

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

NANCY NOLASCO ALONSO

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA DE CONCENTRACIÓN EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA

DIRECTOR DE TESIS

JAMES FRANCIS THRASHER

ASESORES DE TESIS

LUZ MYRIAM REYNALES SHIGEMATSU

RAÚL SANSORES MARTÍNEZ

GENERACIÓN 2010-2012

**ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSEJO MÉDICO Y LA INTENCIÓN Y EL ABANDONO
DEL CONSUMO DE TABACO EN MÉXICO**

10 OCTUBRE 2012

Resumen

Objetivo. Identificar la asociación del consejo médico con la intención y el intento de dejar de fumar, así como analizar las variables asociadas a los fumadores mexicanos, que contribuyen a que consulten a un profesional de la salud y que reciban consejo médico.

Material y métodos. Los datos para el análisis provienen de la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS) México 2009, con representatividad nacional que utilizó un muestreo probabilístico, polietápico por conglomerados. Se analizaron los datos de 1821 fumadores actuales. Se realizaron modelos de regresión logística multivariada para muestras complejas para estimar las razones de momios (RM) crudas y ajustadas que expresaron la posibilidad de consultar a un profesional de la salud, recibir consejo médico para dejar de fumar y tener la intención o el intento de dejar de fumar, con intervalos de confianza al 95% y considerando significancia estadística con un valor de $p \leq 0.05$.

Resultados. El 46% de los fumadores actuales intento dejar de fumar y el 16% tenía la intención de dejar de fumar. El 24% consultó a un profesional de la salud en los últimos 12 meses, de estos el 16% recibió Consejo Médico para dejar de fumar. Los factores asociados a consultar a un profesional de la salud fueron: sexo mujer (RM=1.55, IC95% 1.03-2.33), mayores de 65 años (RM=1.70, IC95% 1.00-2.91) y tener un proveedor de servicios de salud (RM=1.67, IC95% 1.25-2.25). Para recibir consejo médico: escolaridad licenciatura (RM=0.11, IC95% 0.01-0.99). Para tener la intención de dejar de fumar fue consultar a un profesional de la salud y recibir Consejo Médico (RM=2.69, IC95% 1.54-4.68). Y para intentar dejar de fumar fueron: Sexo mujer (RM=1.44, IC95% 1.07-1.95), tener un proveedor de servicios de salud (RM=1.32, IC95% 1.00-1.73), tener intención de dejar de fumar (RM=3.79, IC95% 2.53-5.66), consultar a un profesional de la salud recibiendo (RM=2.77, IC95% 1.15-6.67) o no (RM=1.71, IC95% 1.20-2.45) Consejo Médico y residencia urbana (RM=0.69, IC95% 0.53-0.89).

Conclusión. Los fumadores actuales quienes consultan a un profesional de la salud y reciben consejo médico para dejar de fumar tienen mayor posibilidad de intentar dejar de fumar, en comparación con los fumadores que no acuden a consultar a un profesional de la salud. Esta posibilidad de intentar también es mayor en los fumadores que tienen la intención de dejar de fumar en el próximo mes.

Palabras clave: consejo, tabaquismo, cese del tabaquismo.

Introducción

Actualmente en México se estima una prevalencia de tabaquismo en adultos de 15.9 a 18.9%⁽¹⁻³⁾ siendo mayor en las zonas urbanas (hombres 24.5%, mujeres 10.9%) que en las rurales (hombres 19.8%, mujeres 2.4%).⁽²⁾

Las muertes atribuibles al tabaco proyectadas podrían declinar en un 9% entre 2002 a 2030 en países de altos ingresos, pero podrían llegar a duplicarse de 3.4 a 6.8 millones en los países de bajos y medianos ingresos.^(4, 5)

Por lo que en México se han establecido las medidas para luchar contra el tabaquismo activo y pasivo a través del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (CMCT OMS) en el año 2005,^(4,6,7) los abordajes más comúnmente usados han incluido incremento en los impuestos, educación pública a través de campañas en medios masivos de comunicación y advertencias de salud, restricciones para la comercialización del tabaco e introducción de ambientes libres de humo de tabaco.⁽⁸⁾

