

Factores sociales que intervienen en el consumo y cesación de las mujeres fumadoras mexicanas. Cohorte ITC-México.

Desarrollo en metodologías y producción / análisis de datos

GT 19: Salud y seguridad social. Transformaciones sociales e impactos en la población.

Rodríguez - Bolaños Rosibel¹

Abad - Vivero Erika¹

Arillo - Santillán Edna¹

Thrasher - La Fontaine James²

¹ Departamento de Investigación sobre Tabaco, Instituto Nacional de Salud Pública. México

² Universidad de Carolina del Sur. Estados Unidos

Resumen

Existe una tendencia al aumento del consumo de tabaco entre las mujeres en México. Este estudio describe los factores sociales que tienen influencia en prevalencia y cesación del consumo de tabaco, entre mujeres adultas (n=1404) de la cohorte ITC-Project-México, mediciones 2010-2011 en siete ciudades: DF, Tijuana, León, Guadalajara, Monterrey, Puebla y Mérida. Variables dependientes: fumador-diario, intensidad de dejar de fumar y exfumador. Utilización modelos multivariados logísticos GEE. Entre las mujeres con restricción total de fumar en hogar tienen mayor probabilidad de ser fumadora no-diario y menor intensidad de consumo en fumadoras-diarias; algunos factores que limitan cesación: vivir con pareja y vivir con pareja fumadora, creer que fumar ayuda a controlar peso, estos fueron independientes de educación e ingresos familiares.

Palabras claves: mujeres, tabaco, estudio de cohorte

Introducción

El consumo de tabaco continúa siendo la principal causa prevenible de la morbi-mortalidad por enfermedades crónicas a nivel mundial. De no tomar medidas para evitar el inicio del consumo; para el año 2030 ocurrirán más de 8 millones de muertes atribuibles al tabaco.¹ Según datos del Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos de América, se ha calculado que los hombres que fuman pierden un promedio de 13.2 años de vida, mientras que las mujeres que fuman pierden 14.5 años de vida debido consumo de tabaco.²

De los más de mil millones de fumadores existentes a nivel mundial, casi el 20% son mujeres. Además de las cardiopatías y las enfermedades respiratorias, el consumo de tabaco activo y la exposición pasiva es causa de cánceres específicos de la mujer (Cáncer de mama y cervicouterino) y pone en peligro la salud reproductiva (mayor riesgo de aborto espontáneo y embarazo ectópico), el embarazo (parto pretérmino y bajo peso) y la salud de sus recién nacidos (muerte súbita del recién nacido), entre otras enfermedades.^{3,4} De continuar con este comportamiento en los próximos años estaremos presenciando consecuencias graves, no solo en la salud de las mujeres, sino en su descendencia, y en sus propias condiciones de salud-enfermedad y de vida.

México se ubica entre los primeros 20 países con mayor número de población fumadora.⁵ De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones del 2011 (ENA, 2011),⁶ la prevalencia de tabaquismo en la población de 12 a 65 años fue de 21.7% (17.3 millones de fumadores; 12 millones de hombres y

5.2 millones de mujeres), con un incremento de cuatro veces más en el grupo de las mujeres (del año 2008 al 2011). El patrón de consumo de la población son fumadores no diarios y los que fuman a diarios consumen en promedio 6.5 cigarros por día. De total de fumadores, un poco más de la mitad (58.4%) ha intentado dejar de fumar; sin embargo solo un 2% ha recibido un tratamiento (psicoterapéutico y/o farmacológico) formal. Asimismo, el 11.4% de los fumadores activos (1.5 millones) fuman su primer cigarro 30 minutos después de despertarse; lo que pone de manifiesto la adicción a la nicotina y la necesidad de recibir tratamiento profesional especializado.

Otras encuestas realizadas en distintos sectores de la población mexicana como la Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes (ETJ 2011)⁷ y la Encuesta de Tabaquismo en Adultos (GATS por sus siglas en ingles), así como Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANut 2012),⁸, dan un panorama de la tendencia al incremento entre los y las adolescentes, adultos jóvenes (18 a 25 años) y las mujeres, tanto en las áreas urbanas como rurales.

Tras las fuertes evidencias sobre las consecuencias de los daños, la Organización Mundial de la Salud (OMS) promovió en el año 2003 el Convenio Marco de Control del Tabaco (CMCT de la OMS) el cual es el primer tratado internacional de Salud Pública. Este tratado mundial, tiene el propósito de reducir la mortalidad y morbilidad atribuible al consumo de tabaco y hasta septiembre del año 2011 reunía 174 Estados Partes, es decir al 87% de la población mundial.⁹

El CMCT de la OMS fue firmado y ratificado en México durante el año 2004, y es a partir de la emisión de leyes tanto a nivel federal como estatal que se han implementados las principales estrategias para el control del tabaquismo activo y pasivo.* Dentro de las medidas más exitosas han sido la implementación de leyes locales de ambientes libres de humo de tabaco, la inclusión de advertencias sanitarias, el incremento a los impuestos a los productos de tabaco y la creación de una red nacional de atención especializada para el tratamiento psicoterapéutico de las adicciones (UNEMES).¹⁰ Los múltiples esfuerzos internacionales para implementar en los países las mejores estrategias para controlar la epidemia del tabaco, en muchos aún la tendencia del consumo siguen creciendo. Este crecimiento se desplaza hacia grupos socialmente marginados y/o grupos vulnerables como son jóvenes y mujeres, este desplazamiento ha impulsado el interés social en las investigaciones en salud pública.

El cambio de paradigma en estas investigaciones se ha realizado al pasar de un modelo biomédico del padecimiento y la enfermedad hacia una perspectiva más amplia que involucra lo social. El incorporar el contexto social en las investigaciones sobre el control del tabaco, ha sido enriquecido por la multidisciplinariedad, lo cual ha provocado la diversidad epistemológica de significados conceptuales y operacionales. Estas posturas de disciplinas junto con el enfoque sobre el modelo de adicción o estilo de vida, han orientado los comportamientos de salud a nivel individual, y ha puesto a los consumidores de tabaco como víctimas (de la adicción a la nicotina; de los estilos de vida poco saludables o de la industria del tabaco), lo que ha provocado que el significado social del consumo de tabaco en el contexto de la vida cotidiana de las personas sea subestimado.¹¹

Las diferencias motivadas por los roles de género llevan a desigualdades en el proceso salud-enfermedad, en la búsqueda de atención y la atención misma entre varones y mujeres. Hay evidencia científica acerca de los comportamientos de riesgo entre los hombres y se ha documentado que el modelo de masculinidad dominante en México no incluye el cuidado de sí mismo.¹² Si bien no existe una sola forma de ser hombre, las diversas formas de masculinidad están mediadas por el abuso del riesgo y la falta de autocuidado.^{13,14,15}

En el caso del tabaco, se sabe sobre las diferencias en el consumo entre hombres y mujeres, pero poco sobre prácticas y significados; y menos en el comportamiento sobre la búsqueda de la atención en los servicios para dejar de fumar. En este punto es importante conocer, describir y entender si existen diferencias en el patrón de consumo, edad de inicio, respuesta a determinados tratamientos,

* Tabaquismo activo: son las personas fuman es decir que inhala directamente del cigarro.

