habilidad de los profesionales de salud para proveer ayuda en la cesación tabáquica a sus pacientes infectados con VIH.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Daniel Stecher y otros profesionales del Hospital de Clínicas José de San Martín, Universidad de Buenos Aires, por su asistencia en la evaluación piloto de los ítems antes de la implementación del estudio.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio. Las organizaciones que proveyeron financiamiento para el estudio no tuvieron un rol en la interpretación de los resultados ni en la decisión de su publicación.

Cómo citar este artículo: Correa-Fernández V, Mejía R, Pérez A, Llana D, Cabrera N, Fridman V, et al. Utilización de prácticas clínicas para promover la cesación tabáquica en personas que viven con VIH en Argentina. *Rev Argent Salud Publica*. 2021;13:e65. Publicación electrónica 29 de Dic 2021.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Organización Panamericana de la Salud. Report on Tobacco Control for the Region of the Americas. WHO Framework Convention on Tobacco Control: 10 Years Later [Internet]. Washington DC: OPS; 2016 [citado 25 Nov 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28393>
- ² Organización Mundial de la Salud. WHO report on the global tobacco epidemic 2019: offer help to quit tobacco use [Internet]. Ginebra: OMS; 2019 [citado 25 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516204>
- ³ Center for Disease Control and Prevention. Health effects of cigarette smoking [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2018 [citado 25 Nov 2021]. Disponible en: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/index.htm
- ⁴ Center for Disease Control and Prevention. 2014 Surgeon General's Report: The health consequences of smoking—50 years of progress [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2014 [citado 25 Nov 2021]. Disponible en: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/50th-anniversary/index.htm
- ⁵ Ministerio de Salud de la Nación. Boletín sobre el VIH, SIDA e ITS en la Argentina. N° 33 [Internet]. Buenos Aires: MSAL; 2017 [citado 25 Nov 2021]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recursos/boletin-sobre-el-vih-sida-e-its-en-la-argentina-ndeg-33>
- ⁶ Sonneland HK, Gonzalez E. Weekly chart: Tobacco use in Latin America. Nueva York: AS/COA; 2015.
- ⁷ Instituto Nacional de Estadística y Censos. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos [Internet]. Buenos Aires: INDEC/Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación; 2019 [citado 25 Nov 2021]. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf
- ⁸ Mdodo R, Frazier EL, Dube SR. Cigarette smoking prevalence among adults with HIV compared with the general adult population in the United States: cross-sectional surveys. *Ann Intern Med*. 2015;162(5):335-344. doi: 10.7326/M14-0954.
- ⁹ Vidrine DJ. Cigarette smoking and HIV/AIDS: health implications, smoker characteristics and cessation strategies. *AIDS Educ Prev*. 2009;21(3 Supl):3-13. doi: 10.1521/aeap.2009.21.3_suppl.3.
- ¹⁰ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. AIDSinfo: Global data on HIV epidemiology and response. Regional factsheets, Latin America [Internet]. Ginebra: ONUSIDA; 2020 [citado 17 Dic 2021]. Disponible en: <https://aidsinfo.unaids.org/>
- ¹¹ Mdege ND, Shah S, Ayo-Yusuf OA. Tobacco use among people living with HIV: analysis of data from demographic and health surveys from 28 low-income and middle-income countries. *Lancet Glob Health*. 2017;5(6):e578-e592. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30170-5.
- ¹² Argentina - Prevalence of HIV, total (% of population ages 15-49) [Internet]. [lugar desconocido]: Trading Economics; 2018 [citado 25 Nov 2021]. Disponible en: <https://tradingeconomics.com/argentina/prevalence-of-hiv-total-percent-of-population-ages-15-49-wb-data.html>
- ¹³ Ministerio de Salud de la Nación. Boletín sobre el VIH, SIDA e ITS en la Argentina. N° 37 [Internet]. Buenos Aires: MSAL; 2020 [citado 25 Nov 2021]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recursos/boletin-sobre-el-vih-sida-e-its-en-la-argentina-ndeg-37>
- ¹⁴ Helleberg M, Afzal S, Kronborg G. Mortality attributable to smoking among HIV-1-infected individuals: a nationwide, population-based cohort study. *Clin Infect Dis*. 2013;56(5):727-734. doi: 10.1093/cid/cis933.
- ¹⁵ Reddy KP, Kong CY, Hyle EP. Lung cancer mortality associated with smoking and smoking cessation among people living with HIV in the United States. *JAMA Intern Med*. 2017;177(11):1613-1621. doi: 10.1001/jamainternmed.2017.4349.
- ¹⁶ Reddy KP, Parker RA, Losina E. Impact of cigarette smoking and smoking cessation on life expectancy among people with HIV: A US-based modeling study. *J Infect Dis*. 2016;214(11):1672-1681. doi: 10.1093/infdis/jiw430.
- ¹⁷ Burkhalter JE, Springer CM, Chhabra R. Tobacco use and readiness to quit smoking in low-income HIV-infected persons. *Nicotine Tob Res*. 2005;7(4):511-522. doi: 10.1080/14622200500186064.