Más aún, el CMCT OMS reconoce la importancia del efecto sinérgico de la cobertura de estas intervenciones a nivel poblacional y la promoción de la cesación a través de la integración del consejo médico (CM) para dejar de fumar dentro de todos los sistemas de atención a la salud. A pesar de esto, existe la necesidad de reforzar esta medida en países donde los fumadores no consultan a los profesionales de la salud y en donde la capacidad del sistema de atención a la salud juega un papel limitado en la promoción de la cesación.⁽⁹⁾

Factores asociados a la intención de dejar de fumar

La cesación del consumo de tabaco es un proceso más que un evento específico⁽¹⁰⁾ (Figura 1). Prochaska y colegas postularon y validaron el Modelo Transteórico (MTT) de cambio de comportamiento que ha sido adaptado para comprender el proceso de dejar de fumar. Este incluye 5 etapas de cambio, en donde el fumador pasa de tener la intención a intentar dejar de fumar y finalmente lograr la cesación.⁽¹¹⁾

Por otra parte, la teoría de la conducta planificada señala que la intención es una función directa de tres determinantes: actitudes (hacia el abandono del tabaco), normas subjetivas (relativas a dejar de fumar) y la auto eficacia.⁽¹²⁾

Del 53 al 68.8% de los fumadores tienen el deseo de dejar de fumar^(13, 14) y más de la mitad de los fumadores han intentado dejar de fumar al menos una vez. Los informes de haber intentado dejar de fumar van desde alrededor del 60% (Nueva Zelanda, Uruguay, México, Malasia y China) a más del 80% (Australia, Canadá, EUA, UK, Irlanda, Holanda, Alemania, Francia, Tailandia y Corea del Sur).⁽⁹⁾

Existen discrepancias entre los factores asociados a la intención de dejar de fumar, factores como ser mujer, menor edad, escolaridad licenciatura, afiliación religiosa, antecedente de enfermedad pulmonar personal o familiar, compra de cigarrillos sueltos para reducir el consumo, intentos previos para dejar de fumar, dependencia alta, percepción del daño a la salud, actitudes y normas subjetivas positivas así como una auto eficacia alta se han asociado con una mayor posibilidad de dejar de fumar en la mayoría de los estudios.⁽¹²⁻¹⁷⁾ (Anexo 1)

Se ha reportado un total de 86 variables predictoras para intentar dejar de fumar por lo que se han agrupado dentro de 6 categorías con mediciones conceptualmente similares.⁽¹⁸⁾ Dentro de las características demográficas y físicas algunos autores⁽¹⁸⁻²¹⁾ no han encontrado asociación entre el sexo, edad, el estado civil, el nivel de educación, empleo, ingreso, clase social o país. No obstante, los fumadores de entornos desfavorecidos y fumadores de mayor edad tienen más posibilidad de tener creencias que minimizan el riesgo como “ser escéptico” (por ejemplo, “La evidencia médica de que fumar es perjudicial es exagerada”); de normalización (por ejemplo, “Fumar no es más riesgoso que un montón de otras cosas que hacen las personas”) y las creencias auto eximidas (por ejemplo: “tienes que morir de algo ...”). Los fumadores que tienen estas creencias tienen menos posibilidad de hacer intentos para dejar de fumar.⁽¹⁶⁾ En contraparte, los fumadores con un alto estrés financiero tienen más posibilidad que otros de tener la intención de dejar de fumar pero con un poco menos de posibilidad de intentarlo y considerablemente menor la posibilidad de estar sin fumar.⁽⁹⁾