Tabaquismo pasivo: son las personas que están expuestas al humo de tabaco de segunda mano.

las distintas motivaciones para fumar o las dificultades para el abandono. También, se vuelve necesario comprender cómo difieren los perfiles de salud-enfermedad de hombres y mujeres, ya sea por la publicidad de la industria, por diferencias en los efectos que éste causa sobre su salud, o por los patrones culturales y sociales relacionados con “los deberes ser” de las mujeres y los “deberes ser” de los hombres. No basta solamente con conocer estadísticamente estas diferencias sino entender cualitativamente las cuestiones sociales y culturales que posiblemente están presentes en estas diferencias.¹⁶ De la misma manera que la industria del tabaco ha sabido utilizar los estereotipos de género para aumentar el consumo de tabaco, la salud pública debe incorporar la consideración de las diferencias de género en las acciones encaminadas a la promoción de conductas saludables.¹⁷

Graham y Der¹⁸ realizaron análisis con una cohorte de mujeres británicas, este estudio brinda nuevas orientaciones de cómo se iba desplazando la tendencia del uso de tabaco entre las mujeres, sobre los patrones de consumo y predictores de cesación. Uno de los principales aportes fue considerar la adicción al tabaco como principal variable para pronosticar la cesación. Teniendo en consideración este estudio se toman los principales factores sociales que influyen en este grupo de población y se describen a continuación:

Patrón de consumo

La dependencia al tabaco, es reconocido como un fenómeno complejo, en el que la adicción fisiológica, la necesidad psicológica y el refuerzo social, juegan un papel importante. El consumo medio diario es una variable confiable para tratar de cuantificar la dependencia del tabaco. Los fumadores con un consumo diario menor reportan mayores probabilidades de haber intentado dejar de fumar, así como mayor probabilidad de dejar completamente de fumar.¹⁸

Diferencias socio-económicas en la prevalencia, intensidad y tasas de cesación.

Los grupos socioeconómicos más vulnerables presentan mayores tasas de prevalencia de tabaquismo, y entre los fumadores activos, aquellos en circunstancias socioeconómicas menos favorables, se ha reportado mayor intensidad de consumo y menores tasas de cesación. La evidencia actual apunta a que existen vías de riesgo entre el estatus socioeconómico y la dependencia al tabaco.¹⁸

Factores psicológicos

Por una parte, un pobre estado de salud psicológico se ha relacionado con vulnerabilidad socio-económico. Entre los fumadores activos, aquellos con una pobre salud psicológica también suelen presentar mayores niveles de consumo.¹⁸

Reforzamiento social en la esfera privada: el hogar.

El consumo de tabaco de la pareja también se ha identificado como otra influencia importante que moldea el nivel de consumo y los intentos de cesación. Entre las mujeres, las mayores tasas de cesación son reportadas en las fumadoras que viven con parejas no fumadores. Muy asociado al cohabitar o no con un fumador se encuentra la existencia de reglas que permiten, o no, fumar dentro del hogar.¹⁸

Aceptabilidad social de fumar

En particular la influencia de los mensajes de marketing enfocados a mujeres. Hay evidencia de que la industria del tabaco ha enfocado sus esfuerzos de marketing hacia el reclutamiento de fumadoras

jóvenes. Su estrategia ha sido relacionar el consumo de tabaco con características deseables entre las mujeres, entre ellas, independencia, glamour, femineidad, control del apetito y del peso. Para esto ha utilizado la estrategia de diversificar sus productos, haciendo cada uno de ellos para fin. Es así como ofrece cigarros especiales para el consumo femenino con apelativos de “suaves”, “lights”, o con diferentes sabores.¹⁸

La importancia de conocer y analizar las expectativas sobre el comportamiento y las características sociales y culturales, de mujeres y hombres, es que se utilicen en la planeación de las políticas públicas con perspectiva de género. No sólo con este concepto a nivel de discurso, sino a partir de la comprensión del fenómeno de género.

Una de las limitaciones que se tienen en muchos de los países es que no se realizan un estudio específico para ver estas diferencias en cuanto a género y por lo tanto no son específicas para profundizar en estas diferencias. Este estudio se inserta en una cohorte del Proyecto Internacional de Evaluación de Políticas para el Control del Tabaco (ITC, por sus siglas en inglés), cuyo objetivo es evaluar las políticas de control del tabaco.

La ventaja de este proyecto es que ha incluido preguntas del contexto social, lo que permitió ahondar sobre estos factores. En los análisis realizados y publicados con datos de esta cohorte no se encontró evidencia contundente de que alguna de estas políticas haya tenido un impacto diferenciado entre mujeres y hombres en México. Dentro de estos referentes están, sobre los espacios libres de humo de tabaco: Thrasher, Boado et al 2009¹⁹; Thrasher, Abad et al 2012²⁰; Thrasher J, Swayampakala et al 2010²¹; Thrasher, Pérez-Hernández et al 2010²²; Prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco: Pérez-Hernández et al 2012²³; Advertencias Sanitarias con pictogramas: Hammond, Thrasher et al 2012²⁴; Thrasher, Villalobos et al 2010²⁵; Thrasher, Arillo-Santillan et al 2012²⁶; Aumento del impuesto a los productos del tabaco: Saenz de Miera, Thrasher et al 2010²⁷; Saenz de Miera, Thrasher et al 2012²⁸; Siahpush, Thrasher et al *en prensa*²⁹.

Teniendo en consideración esta anotación, este análisis pretende describir los factores sociales que tienen influencia en la prevalencia y la cesación del consumo de tabaco entre las mujeres mexicanas.

Materiales y Métodos

Materiales

Se analizaron datos del *Proyecto Internacional para Evaluar Políticas Públicas para el Control del Tabaco en México*, la cual representa la primera base de datos longitudinales de fumadores con representatividad a nivel poblacional en México. Esta consiste en el seguimiento de una cohorte de fumadores a través de encuestas en hogares, con hombres y mujeres mayores de 18 años y utiliza un cuestionario estandarizado a través de los años así como una estrategia metodológica estandarizada en cuanto al diseño de la muestra, la recopilación de datos y los procedimientos de gestión. Esta cohorte se ha realizado en 19 países incluyendo México.^{30,31,32} En este, se ha implementado en siete ciudades: Distrito Federal, Tijuana, León, Guadalajara, Monterrey, Puebla y Mérida. La muestra analítica consistió en las mujeres adultas que reportaron ser fumadoras o exfumadoras en las mediciones de los años 2010 y 2011 del estudio (n= 1,589) (n=798 en 2010 y n=791 en 2011). Para conocer sobre los detalles de este proyecto, hacemos referencia al artículo publicado en año 2012, en la Revista de Salud Pública de México.³³

El diseño de la encuesta es un muestreo poli-etápico, estratificado y por conglomerados. El criterio de selección por hogar: un hombre fumador y/o una mujer fumadora, tener más de 18 años y con facultad para responder la encuesta. Se le pidió su consentimiento oral previo al levantamiento de la encuesta.