- ¹⁸ Humfleet GL, Delucchi K, Kelley K. Characteristics of HIV-positive cigarette smokers: a sample of smokers facing multiple challenges. *AIDS Educ Prev*. 2009;21(3 Supl):54-64. doi: 10.1521/aeap.2009.21.3_suppl.54.
- ¹⁹ Mamary EM, Bahrs D, Martinez S. Cigarette smoking and the desire to quit among individuals living with HIV. *AIDS Patient Care STDS*. 2002;16(1):39-42. doi: 10.1089/108729102753429389.
- ²⁰ Shahrir S, Tindle HA, McGinnis KA. Contemplation of smoking cessation and quit attempts in human immunodeficiency virus-infected and uninfected veterans. *Subst Abus*. 2016;37(2):315-322. doi: 10.1080/08897077.2015.1062458.
- ²¹ Tesoriero JM, Gieryc SM, Carrascal A. Smoking among HIV positive New Yorkers: prevalence, frequency, and opportunities for cessation. *AIDS Behav*. 2010;14(4):824-835. doi: 10.1007/s10461-008-9449-2.
- ²² Pacek LR, Latkin C, Crum RM. Interest in quitting and lifetime quit attempts among smokers living with HIV infection. *Drug Alcohol Depend*. 2014;138:220-224. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.02.008.
- ²³ Lloyd-Richardson EE, Stanton CA, Papandonatos GD. Motivation and patch treatment for HIV+ smokers: a randomized controlled trial. *Addiction*. 2009;104(11):1891-1900. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02623.x.
- ²⁴ Moadel AB, Bernstein SL, Mermelstein RJ. A randomized controlled trial of a tailored group smoking cessation intervention for HIV-infected smokers. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2012;61(2):208-215. doi: 10.1097/QAI.0b013e3182645679.
- ²⁵ Pacek LR, Cioe PA. Tobacco use, use disorders, and smoking cessation interventions in persons living with HIV. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2015;12(4):413-420. doi: 10.1007/s11904-015-0281-9.
- ²⁶ Lifson AR, Neuhaus J, Arribas JR. Smoking-related health risks among persons with HIV in the strategies for management of antiretroviral therapy clinical trial. *Am J Public Health*. 2010;100(10):1896-1903. doi: 10.2105/AJPH.2009.188664.
- ²⁷ Penzak SR, Reddy YS, Grimsley SR. Depression in patients with HIV infection. *Am J Health Syst Pharm*. 2000;57(4):376-386; quiz 387-389. doi: 10.1093/ajhp/57.4.376.
- ²⁸ Benard A, Bonnet F, Tessier JF. Tobacco addiction and HIV infection: toward the implementation of cessation programs. *ANRS CO3 Aquitaine Cohort. AIDS Patient Care STDS*. 2007;21(7):458-468. doi: 10.1089/apc.2006.0142.
- ²⁹ Crothers K, Goulet JL, Rodriguez-Barradas MC. Decreased awareness of current smoking among health care providers of HIV-positive compared to HIV-negative veterans. *J Gen Intern Med*. 2007;22(6):749-754. doi: 10.1007/s11606-007-0158-8.
- ³⁰ Fiore MC, Jaen CR, Baker TB. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline [Internet]. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services; 2008 [citado 25 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>
- ³¹ Shapiro AE, Tshabangu N, Golub JE. Intention to quit smoking among human immunodeficiency virus infected adults in Johannesburg, South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis* [Internet]. 2011 [citado 25 Nov 2021];15(1):140-142. Disponible en: <https://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtld/2011/00000015/00000001/art00026;jsessionid=3hkjuj0s4hkq.x-ic-live-01>
- ³² Ledgerwood DM, Yskes R. Smoking cessation for people living with HIV/AIDS: A literature review and synthesis. *Nicotine Tob Res*. 2016;18(12):2177-2184. doi: 10.1093/ntr/ntw126.
- ³³ Stead LF, Buitrago D, Preciado N. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(5):CD000165. doi: 10.1002/14651858.CD000165.pub4.
- ³⁴ Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(8):CD002850. doi: 10.1002/14651858.CD002850.pub3.
- ³⁵ Nahvi S, Cooperman NA. Review: the need for smoking cessation among HIV-positive smokers. *AIDS Educ Prev*. 2009;21(3 Supl):14-27. doi: 10.1521/aeap.2009.21.3_suppl.14.
- ³⁶ Mejia R, Martinez VG, Gregorich SE. Physician counseling of pregnant women about active and secondhand smoking in Argentina. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89(4):490-495. doi: 10.3109/00016341003739567.
- ³⁷ Salgado MV, Mejia R, Kaplan CP. Smoking behavior and use of tobacco industry sponsored websites among medical students and young physicians in Argentina. *J Med Internet Res*. 2014;16(2):e35. doi: 10.2196/jmir.2528.
- ³⁸ Salgado MV, Mejia RM, Kaplan CP. Smoking-related attitudes and knowledge among medical students and recent graduates in Argentina: A cross-sectional study. *J Gen Intern Med*. 2017;32(5):549-555. doi: 10.1007/s11606-016-3890-0.