En relación al consumo de tabaco la edad de inicio no se ha asociado con la posibilidad de realizar un intento para dejar de fumar⁽²⁰⁻²¹⁾, sin embargo fumar 5 o

menos cigarros por día se asocia a una mayor posibilidad de intentar dejar de fumar ⁽²²⁻²⁴⁾, al igual que un mayor tiempo antes de fumar el primer cigarro del día. ⁽²⁵⁾ Por lo que, el aumento de la dependencia se asocia negativamente con realizar un intento para dejar de fumar, ^(19, 23, 24) siendo la dependencia un fuerte predictor para lograr la cesación. ^(11,26, 27)

En la categoría de la historia de abandono del cigarro un intento previo o antecedente de abstinencia de al menos 6 meses se ha asociado con el intento para dejar de fumar. ⁽¹⁸⁾

Respecto a las restricciones para fumar en casa se ha reportado que la prohibición se asocia con una mayor posibilidad de intentar dejar de fumar ⁽²²⁾ por otra parte convivir con otros fumadores en casa no ha mostrado asociación. ⁽¹⁹⁾

En cuanto a las creencias y percepciones, la conciencia del daño a la salud que ocasiona el tabaquismo, un alto nivel de auto eficacia, opinión negativa sobre fumar, así como la esperanza de un efecto beneficioso para la salud al abandonar el tabaco se han asociado con una mayor posibilidad de intentar dejar de fumar. ^(12, 20, 22, 25, 28)

En relación al deseo y la confianza de dejar de fumar la mayoría de los estudios ^(19, 20, 22, 23-25, 28) señala que los fumadores quienes tienen la intención de dejar de fumar tienen mayor posibilidad de intentar dejar de fumar.

La consulta médica y el dejar de fumar

En las unidades de salud la consulta de atención primaria ofrece una de las mejores oportunidades para la identificación, el tratamiento y el seguimiento de los fumadores. ⁽²⁹⁾ En los países desarrollados hasta un 70% de los fumadores consulta por cualquier causa a un médico o profesional de la salud en el año previo. ^(10,30,31) En contraste, en México se estima que entre el 25 al 38% consultaron a un profesional de la salud, no observando diferencias por sexo, edad, residencia o nivel educativo. ^(3,31)

Sin embargo, en Estados Unidos (Current Population Survey, CPS 95/96) se ha reportado que las mujeres fumadoras, los fumadores de mayor edad y los fumadores con mayor escolaridad e ingreso tienen mayor posibilidad de consultar a un médico. No encontrando relación entre el número de cigarros fumados por día y la asistencia a la consulta médica. ⁽¹⁰⁾

En la consulta la frecuencia con que los médicos otorgan CM para dejar de fumar varía dependiendo a quien se le pregunte. Brink et al. encontraron que 95% de los médicos reportó dar consejo, pero al encuestar a sus pacientes se encontró una frecuencia de solo el 29%. El CM para dejar de fumar es una intervención que puede ser aislada o sistemática, cuyo objetivo es que el usuario de servicios de salud adopte un cambio voluntario en su conducta con un impacto positivo en la salud, en este caso, el dejar de fumar.⁽²⁶⁾

La frecuencia con que se reporta CM para dejar de fumar entre los fumadores diarios quienes vieron al médico durante el año previo es de 59.2%; y de 21.1% a 65% para todos los fumadores.^(9,10,32,33) Las prevalencias estimadas de recibir CM para dejar de fumar reportadas por los fumadores en el año previo en México varían de 26.7% a 34%.^(3,31)

En Estados Unidos los datos de la “Current Population Survey (CPS 95/96)”, de la “National Health Interview Survey (NHIS 2010)” y de la “Community Tracking Study Household Survey” (CTS 96/97)” mediante análisis con modelos de regresión logística multivariada en fumadores diarios quienes visitan al médico en el año previo encontraron que las mujeres fumadoras, quienes perciben su estado de salud categorizado como pobre, antecedente de al menos una hospitalización y de mayor edad tienen mayor posibilidad de recibir CM para dejar de fumar, así como los fumadores de un alto número de cigarrillos por día, que tengan 4 o más consultas por año o quienes planean dejar de fumar en los próximos 6 meses. No encontraron asociación entre la escolaridad, y el ingreso familiar sobre la posibilidad de recibir CM en la CPS 95/96, mientras que los datos del NHIS mostraron un incremento de recibir consejo conforme incrementa la escolaridad pero no con el nivel de pobreza.^(16,26,32)

Las personas que reportaron menor prevalencia de recibir CM incluyen a quienes carecen de seguro de salud, perciben su estado de salud como excelente y realizaron solo una visita al médico en los últimos 12 meses.