Métodos

Patrón de consumo:

En el presente análisis se exploraron tres variables dependientes estrechamente relacionadas para caracterizar el consumo de tabaco entre las mujeres mexicanas: 1) intensidad de consumo: ser o no fumadora diaria; 2) haber intentado dejar de fumar en los últimos 6 meses; y 3) haber logrado dejar de fumar (ser exfumadora), con más de 12 meses sin fumar.

Mediadores del patrón de consumo y del proceso de cesación

a) Situación socio-económica.

Una aproximación a la condición socioeconómica de las fumadoras fue obtenida a partir de las siguientes variables *proxy*: ingreso familiar mensual (menos de \$5,000; \$5,001- \$8,000; \$8,001- \$10,000; \$10,001o más), máximo nivel de estudios de la fumadora (primaria completa o menos; secundaria completa; bachillerato o comercial completo; licenciatura completa o posgrado), su rango de edad (18 – 24 años; 25 – 39 años; 40 – 54 años; 55 a más años); y estatus ocupacional (con ocupación remunerada, ama de casa, retirada/jubilada, estudiante).

b) La salud psicológica.

Este rubro fue representado por un índice de depresión y por un índice de autoeficacia. El primero consiste en un conjunto de siete preguntas sobre los niveles generales de la felicidad, la depresión, y la ansiedad en la semana previa a la encuesta. Las respuestas se puntúan del 0 al 3, de manera que el rango de las siete preguntas en conjunto fluctúan entre 0 y 21. Se utilizó una medida dicotómica de depresión a partir de la media más uno, del valor del índice ($< 5 / \geq 5$), es decir tiene o no tiene depresión. La autoeficacia se mide con una pregunta sobre qué tan segura se siente de poder dejar de fumar si se lo propone. Los valores de este indicador fluctúan entre 1 y 4, donde a mayor puntuación, mayor la autoeficacia. Se utilizó una medida dicotómica de autoeficacia: autoeficacia baja y media (< 3) y autoeficacia alta (≥ 3).

c) Reforzamiento social en la esfera privada: el hogar.

Una aproximación a este fenómeno fue obtenido a través de dos variables: el consumo de tabaco de la pareja y el vivir o no en un hogar 100% libre de humo. El consumo de tabaco de la pareja se midió a través de un indicador compuesto entre el status de cohabitante y el status de consumo de tabaco (no vive con su pareja; vive con su pareja y su pareja es no fumador; vive con su pareja y su pareja es fumador), mientras que vivir en un hogar 100% libre de humo se midió a través de la respuesta a la pregunta: ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor las reglas para fumar en su casa?, donde un hogar libre de humo fue aquel en el cual se respondió que “Nunca se puede fumar en ninguna área cerrada”.

d) Percepción sobre la aceptabilidad social de fumar.

En particular, la industria del tabaco ha enfocado sus esfuerzos de marketing hacia el reclutamiento de fumadoras jóvenes. Este factor se midió a través de las preguntas “Cree que los cigarros *light* son más fáciles de dejar” (si=1, no=0); “Cree que fumar le ayuda a controlar su peso” (si=1, no=0).

e) **Conocimiento sobre los daños a la salud causados por el consumo de cigarro.**

Para representarlo, se utilizaron tres variables *proxy*: índice del nivel de conocimiento sobre las enfermedades causadas por fumar; índice del nivel conocimiento sobre los daños a la salud de los no fumadores y un índice del conocimiento sobre los componentes tóxicos del tabaco.

Análisis

El análisis del patrón de consumo y cesación del cigarro se realizó en dos etapas. En una primera etapa, se examinó la asociación bivariada (uno a uno) entre cada uno de los factores socio-económicos, psicológicos, reforzamiento social en el hogar, percepción sobre la aceptabilidad social de fumar, y los conocimientos sobre los daños a la salud causados por fumar y las tres variables dependientes: 1) intensidad de consumo: ser o no fumadora diaria; 2) haber intentado dejar de fumar en los últimos 6 meses; y 3) haber logrado dejar de fumar (ser exfumadora, tener más de 12 meses sin fumar).

La segunda etapa, modelos multivariados, se centra en identificar si el efecto de las variables que mostraron una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) en la primera etapa desaparece después de tomar en cuenta la influencia del resto de variables. En ambas etapas, el análisis se hizo a través de modelos multivariados logísticos GEE (generalized estimating equations), utilizando la *versión 11.2 de Stata*.

Análisis de sensibilidad: Adicionalmente se incluyó una ronda de modelos donde la muestra analítica incluyó a los fumadores hombres. En esta nueva ronda, además de los factores explorados en los modelos bivariados y multivariados, se agregaron nuevas variables de control como sexo (0=hombre; 1=mujer) y la interacción entre el sexo y si la pareja es fumadora.

Resultados

Las características de la muestra se observan en la tabla 1. Entre las mujeres, del 2010 al 2011, aumentó un 7% el porcentaje de fumadoras diarias al pasar de 63 a 70%, durante el año 2011 el 25% fumaba más de 10 cigarros diarios, y la proporción de fumadoras diarias es mayor en el estrato superior *vs* estrato inferior. En promedio, el 45% reportó haber intentado dejar de fumar. Con respecto a los hombres, el 69% son fumadores diarios, durante el año 2011 el 34% fumaba más de 10 cigarros diarios, y la proporción de fumadores diarios es mayor en el estrato superior *vs* estrato inferior.

Predictores del consumo diario de cigarros entre las mujeres adultas mexicanas: Los resultados del análisis bivariado y multivariado identifican los factores cuya influencia se mantuvo cuando todas las variables clave fueron consideradas juntas. Los predictores independientes de consumo diario de cigarros entre las mujeres adultas mexicanas de la cohorte son: la ocupación (RM 0.27; I.C 95% [0.10–0.78]), tener un hogar 100% libre de humo (RM 0.47; I.C 95% [0.32 – 0.69]) y reportar una autoeficacia alta (RM 0.43; I.C 95% [0.25–0.73]). Es decir, las mujeres retiradas, en comparación con las mujeres que tienen un trabajo remunerado, tiene menor probabilidad de ser fumadoras diarias, lo mismo que las mujeres que reportaron tener mayor autoeficacia y aquellas mujeres que viven en hogar donde fumar en interiores está totalmente prohibido.