- ³⁹ Schoj V, Mejia R, Alderete M. Use of smoking cessation interventions by phy-

- sicians in Argentina. *J Smok Cessat*. 2016;11(3):188-197. doi: 10.1017/jsc.2014.24.
- ⁴⁰ Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco [Internet]. Buenos Aires: MSAL; 2011 [citado 25 Nov 2021]. Disponible en: https://salud.misiones.gob.ar/wp-content/uploads/2017/07/0000000072cnt-2013-09-03_guia-tratamiento-adiccion-tabaco-2011.pdf
- ⁴¹ Casetta B, Konfino J, Videla A. Effect of healthcare practitioners' advice on the decision to quit. GATS analysis from Argentina. *Tob Induc Dis* [Internet]. 2018 [citado 25 Nov 2021];16(Supl 1):A319. Disponible en: <http://www.tobaccoinduceddiseases.org/Effect-of-healthcare-practitioners-advice-on-the-decision-to-quit-GATS-analysis-from>,83975,0,2.html
- ⁴² Konfino J, Mejía R, Basombrío A. Estrategias para dejar de fumar provistas por infectólogos a personas con VIH en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Rev Argent Salud Publica* [Internet]. 2012 [citado 25 Nov 2021];3:23-27. Disponible en: <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/333>
- ⁴³ Mejía R, Perez Stable EJ, Kaplan CP. Effectiveness of an intervention to teach physicians how to assist patients to quit smoking in Argentina. *Nicotine Tob Res*. 2016;18(5):1101-1109. doi: 10.1093/ntr/ntv153.
- ⁴⁴ Tami-Maury I, Suchil L, Reynales-Shigematsu LM, Garcia-Gomez L, Chen M, Shete S, et al. Cross-sectional survey for assessing cancer care providers' characteristics and attitudes on smoking cessation in Colombia and Mexico. *BMJ Open*. 2021;11(2):e041447. doi: 10.1136/bmjopen-2020-041447.
- ⁴⁵ Huang C, Guo C, Yu S. Smoking behaviours and cessation services among male physicians in China: evidence from a structural equation model. *Tob Control*. 2013;22 Supl 2(Supl 2):ii27-33. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2012-050884.
- ⁴⁶ Soto Mas FG, Papenfuss RL, Jacobson HE. Hispanic physicians' tobacco intervention practices: a cross-sectional survey study. *BMC Public Health*. 2005;5:120. doi: 10.1186/1471-2458-5-120.
- ⁴⁷ Blumenthal DS. Barriers to the provision of smoking cessation services reported by clinicians in underserved communities. *J Am Board Fam Med*. 2007;20(3):272-279. doi: 10.3122/jabfm.2007.03.060115.
- ⁴⁸ Kaplan CP, Perez-Stable EJ, Fuentes-Afflick E. Smoking cessation counseling with young patients: the practices of family physicians and pediatricians. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158(1):83-90. doi: 10.1001/archpedi.158.1.83.
- ⁴⁹ Konfino J, Mejía R, Ferrante D. Efectos de un curso breve de tabaquismo en una facultad de medicina. *Rev Argent Salud Publica* [Internet]. 2011 [citado 25 Nov 2021];2:15-20. Disponible en: <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/381>
- ⁵⁰ West R. Time for a change: putting the transtheoretical (stages of change) model to rest. *Addiction*. 2005;100(8):1036-1039. doi: 10.1111/j.1360-0443.2005.01139.x.
- ⁵¹ King JL, Merten JW, Wong TJ. Applying a social-ecological framework to factors related to nicotine replacement therapy for adolescent smoking cessation. *Am J Health Promot*. 2018;32(5):1291-1303. doi: 10.1177/0890117117718422.
- ⁵² Rubin HR. Overcoming barriers to preventive care. *J Gen Intern Med*. 2000;15(6):434-436. doi: 10.1046/j.1525-1497.2000.115600.x
- ⁵³ Ministerio de Salud de la Nación. Análisis de situación de salud: República Argentina. Edición 2018 [Internet]. Buenos Aires: MSAL; 2018 [citado 25 Nov 2021]. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-12/0000001392cnt-analisis_de_situacin_de_salud_-_repblica_argentina_-_asis_2018_compressed.pdf
- ⁵⁴ Hayslett MM, Wildemuth BM. Pixels or pencils? The relative effectiveness of web-based versus paper surveys. *Libr Inf Sci Res* [Internet]. 2004 [citado 25 Nov 2021];26:73-93. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0740818803000963>
- ⁵⁵ Nulty DD. The adequacy of response rates to online and paper surveys: what can be done? *Assessment & Evaluation in Higher Education* [Internet]. 2008 [citado 25 Nov 2021];33:301-314. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/02602930701293231>
- ⁵⁶ Sinclair M, O'Toole J, Malawaraarachchi M. Comparison of response rates and cost-effectiveness for a community-based survey: postal, internet and telephone modes with generic or personalized recruitment approaches. *BMC Med Res Methodol*. 2012;12:132. doi: 10.1186/1471-2288-12-132.



Esta obra está bajo una licencia de *Creative Commons* Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.