La mitad de los fumadores diarios quienes reciben CM para dejar de fumar hacen un intento para dejarlo.^(10,14,32) De acuerdo con el reporte GATS México 2009 sólo 4.5% de los fumadores que reciben consejo para dejar de fumar lo logra.

El National Cancer Institute U.S. (NCI) reporta que los fumadores diarios quienes recibieron Consejo Médico tienen 1.5 veces más posibilidad de hacer un cambio en su comportamiento de consumo de tabaco y 1.6 veces más posibilidad de realizar un intento para dejar de fumar en comparación con los que no reciben CM. Estos datos sugieren que los médicos son efectivos motivadores de la actividad de cesación. Así, se asume que en Estados Unidos 35 millones de fumadores ven a un médico cada año, el 3% de estos dejará de fumar a largo plazo sin intervención clínica. Pero con una tasa de CM para dejar de fumar del 60% se esperaría un incremento de 189 mil ex fumadores adicionales por año.^(10,32)

Lancaster T. et al, realizaron una revisión sistemática cuyo objetivo fue determinar el efecto del CM para dejar de fumar, identificando 17 ensayos reportaron que el CM breve es más efectivo que solo la atención habitual. La razón de momios para dejar de fumar al menos por un mes fue de 1.74 (IC 95%, 1.48 a 2.05).⁽³⁴⁾

En México más del 85% de los fumadores tienen un bajo nivel de adicción, característica que los hace más susceptibles de beneficiarse de una fuerte educación para la salud que hable de las drásticas consecuencias de fumar tabaco como el CM por lo que se esperaría un mayor éxito de esta intervención.^(3,35,36)

En fumadores mexicanos no se ha identificado la asociación del CM con la intención o el intento de dejar de fumar, por lo que este es el objetivo principal del presente estudio; además de analizar las variables asociadas a los fumadores que contribuyen a que consulten a un profesional de la salud y que reciban CM.

Con base en los antecedentes previamente abordados, se plantean las siguientes Hipótesis:

1. Los fumadores quienes son mujeres (vs. hombres), los mayores de 25 años (vs. 15-24 años), con tipo de residencia urbana (vs. rural), quienes tienen un proveedor de servicios de salud (vs. no tenerlo), prohíben fumar en casa (vs. no prohíben) y creen que el humo enferma a los no fumadores (vs. el humo no enferma) tienen mayor posibilidad de asistir a consulta médica.
2. De los fumadores que asisten a consulta médica, las mujeres (vs. hombres), los que tienen entre 25 y 64 años (vs. 15-24 años), con tipo de residencia urbana (vs. rural), quienes consumen 5 o más cigarrillos por día (vs. consumen ocasionalmente), tienen

un proveedor de servicios de salud (vs. no tenerlo), prohíben fumar en casa (vs. no prohíben) y creen que el humo enferma a los no fumadores (vs. el humo no enferma) tienen mayor posibilidad de recibir CM para dejar de fumar.

3. Los fumadores quienes son mujeres (vs. hombres), menores de 45 años (vs. mayores de 45), con tipo de residencia urbana (vs. rural), quienes tienen un proveedor de servicios de salud (vs. no tenerlo), quienes consumen 5 o más cigarrillos por día (vs. consumen ocasionalmente), quienes consultan a un profesional de la salud (vs. no consultarlo) y reciben CM para dejar de fumar (vs. no recibirlo) tienen mayor posibilidad de tener la intención de dejar de fumar.
4. Los fumadores quienes son mujeres (vs. hombres), menores de 25 años (vs. mayores de 25), con tipo de residencia urbana (vs. rural), los que tienen un proveedor de servicios de salud (vs. no tenerlo), cuyo consumo de cigarrillos es ocasional (vs. consumir 5 o más cigarrillos por día), con intención de dejar de fumar (vs. sin intención), quienes prohíben fumar en casa (vs. no prohíben) y creen que el humo enferma a los no fumadores (vs. el humo no enferma), quienes consultan a un profesional de la salud (vs. no consultarlo) y reciben CM (vs. no recibirlo), tienen mayor posibilidad de intentar dejar de fumar.