Cuando se incluyó a los hombres los factores asociados al consumo diario fueron: la edad (RM 2.12; I.C95% [1.39–3.21]) (a mayor edad mayor probabilidad de ser fumador diario), tener mayor conocimiento sobre los daños a la salud de los no fumadores (RM 1.23; I.C95% [1.03–1.47]), la autoeficacia (RM 0.38; I.C95% [0.31–0.46]) (a mayor autoeficacia menor probabilidad de ser fumador diario) y haber intentado dejar de fumar en los últimos 12 meses (RM 0.63; I.C95% [0.52–0.76]) (si se intentó dejar de fumar entonces la probabilidad de ser fumador diario es menor).

Los factores asociados a los intentos para dejar de fumar entre las mujeres mexicanas adultas (**Tabla 4**) fueron: los ingresos (RM 0.43; I.C95% [0.25–0.73]), el nivel educativo (RM 1.83; I.C95% [0.98–3.41]), vivir con una pareja no fumadora (RM 1.60; I.C95% [1.07–2.41]), vivir en un hogar 100% libre de humo (RM 1.38; I.C95% [1.02–1.85]), mayor nivel de autoeficacia (RM 1.79; I.C95% [1.31 – 2.45]) y tener mayor conocimiento sobre los daños a la salud de los no fumadores (RM 1.49; I.C95% [1.10–2.01]). En particular, las mujeres con ingresos medios, en comparación con aquellas de ingresos bajos, tiene menos probabilidades de haber intentado dejar de fumar. En cambio, las mujeres con mayor nivel educativo, las que viven con su pareja y su pareja es no fumadora (en comparación con las mujeres que viven solas), las mujeres que viven en un hogar donde está totalmente prohibido fumar, las mujeres que saben de los daños a la salud de los fumadores pasivos y las mujeres fumadoras que reportaron mayor nivel de autoeficacia, tiene mayores probabilidades de haber intentado de fumar en los últimos 12 meses.

Es interesante que cuando se incluyeron a los hombres a la muestra analítica, los factores asociados a mayores probabilidades de haber intentado para dejar de fumar también resultaron ser: vivir en un hogar donde está totalmente prohibido fumar (RM 1.47; I.C95% [1.22–1.76]), conocer sobre los daños a la salud de los fumadores pasivos (RM 1.51; I.C95% [1.25–1.82]) y reportar mayor nivel de autoeficacia (RM 1.68; I.C95% [1.38–20.3]). Además, la ocupación (RM 1.63; I.C95% [1.09–2.45]) y la percepción sobre la aceptabilidad social de fumar (RM 0.98; I.C95% [0.95–1.00]). Es decir, los retiradas / retirados tiene mayor probabilidad de haber intentado dejar de fumar, mientras que los y las fumadoras que reportan un mayor nivel de percepción sobre la aceptabilidad social de fumar tienen menos probabilidades de haber intentado dejar de fumar en los últimos 12 meses.

Finalmente, los factores asociados a la cesación entre las mujeres mexicanas fueron: la ocupación (RM 0.36; I.C95% [1.17–0.49]) (las mujeres que reportaron ser amas de casa, en comparación con las mujeres con un trabajo remunerado, tiene menos probabilidad de haber dejar de fumar), vivir en un hogar 100% libre de humo (RM 2.60; I.C95% [1.55–4.34]) (las mujeres que viven un hogar donde está totalmente prohibido fumar tiene mayor probabilidad de dejar de fumar), las mujeres que creen erróneamente que fumar les ayuda controlar su peso (RM 0.64; I.C95% [0.42–0.97]), tiene menos probabilidades de dejar de fumar.

Al incluir a los hombres a la muestra analítica, vivir en un hogar 100% libre de humo (RM 2.03; I.C 95% [1.50–2.74]) (las mujeres y hombres que viven un hogar donde está totalmente prohibido fumar tiene mayor probabilidad de dejar de fumar), conocer sobre los daños a la salud de los fumadores pasivos (RM 0.99; I.C95% [0.99–1.00]) y la percepción sobre la aceptabilidad social de fumar (RM 0.96; I.C95% [0.93–0.99]); las mujeres y hombres que con ingresos altos, en comparación con aquellos de ingresos bajos (RM 1.68; I.C95% [1.07–2.63]), tiene mayor probabilidades de haber dejado de fumar.

Conclusión

El factor social más importante para disminuir el consumo y poder dejar la adicción al cigarro es vivir en un hogar donde no se permita fumar. Las mujeres y hombres que viven en un hogar 100% libre de humo de tabaco, tienen mayor probabilidad de no ser fumadores diarios, intentar y tener éxito en dejar de fumar.

No es claro un gradiente socioeconómico en el patrón de consumo diario, los intentos para dejar de fumar o la cesación, cuando se analizan solamente las mujeres; sin embargo, en tener un mayor ingreso si es un factor importante en el análisis de mujeres y hombres juntos, lo que hace suponer que para los hombres si es un factor que influye en patrón de consumo y cesación. En este sentido, la ocupación o el empleo no representan un factor de peso a considerar.

Por otro lado, tener un conocimiento sobre los daños a la salud a los fumadores pasivos o sobre la composición de los cigarrillos fue un factor que influye sobre la intensión y cesación en hombres y

mujeres; sin embargo este conocimiento no es significativo solamente entre las mujeres. Se observa que una autoeficacia alta si influye en el consumo diario e intensidad, tanto entre hombres y mujeres.

El creciente tabaquismo entre las mujeres mexicanas tiene un patrón diferenciado que no debe separarse del resto de condiciones de vida, organización y poder de las mujeres con sus parejas, familias, y sociedad en su conjunto. Actualmente, continúa la evaluación de datos del estudio ITC-Mexico, en particular, la evaluación del impacto de políticas públicas recientemente implementadas