Métodos

Diseño de estudio:

Los datos para el análisis provienen de la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS) México 2009, la cual es una encuesta de hogares con representatividad nacional de hombres y mujeres mayores de 15 años con una estrategia metodológica estandarizada; utilizó un muestreo probabilístico, polietápico por conglomerados. Está integrada por 7 secciones de las cuales se utilizaron ítems de consumo de tabaco y cesación, además de datos socio demográficos. La encuesta se integró de 13,617 entrevistas completas, de las cuales se utilizaron 1,821 que correspondieron a los individuos quienes respondieron fumar tabaco actualmente.⁽³⁾ La muestra analítica para el presente estudio consistió en los fumadores actuales definidos por fumar al menos un cigarrillo cada día (fumadores diarios) o algunos días (fumadores ocasionales) durante un

período de un mes o más. ⁽³⁷⁾ El protocolo fue dictaminado como exento de revisión por la comisión de ética y bioseguridad debido a que la base secundaria utilizada ya había sido revisada y aprobada por los comités del Instituto Nacional de Salud Pública.

Mediciones:

Variables de resultado

Consultar a un profesional de la salud: Se obtuvo el dato de la respuesta de cada participante a la pregunta “¿Ha consultado con un médico u otro profesional de la salud en los últimos 12 meses?”, el resultado se codificó No=0 y Si=1. ^(31,38,39)

Recibir Consejo Médico: Se preguntó: “Cuando consultó con un médico o profesional de la salud en los últimos 12 meses, ¿recibió orientación sobre cómo dejar de fumar productos de tabaco?”, el resultado se codificó No=0 y Si=1. ^(31,38-41)

Intención para dejar de fumar: Se creó una variable binaria codificada como No=0 que incluyó las siguientes respuestas: Estoy pensando en la posibilidad de dejar de fumar en los próximos 12 meses, Dejaré de fumar algún día, pero no en los próximos 12 meses, No me interesa dejar de fumar y No sabe. Y Si=1 que incluyó la respuesta Tengo previsto dejar de fumar el próximo mes. A partir de la pregunta: “¿Cuál de las siguientes frases describe mejor lo que piensa acerca de dejar de fumar?” ^(3, 9, 38, 42)

Intento para dejar de fumar: Se obtuvo el dato de la respuesta de cada participante a la pregunta: “Durante los últimos 12 meses, ¿ha tratado de dejar de fumar?”, el resultado se codificó No=0 y Si=1. ^(3, 9, 38-40, 43)

Variables asociadas

Proveedor de servicios de salud: Se preguntó: “¿Tiene servicio médico en ...?”, y el resultado se codificó No=0 si la respuesta fue No tiene y Si=1 para cualquier otro servicio incluyendo IMSS, ISSSTE, SSA (Seguro popular de salud), Pemex, Ejército-Marina, Otra institución de gobierno, Servicio médico universitario, y Hospital o clínica privada. ^(3, 38)

Consumo: Fue creada mediante dos preguntas: “¿Actualmente fuma tabaco todos los días, algunos días o no fuma actualmente?” y “En promedio, ¿cuántos cigarrillos manufacturados fuma actualmente cada día?”, las respuestas se codificaron en tres niveles de consumo de tabaco, con dos variables dummy y el grupo de referencia

ocasional quienes contestaron “Algunos días” en la primera pregunta y/o “Menos de una vez al día” en la segunda. Los otros dos niveles incluían a los fumadores diarios, uno para los respondieron que fumaban menos de 5 cigarros por día y el otro si contestaron fumar 5 o más cigarros al día. (3, 38, 40, 44)