Tabla 1. Características de la muestra. ITC-México, 2010 y 2011

Características	Hombres		Mujeres	
	2010 (n=1330)	2011 (n=1340)	2010 (n=798)	2011 (n=791)
Grupo de edad				
18 a 24 años	19%	19%	15%	14%
25 a 39 años	36%	36%	37%	38%
40 a 54 años	25%	25%	33%	33%
55 años a más	20%	20%	16%	16%
Ingresos familiares mensuales (\$ pesos mexicanos)				
0-5000	55%	59%	54%	54%
5001-8000	19%	24%	20%	23%
8001-10000	10%	7%	11%	10%
> 10001	9%	5%	7%	5%
no contestó	6%	5%	7%	8%
Nivel de estudios				
Menos de secundaria incompleta	35%	33%	32%	30%
Secundaria completa	35%	38%	39%	42%
Preparatoria completa	21%	20%	18%	17%
Carrera técnica, licenciatura o mas	9%	9%	11%	11%
Empleo				
Con empleo remunerado	80%	83%	42%	48%
Actividades domésticas no remuneradas	9%	7%	3%	2%
Desempleado/retirado	10%	9%	3%	3%
Estudiante	1%	1%	53%	47%
Estado civil				
Sin unión (i.e. soltera, viuda, separada)	57%	60%	54%	54%
Con unión (i.e. Unión libre, casados)	43%	40%	46%	46%
Estatus de cohabitancia				
No tiene pareja y/o no vive con su pareja	36%	35%	38%	37%
Vive con su pareja y su pareja es no fumador	48%	49%	25%	28%
Vive con su pareja y su pareja es fumador	16%	16%	37%	35%
Hogar 100% libre de humo				
Vive en hogar sin prohibición total de fumar	39%	43% ^a	43%	42%
Vive en hogar con prohibición total para fumar	61%	57%	57%	58%
Creencias erróneas				
Cree que los cigarros light son mas fáciles de dejar	13%	14%	16%	14%
Cree que fumar le ayuda a controlar su peso	12%	17% ^a	21%	25% ^a
Depresión				
Índice de depresión alto	20%	18%	27%	25%
Autoeficacia				
Índice de autoeficacia alto	34%	24% ^a	34%	23% ^a
Índice de enfermedades (promedio)	4.95	5.18 ^a	5.07	5.29 ^a
Índice de conocimiento de enfermedades (promedio)	26.29	24.23 ^a	29.51	25.81 ^a
Índice aceptación social de fumar (promedio)	21.5	21.27	21.19	21
Fumador	95.26	92.36	92.36	89.76
Son fumadores diarios	69%	69%	63%	70% ^a
Consumo promedio de cigarros por día	9.13	8.57	7.54	6.76 ^a
Menos de 10 cigarros al día	63%	66%	70%	75%
Más de 10 cigarros al día	38%	34%	30%	25%
Proporción de fumadores diarios por el nivel de ingreso familiar mensual				
0-5000	9.39	8.45 ^a	7.71	6.79
5001-8000	7.46	8.36	7.65	6.58
8001-10000	9.02	8.27	6.31	8.11
> 10001	10.85	10.19	8.62	5.33
no contestó	9.3	9.39	6.76	6.65
Intentó dejar de fumar en los últimos 6 meses	43.76	39.55 ^a	45.49	44.75
Exfumador (más de 12 meses sin fumar)	4.74	7.99 ^a	7.64	10.24

^a $p < 0.05$ (2010 vs 2011)

Tabla 2. Población de mujeres fumadoras diarias, con intención de dejar de fumar y exfumadoras. ITC-México, 2010 y 2011

	<i>Fumadoras diarias</i>		<i>Intentaron dejar de fumar</i>		<i>Ex fumadoras</i>	
	<i>Bivariado</i>	<i>Multivariado</i>	<i>Bivariado</i>	<i>Multivariado</i>	<i>Bivariado</i>	<i>Multivariado</i>
	<i>RM</i>	<i>(95% IC)</i>	<i>RM</i>	<i>(95% IC)</i>	<i>RM</i>	<i>(95% IC)</i>
Grupo de edad						
18 a 24 años	ref		ref		ref	
25 a 39 años	1.07 [0.67 - 1.71]	1.02 [0.44 - 2.32]	0.70 [0.45 - 1.09]	0.97 [0.57 - 1.63]	1.14 [0.55 - 2.38]	1.19 [0.55 - 2.58]
40 a 54 años	1.57 [0.97 - 2.54]	1.41 [0.62 - 3.18]	0.74 [0.47 - 1.16]	1.06 [0.61 - 1.85]	1.22 [0.58 - 2.55]	1.49 [0.69 - 3.23]
55 años a más	3.06 [1.69 - 5.53]	1.84 [0.76 - 4.48]	0.68 [0.40 - 1.13]	0.84 [0.43 - 1.65]	1.69 [0.77 - 3.72]	1.92 [0.82 - 4.52]
Ingresos familiares mensuales (\$ pesos mexicanos)						
0-5000	ref		ref		ref	
5001-8000	1.05 [0.76 - 1.45]	0.90 [0.57 - 1.44]	0.87 [0.65 - 1.15]	0.76 [0.53 - 1.10]	1.43 [0.92 - 2.22]	1.16 [0.71 - 1.90]
8001-10000	0.76 [0.47 - 1.23]	0.98 [0.52 - 1.83]	0.63 [0.43 - 0.93]	0.43 [0.25 - 0.73]	0.88 [0.32 - 2.39]	1.05 [0.44 - 2.52]
> 10001	1.04 [0.65 - 1.66]	0.74 [0.38 - 1.44]	1.08 [0.61 - 1.89]	1.13 [0.60 - 2.14]	0.43 [0.10 - 1.75]	0.49 [0.16 - 1.53]
no contestó	1.68 [0.94 - 2.99]	0.64 [0.32 - 1.27]	0.72 [0.45 - 1.14]	0.79 [0.38 - 1.64]	1.47 [0.75 - 2.89]	1.64 [0.80 - 3.36]
Nivel de estudios						
Menos de secundaria incompleta	ref		ref		ref	
Secundaria completa	0.69 [0.48 - 0.98]	0.81 [0.51 - 1.29]	1.24 [0.91 - 1.69]	1.58 [1.07 - 2.33]	1.10 [0.60 - 1.99]	1.24 [0.68 - 2.24]
Preparatoria completa	0.53 [0.33 - 0.85]	1.17 [0.67 - 2.07]	1.39 [0.94 - 2.06]	1.82 [1.10 - 3.01]	1.36 [0.70 - 2.63]	1.47 [0.74 - 2.93]
Carrera técnica, licenciatura o mas	0.58 [0.31 - 1.06]	0.67 [0.26 - 1.72]	1.57 [0.96 - 2.57]	1.83 [0.98 - 3.41]	1.00 [0.48 - 2.07]	1.21 [0.51 - 2.82]
Empleo						
Con empleo remunerado	ref		ref		ref	
Actividades domésticas no remuneradas	0.55 [0.24 - 1.23]	0.82 [0.24 - 2.74]	1.40 [0.71 - 2.76]	1.92 [0.90 - 4.08]	0.29 [0.17 - 0.49]	0.36 [0.17 - 0.49]
Desempleado/retirado	1.19 [0.57 - 2.47]	0.27 [0.10 - 0.78]	1.26 [0.60 - 2.65]	1.22 [0.49 - 3.08]	1.02 [0.28 - 3.72]	1.07 [0.28 - 3.72]
Estudiante	0.80 [0.61 - 1.06]	0.80 [0.53 - 1.23]	1.27 [0.98 - 1.65]	1.30 [0.94 - 1.80]	1.39 [0.84 - 2.30]	1.46 [0.84 - 2.30]
Estatus de cohabitación						
No tiene pareja y/o no vive con su pareja	ref		ref		ref	
Vive con su pareja y su pareja es no fumador	0.70 [0.47 - 1.05]	1.02 [0.59 - 1.77]	1.50 [1.08 - 2.09]	1.60 [1.07 - 2.41]	1.85 [1.11 - 3.07]	1.55 [0.92 - 2.61]
Vive con su pareja y su pareja es fumador	0.72 [0.50 - 1.03]	0.85 [0.51 - 1.41]	0.89 [0.65 - 1.23]	1.10 [0.75 - 1.61]	0.81 [0.47 - 1.41]	0.78 [0.46 - 1.34]
Hogar 100% libre de humo						
Vive en hogar sin prohibición total de fumar	ref		ref		ref	
Vive en hogar con prohibición total para fumar	0.72 [0.54 - 0.95]	0.47 [0.32 - 0.69]	1.64 [1.29 - 2.07]	1.38 [1.02 - 1.85]	2.57 [1.65 - 4.00]	2.60 [1.55 - 4.34]
Índice: Conocimiento sobre enfermedades que produce fumar	1.03 [0.95 - 1.12]	1.12 [0.98 - 1.29]	0.98 [0.92 - 1.05]	0.96 [0.88 - 1.05]		
Índice: Conocimiento de enfermedades en fumador pasivo	0.93 [0.72 - 1.21]	1.03 [0.73 - 1.47]	1.35 [1.07 - 1.70]	1.49 [1.10 - 2.01]	0.49 [0.29 - 0.81]	0.52 [0.24 - 1.12]
Índice: Conocimiento sobre componentes del cigarro	1.00 [0.99 - 1.01]	1.00 [0.99 - 1.01]	1.00 [0.99 - 1.00]	1.00 [0.99 - 1.01]	0.63 [0.42 - 0.94]	0.64 [0.42 - 0.97]
Índice aceptación social de fumar (promedio)	0.99 [0.97 - 1.02]	0.95 [0.90 - 1.00]	0.98 [0.96 - 1.01]	0.97 [0.93 - 1.01]	1.09 [0.95 - 1.25]	1.07 [0.94 - 1.21]
Creencias erróneas					1.03 [0.71 - 1.49]	0.99 [0.67 - 1.47]
Cree que los cigarrillos light son mas fáciles de dejar	0.90 [0.61 - 1.33]	1.13 [0.61 - 2.10]	0.68 [0.47 - 1.00]	0.77 [0.49 - 1.19]	0.99 [0.98 - 1.00]	0.99 [0.98 - 1.00]
Cree que fumar le ayuda a controlar su peso	1.05 [0.75 - 1.48]	1.09 [0.67 - 1.75]	0.80 [0.61 - 1.06]	0.71 [0.49 - 1.03]	0.97 [0.92 - 1.02]	0.96 [0.92 - 1.02]
Depresión						
Con depresión	1.11 [0.83 - 1.49]	0.97 [0.65 - 1.45]	0.96 [0.75 - 1.23]	1.03 [0.75 - 1.41]	0.52 [0.29 - 0.95]	0.61 [0.32 - 1.15]
Autoeficacia						
Autoeficacia baja o media	ref		ref		-	-
Autoeficacia alta	0.36 [0.26 - 0.48]	0.43 [0.25 - 0.73]	1.90 [1.39 - 2.58]	1.79 [1.31 - 2.45]	-	-