Está prohibido fumar en casa: Se creó una variable binaria codificada como No=0 que incluyo las siguientes respuestas: Está permitido fumar dentro de casa, Está prohibido pero hay excepciones, No hay reglas y No sabe. Y Si=1 que incluyo la respuesta Está prohibido fumar dentro de casa. A partir de la pregunta “¿Cuál de las siguientes frases describe mejor las normas relativas a fumar dentro de su casa?”. (3, 37, 38)

Hay más de un fumador en casa: Se preguntó “¿Cuántos fumadores viven en su casa?” y el resultado se codifico No=0 cuando la respuesta fue uno y Si=1 cuando la respuesta fue dos o más. (3, 37, 38)

El humo enferma a los no fumadores: Se obtuvo el dato de la respuesta de cada participante a la pregunta “Basándose en lo que usted sabe o lo que cree, ¿respirar el humo que expelen otras personas causa enfermedades graves a los no fumadores?”, el resultado se codifico No=0 y Si=1. (3, 37, 38)

Atención: Se categorizó mediante dos preguntas: “¿Ha consultado con un médico u otro profesional de la salud en los últimos 12 meses?” y “Cuando consultó con un médico o profesional de la salud en los últimos 12 meses, ¿recibió orientación sobre cómo dejar de fumar productos de tabaco?” el resultado se codificó como No consulta=0 si respondió “No” a la primera pregunta, Solo consulta=1 si respondió “Sí” a la primera pregunta y no respondió la segunda pregunta, Consulta y no recibe CM=2 si respondió “Sí” a la primera y “No” a la segunda y Consulta y recibe CM=3 si respondió “Sí” a las dos preguntas. Para los análisis, se derivaron variables dummy para los niveles de atención.

Variables socio demográficas

Fueron sexo (hombre, mujer); edad (15-24, 25-44, 45-64, 65 o más), nivel más alto de estudios (primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura o más) y residencia (rural, urbana). (Anexo 2)

Análisis:

El análisis fue realizado usando STATA, versión 11.0. Descripciones univariadas de las características de la muestra de estudio fueron calculadas sin tomar en cuenta el diseño de encuesta para muestras complejas y los ponderadores; sin embargo, para el resto de los análisis si fueron considerados ambos. Se realizaron modelos de regresión logística multivariada para estimar las razones de momios (RM) crudas y ajustadas que expresaron la asociación entre las variables de estudio y la posibilidad de consultar a un profesional de la salud, recibir CM para dejar de fumar y tener la intención o el intento de dejar de fumar; teniendo como referencia la primera categoría de cada variable. Todas las estimaciones se obtuvieron con intervalos de confianza al 95% y considerando significancia estadística con un valor de $p \leq 0.05$. Para evaluar si los modelos predichos se ajustaban bien a los valores observados, se llevó a cabo la prueba estadística de bondad de ajuste para muestras complejas de Arher y Lemeshow.

Resultados

Se analizaron un total de 1,821 encuestas de fumadores actuales, el 77% fueron hombres, la mayoría con una edad entre 25 y 44 años (45%), escolaridad primaria (46%) y residencia urbana (64%). El 53% reportó un consumo ocasional, seguido de un 30% con un consumo de 5 o más cigarrillos por día. El 46% de los fumadores actuales intentó dejar de fumar y solo el 16% tenía la intención de dejar de fumar en el próximo mes. La mayoría tenía un proveedor de servicios de salud (59%), pero solo el 24% consultó a un profesional de la salud en los últimos 12 meses. Solo el 16% de los fumadores actuales que consultaron a un profesional de la salud recibieron CM para dejar de fumar. El 54% de los fumadores reportó que está prohibido fumar en su casa y solo en un 30% existe otro fumador en casa. La mayoría (94%) cree que el humo del tabaco enferma a los no fumadores. (Tabla 1)

Tanto en el análisis bivariado como en el multivariado las mujeres mostraron una mayor posibilidad de consultar a un profesional de la salud en los últimos 12 meses que los hombres, los fumadores de 65 años o mayores también tuvieron mayor posibilidad

de consultar en comparación con los fumadores de 15 a 24 años. Así mismo, los que tienen un proveedor de servicios de salud tienen más posibilidad de consultar a un profesional de la salud que los que no tienen a un proveedor (Tabla 2).