Tabla 3. Población de mujeres y hombres fumadores diarios, con intención de dejar de fumar y exfumadoras. ITC-México, 2010 y 2011

	Fumador diario				Intentaron dejar de fumar				Ex fumador			
	Bivariado		Multivariado		Bivariado		Multivariado		Bivariado		Multivariado	
	RM	(95% IC)	RM	(95% IC)	RM	(95% IC)	RM	(95% IC)	RM	(95% IC)	RM	(95% IC)
Status de cohabitación												
No tiene pareja y/o no vive con su pareja	ref				ref				ref			
Vive con su pareja y su pareja es no fumador	0.93	[0.71 - 1.22]	1.03	[0.77 - 1.38]	1.11	[0.90 - 1.38]	1.22	[0.88 - 1.70]	1.11	[0.67 - 1.84]	1.07	[0.65 - 1.77]
Vive con su pareja y su pareja es fumador	0.92	[0.64 - 1.33]	-	-	0.95	[0.70 - 1.28]	1.33	[0.91 - 1.96]	0.85	[0.43 - 1.70]		
Sexo												
Hombre	ref				ref				ref			
Mujer	1.07	[0.76 - 1.49]	-	-	1.15	[0.97 - 1.38]	0.96	[0.65 - 1.40]	1.35	[0.97 - 1.89]	1.06	[0.59 - 1.90]
Interacción sexo y status de cohabitación												
Hombre					ref				ref			
Mujer que vive con su pareja y su pareja es no fumador	0.75	[0.46 - 1.22]	0.85	[0.50 - 1.44]	1.36	[0.92 - 2.02]	1.44	[0.92 - 2.02]	1.66	[0.81 - 3.39]	1.71	[0.82 - 3.55]
Mujer que vive con su pareja y su pareja es fumador	0.78	[0.47 - 1.30]	0.87	[0.49 - 1.55]	0.95	[0.61 - 1.47]	0.90	[0.61 - 1.47]	0.95	[0.40 - 2.30]	1.11	[0.43 - 2.88]
Grupo de edad												
18 a 24 años	ref				ref				ref			
25 a 39 años	0.86	[0.65 - 1.14]	0.94	[0.69 - 1.28]	0.89	[0.69 - 1.14]	1.01	[0.75 - 1.38]	0.94	[0.55 - 1.62]	0.90	[0.49 - 1.65]
40 a 54 años	1.20	[0.89 - 1.62]	1.32	[0.45 - 1.09]	0.91	[0.70 - 1.17]	1.04	[0.76 - 1.44]	1.34	[0.78 - 2.29]	1.22	[0.64 - 2.31]
55 años a más	1.78	[1.28 - 2.48]	2.12	[1.39 - 3.21]	1.02	[0.77 - 1.35]	1.08	[0.75 - 1.58]	1.63	[0.92 - 2.91]	1.62	[0.80 - 3.26]
Ingresos familiares mensuales (\$ pesos mexicanos)												
0-5000	ref				ref				ref			
5001-8000	1.17	[0.95 - 1.44]	1.32	[1.05 - 1.66]	0.91	[0.75 - 1.09]	0.80	[0.63 - 1.02]	1.38	[1.03 - 1.85]	1.28	[0.94 - 1.75]
8001-10000	0.96	[0.71 - 1.30]	1.00	[0.72 - 1.39]	0.83	[0.64 - 1.07]	0.64	[0.45 - 0.91]	0.98	[0.54 - 1.79]	1.12	[0.65 - 1.95]
> 10001	0.97	[0.70 - 1.35]	1.09	[0.69 - 1.71]	1.27	[0.92 - 1.75]	1.29	[0.87 - 1.91]	1.03	[0.49 - 2.15]	1.06	[0.44 - 2.51]
no contestó	1.37	[0.97 - 1.94]	1.28	[0.86 - 1.90]	0.70	[0.52 - 0.95]	0.70	[0.45 - 1.09]	1.47	[0.95 - 2.29]	1.68	[1.07 - 2.63]
Nivel de estudios												
Menos de secundaria incompleta	ref				ref				ref			
Secundaria completa	0.79	[0.63 - 0.99]	0.94	[0.72 - 1.24]	1.18	[0.98 - 1.43]	1.37	[1.07 - 1.75]	1.17	[0.76 - 1.80]	1.19	[0.74 - 1.89]
Preparatoria completa	0.72	[0.55 - 0.94]	0.84	[0.61 - 1.15]	1.12	[0.89 - 1.40]	1.31	[0.98 - 1.75]	1.06	[0.64 - 1.75]	1.12	[0.64 - 1.99]
Carrera técnica, licenciatura o mas	0.72	[0.51 - 1.03]	0.75	[0.50 - 1.12]	1.29	[0.96 - 1.73]	1.40	[0.96 - 2.04]	0.87	[0.44 - 1.72]	0.77	[0.34 - 1.73]
Empleo												
Con empleo remunerado	ref				ref				ref			
Actividades domésticas no remuneradas	1.28	[0.85 - 1.92]	1.38	[0.85 - 2.23]	1.03	[0.72 - 1.48]	1.42	[0.90 - 2.25]	0.74	[0.43 - 1.27]	0.84	[0.45 - 1.55]
Desempleado/retirado	1.25	[0.88 - 1.77]	0.79	[0.50 - 1.26]	1.35	[0.99 - 1.86]	1.63	[1.09 - 2.45]	1.24	[0.67 - 2.29]	1.09	[0.59 - 2.01]
Estudiante	0.84	[0.67 - 1.06]	0.92	[0.68 - 1.24]	1.32	[1.08 - 1.62]	1.29	[0.95 - 1.74]	1.48	[1.00 - 2.18]	1.36	[0.87 - 2.13]
Estado civil												
Sin unión (i.e. soltera, viuda, separada)	ref				ref				ref			
Con unión (i.e. Unión libre, casados)	1.14	[0.94 - 1.38]	1.21	[0.91 - 1.60]	1.00	[0.86 - 1.16]	1.19	[0.91 - 1.56]	0.77	[0.56 - 1.04]	0.80	[0.52 - 1.23]
Hogar 100% libre de humo												
Vive en hogar sin prohibición total de fumar	ref				ref				ref			
Vive en hogar con prohibición total para fumar	0.81	[0.68 - 0.96]	0.88	[0.72 - 1.07]	1.74	[1.49 - 2.02]	1.47	[1.22 - 1.76]	2.00	[1.52 - 2.64]	2.03	[1.50 - 2.74]
Índice: Conocimiento sobre enfermedades que produce fumar	1.01	[0.96 - 1.05]	1.03	[0.98 - 1.09]	1.00	[0.96 - 1.04]	0.96	[0.91 - 1.01]	1.11	[1.02 - 1.19]	1.08	[1.00 - 1.16]
Índice: Conocimiento de enfermedades en fumador pasivo	0.97	[0.82 - 1.14]	1.23	[1.03 - 1.47]	1.37	[1.18 - 1.58]	1.51	[1.25 - 1.82]	0.97	[0.74 - 1.27]	0.96	[0.72 - 1.28]
Índice: Conocimiento sobre componentes del cigarro	1.00	[1.00 - 1.01]	1.00	[1.00 - 1.00]	1.00	[0.99 - 1.00]	1.00	[0.99 - 1.00]	0.99	[0.99 - 1.00]	0.99	[0.99 - 1.00]
Índice aceptación social de fumar (promedio)	1.01	[1.00 - 1.03]	1.01	[0.99 - 1.03]	0.98	[0.97 - 1.00]	0.98	[0.95 - 1.00]	0.97	[0.94 - 1.00]	0.96	[0.93 - 0.99]
Creencias errneas												
Cree que los cigarros light son mas fáciles de dejar	1.08	[0.84 - 1.39]	0.96	[0.73 - 1.27]	0.87	[0.69 - 1.10]	1.04	[0.78 - 1.39]	0.73	[0.48 - 1.10]	0.73	[0.44 - 2.21]
Cree que fumar le ayuda a controlar su peso	0.97	[0.77 - 1.21]	0.92	[0.73 - 1.17]	0.87	[0.71 - 1.06]	0.68	[0.52 - 0.90]	0.81	[0.59 - 1.10]	0.81	[0.58 - 1.15]
Depresión												
Con depresión	0.95	[0.77 - 1.16]	0.94	[0.75 - 1.17]	1.03	[0.87 - 1.22]	1.04	[0.84 - 1.29]	0.84	[0.57 - 1.23]	0.87	[0.59 - 1.28]
Autoeficacia												
Autoeficacia baja o media	ref				ref							
Autoeficacia alta	0.39	[0.32 - 0.47]	0.38	[0.31 - 0.46]	1.80	[1.50 - 2.17]	1.68	[1.38 - 2.03]	-	-	-	-
Intento para dejar de fumar en últimos 6 meses	0.56	[0.47 - 0.67]	0.63	[0.52 - 0.76]	-	-	-	-	-	-	-	-

Bibliografía

- World Health Organization. WHO Report on The Global Tobacco Epidemic. (2008) The MPOWER package. Geneva: WHO Press.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2008) Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs. United States, 2000–2004. MMWR;57:1226-1228. Recuperado el 11 de junio de 2013, de www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5745a3.htm
- Poland B, Frohlich KL, Corin E, Potvin L. (2001) A theoretical proposal for the relationship between context and disease. *Sociol Health Illn*,23:776–97.
- Women and the Tobacco Epidemic, Challenges for the 21st Century. (2001) World Health Organization. WHO/NMH/TFI/01.1. Canada.
- Shafey O, Eriksen M, Ross H, Mackay J. (2009) El atlas del tabaco. Sociedad Americana del Cáncer. Tercera edición. pp 128
- SSA. Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Recuperado el 11 de junio de 2013, de <http://encuestas.insp.mx/ena/ena2011.html>