Al analizar solo a los fumadores actuales quienes consultaron a un profesional de la salud en los últimos 12 meses y respondieron si recibieron o no CM, solo se encontró que los fumadores con licenciatura tienen una menor posibilidad de recibir CM tanto en el análisis bivariado como multivariado (Tabla 3).

Consumir 5 o más cigarrillos al día se asoció significativamente solo en el análisis bivariado con una menor posibilidad de tener la intención de dejar de fumar en comparación con un consumo ocasional. Mientras que consultar a un profesional de la salud y recibir CM para dejar de fumar se asoció con una mayor posibilidad de tener la intención de dejar de fumar tanto en el análisis bivariado como multivariado (Tabla 4).

El análisis bivariado mostró que las mujeres en comparación con los hombres, tienen mayor posibilidad de intentar dejar de fumar, al igual que quienes tienen la intención de dejar de fumar en comparación con los que no tienen la intención. Así mismo quienes han consultado a un profesional de la salud o que han recibido CM tuvieron mayor posibilidad de intentar dejar de fumar en comparación con los que no consultaron a un profesional de la salud. Y los fumadores con residencia urbana tienen menor posibilidad de intentar dejar de fumar en comparación con los que tienen residencia rural. En el análisis multivariado estas posibilidades también fueron significativas, además la mayor posibilidad de intentar dejar de fumar en los fumadores que tenían un proveedor de servicios de salud en comparación con los que no tenían también fue significativa en este análisis (Tabla 5).

Discusión

Tener un proveedor de servicios de salud, consultar a un profesional de la salud en los últimos 12 meses y recibir CM para dejar de fumar se asoció independiente y fuertemente con una mayor posibilidad de tener la intención e intentar dejar de fumar. Lo que es consistente con lo reportado en la literatura en donde se señala que la

posibilidad de dejar de fumar al menos un mes entre los que reciben CM es mayor en comparación con los que no reciben consejo (Lancaster 2004).

Dentro de las variables socio demográficas la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006) reporta que dado el crecimiento de los programas de detección de enfermedades una mayor proporción de mujeres acude a los servicios de salud, lo que podría explicar su mayor posibilidad de consultar en comparación con los hombres. Así mismo reporta al grupo de 60 a 69 años como uno de los que utiliza más los servicios de salud, dada su alta frecuencia de enfermedades crónicas, lo que concuerda con la mayor posibilidad de consultar encontrada para los fumadores de 65 años o mayores. El National Cancer Institute de los Estados Unidos también reporta una mayor posibilidad de consultar para las mujeres, fumadores de mayor edad y de mayor escolaridad, concordando con el presente estudio excepto en la escolaridad ya que no se asoció significativamente. Lo que podría reflejar diferencias en el acceso a los servicios.

Las mujeres fumadoras, los de mayor edad, quienes tienen un proveedor de servicios de salud y los fumadores de un alto número de cigarrillos por día también tienen mayor posibilidad de recibir CM, según el NCI (2010), el CDC (2011, 2012) y autores como Doescher (2000) y Frank E (1991); sin embargo, nuestros resultados no mostraron una asociación significativa para estas variables, igual a lo reportado por Rodríguez IML (2001) y Eckert T (2001), quienes tampoco encontraron una asociación del sexo y de la edad. Es importante señalar que no se evaluaron otras variables asociadas a la posibilidad de recibir CM como la frecuencia de consultar, la percepción del estado de salud, así como la presencia de enfermedades crónicas.