-
- ⁷ Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes. México 2011. Recuperado el 11 de junio de 2013, de <http://www.insp.mx/produccion-editorial/nuevas-publicaciones.html>
- ⁸ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. ENSANut 2012. Recuperado el 11 de junio de 2013, de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- ⁹ Partes en el Convenio Marco de la OMS para el control del Tabaco. Recuperado el 11 de junio de 2013, de http://www.who.int/fctc/signatories_parties/es/index.html
- ¹⁰ Reynales Shigematsu LM, Thrasher JF, Lazcano Ponce E, Hernández Ávila M (2013). Salud pública y tabaquismo, volumen I. Políticas para el control del tabaco en México. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- ¹¹ Frohlich KL, Corin E, Potvin L. (2001) A theoretical proposal for the relationship between context and disease. *Sociol Health Illn*, 23:776–97.
- ¹² Barraza-Lloréns M, Bertozzi S, González-Pier E, Gutierrez JP. (2002) Addressing inequity in health care in Mexico. *Health Affairs*,21:47-56.
- ¹³ Courtenay, W H. (2000) Behavioral Factors Associated with Disease, Injury, and Death among men: Evidence and Implications for Prevention. *The Journal of Men's Studies*, 9(1):81-142.
- ¹⁴ De Keijzer B. (2003) Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. En: Cáceres C, Cueto M, Ramos M, Vallenás S, coord. *La salud como un derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*. International Forum for Social Sciences in Health y Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. Perú. (pp.137-152).
- ¹⁵ De Keijzer B. (2004) Masculinities: Resistance and Change. In: Ruxton S. (ed.) *Gender Equality and Men: Learning from Practice*. Oxford: Oxfam.
- ¹⁶ Nerín I, Jané M. (2007) Libro blanco sobre mujeres y tabaco. Abordaje con una perspectiva de género. Zaragoza: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ¹⁷ Marqueta A, Nerín I, Jiménez-Muro A, Gargallo P, Beamonte A. (2013) Factores predictores de éxito según género en el tratamiento del tabaquismo. *Gac Sanit*,27(1):26–31.
- ¹⁸ Graham H, Der G. (1999) Patterns and predictors of smoking cessation among British women. *Health Promotion International*,14(3):231-239.
- ¹⁹ Thrasher JF, Boado M, Sebríé EM, Bianco E. (2009) Smoke-free policies and the social acceptability of smoking Uruguay and Mexico. *Nicotine & Tobacco Research*. 11(6):591-599.
- ²⁰ Thrasher JF, Abad EN, Sebríé E, Barrientos-Gutierrez T, Boado M, Yong HH, Arillo-Santillán E, Bianco E. (2012) Trends and correlates of tobacco smoke exposure after smoke-free policy implementation: A longitudinal analysis of Mexico and Uruguay. *Health Policy & Planning*.
- ²¹ Thrasher J, Swayampakala K, Arillo-Santillán E, Sebríé EM, Wiseman K, Bottani M. (2010). Differential impact of local and federal smoke-free legislation in Mexico: A longitudinal study of campaign exposure, support for smoke-free policies and secondhand smoke exposure among adult smokers. *Salud Publica de Mex*; 52(Supp 2): S244-53.
- ²² Thrasher, Pérez-Hernández R, Swayampakala K, Arillo-Santillán E, Bottai M. (2010) Policy support, norm, and secondhand smoke exposure before and after implementation of a comprehensive smoke-free policy in Mexico City. *American Journal of Public Health*; 100(9):1079-96.

-
- ²³ Pérez-Hernández R, Thrasher JF, Rodríguez-Bolaños R, Barrientos-Gutiérrez I, Ibáñez- Hernández NA. (2012) Autorreporte de exposición a publicidad y promoción de tabaco en una cohorte de fumadores mexicanos Salud Publica Mex;54:204-212.
- ²⁴ Hammond D, Thrasher JF, Reid JL, Driezen P, Boudreau C, Arillo-Santillán E. (2012) Perceived effectiveness of pictorial health warnings among Mexican youth and adults: a population-level intervention with potential to reduce tobacco related inequities. *Cancer Causes and Control*; 23:69–80.
- ²⁵ Thrasher JF, Villalobos V, Szklo A, Fong GT, Pérez C, Sebríe E, Sansone N, Figueiredo V, Boado M, Arillo-Santillán E, Bianco E. (2010) Impacto de advertencias sanitarias del empaquetado de cigarrillos: un análisis comparativo en Brasil, Uruguay y México; 52 supl2:S206-S215.
- ²⁶ Thrasher JF, Arillo-Santillán E, Villalobos V, Pérez-Hernández R, Hammond D, Carter J, Sebríe E, Sansores R, Regalado-Piñeda J.(2012) Can pictorial warning labels on cigarette packages address smoking-related health disparities? Field experiments in Mexico to assess pictorial warning label content. *Cancer Causes Control. Suppl 1*:69-80.
- ²⁷ Saenz de Miera B, Thrasher J, Chaloupka FJ, Waters HR, Hernández-Ávila M, Fong GT. (2010) Self-reported price, consumption and brand switching of cigarettes in a cohort of Mexican smokers before and after a cigarette tax increase. *Tobacco Control*. 19:481-487.
- ²⁸ Saenz de Miera B, Thrasher J; Reynales-Shigematsu LM, Hernández-Ávila M, Chaloupka FJ. (2012) Tax, price, and cigarette brand preferences: A longitudinal study of adult smokers from the ITC- Mexico survey, *Tobacco Control*,
- ²⁹ Siahpush M, Thrasher JF, Yong H-H, Cummings KM, Fong GT, Sáenz de Miera B, Borland R. *En prensa*. Cigarette prices, cigarette expenditure and smoking-induced deprivation: Finding from the International Tobacco Control (ITC) Mexico Survey.
- ³⁰ Thrasher JF, Chaloupka F, Hammond D, Fong GT, Borland R, Hastings G, et al. (2006) Evaluación de las políticas contra el tabaquismo en países latinoamericanos en la era del Convenio Marco para el Control del Tabaco [Evaluation of tobacco control policies in Latin American countries during the era of the Framework Convention on Tobacco Control]. *Salud Publica Mex*;48(1):S155-S66.
- ³¹ Fong GT, Cummings KM, Borland R, Hastings G, Hyland A, Giovino GA, et al. (2006) The conceptual framework of the International Tobacco Control Policy Evaluation Project. *Tob Control*,15(3):3-11.
- ³² Thompson ME, Fong GT, Hammond D, Boudreau C, Dreizen PR, Hyland A, et al. (2006) The methodology of the International Tobacco Control Policy Evaluation Project. *Tob Control*,15(3):12-18.
- ³³ Thrasher JF, Pérez-Hernández R, Arillo-Santillán E, Barrientos-Gutiérrez I. (2012) Hacia el consumo informado de tabaco en México: efecto de las advertencias con pictogramas en población fumadora. *Salud Publica Mex*,54:242-253.