Thrasher JF (2009) y cols. reportaron que los hombres tienen menor posibilidad de tener la intención de dejar de fumar, sin embargo, Myung SK (2012) y cols. no encontraron asociación entre el sexo y tener la intención de dejar de fumar, lo que concuerda con nuestros hallazgos. Respecto a la edad, entre mayor sea esta, también es menor la posibilidad de tener la intención de dejar de fumar, según lo reportado por los CDC (2011) y Marques-Vidal P (2011), sin embargo esta asociación no fue significativa en el presente estudio. Estos resultados se pueden explicar como producto

de las diferentes formas en que se operacionaliza la intención de dejar de fumar dentro del próximo mes en nuestro estudio y dentro de 6 meses para los otros autores.

La mayoría de los estudios (Vangeli 2009, West R 2001, Fagan P 2007, Zhou X 2009) no han encontrado asociación entre el sexo, la edad y la escolaridad de los fumadores y el intentar dejar de fumar, al igual que nuestros hallazgos excepto para la variable sexo ya que nuestros resultados muestran una mayor posibilidad de intentar dejar de fumar en las mujeres, lo que concuerda con una menor posibilidad de intentar dejar de fumar para los hombres encontrada por Zhou X (2009). Por otra parte, The Surgeon General en 2001 reportó que las mujeres tienen las mismas tasas de intento o mayores en comparación con los hombres, esto se puede entender dado que factores como desempleo, adicción, ser cognitivamente menos dispuestas a dejar de fumar, miedo al aumento de peso, depresión y necesidad de soporte social parecen influir en el éxito para dejar de fumar, lo que coloca a las mujeres en un mayor número de intentos para lograr la cesación.

En relación a la escolaridad, es posible que el profesional de la salud considere que las personas con estudios superiores puedan estar más sensibilizadas a la información anti tabaco, por lo que omiten otorgarles CM para dejar de fumar y por consecuencia tengan menor posibilidad de recibirlo, lo que explicaría la asociación encontrada. Además la proporción de fumadores en la muestra estudiada es mucho menor para el nivel de Licenciatura, lo que podría influir en su asociación para recibir CM. Así mismo en análisis realizados por el NCI (2010) no se ha encontrado asociación entre la escolaridad y el recibir CM.

Myung SK (2012) también reporta que los fumadores con un nivel de licenciatura tienen mayor posibilidad de tener la intención de dejar de fumar, mientras que Droomers M (2004) no encontró una asociación significativa, lo que concuerda con nuestros resultados. Esta no asociación se puede explicar en la hipótesis de una distribución diferencial en cada nivel de escolaridad de variables relacionadas con la intención como son las actitudes y normas subjetivas respecto al tabaquismo y la auto eficacia percibida por el fumador.

En nuestro estudio los fumadores con residencia urbana tienen menor posibilidad de intentar dejar de fumar que los que tienen residencia rural, sin embargo otros

estudios (Zhou X, 2009) han incluido regiones de diferentes países principalmente desarrollados las que se han comparado no encontrando asociación, pero no se ha dividido como urbano y rural.

El tener un proveedor de servicios de salud no se asocio significativamente con tener la intención de dejar de fumar, sin embargo, el CDC (2011) ha reportado que los fumadores con un plan de salud Medicare o Militar tienen menor posibilidad de tener la intención de dejar de fumar. En México también existe una diversidad de instituciones que proveen servicios de salud, es posible que el no encontrar asociación se relacione con no incluir el tipo de proveedor.

Dentro de las variables relacionadas al consumo de tabaco en algunos estudios una mayor dependencia a la nicotina (Marques-Vidal P, 2011) y un mayor consumo de cigarros por día (Eckert T, 2001) se asocian a una mayor posibilidad de tener la intención de dejar de fumar, sin embargo otros estudios no han encontrado asociación (Myung SK, 2012); nuestros resultados son contradictorios ya que muestran que los fumadores que consumen 5 o más cigarros al día tienen menor posibilidad de tener la intención de dejar de fumar. Por lo que es probable que estos fumadores no estén conscientes de su dependencia a la nicotina y de ahí el poco interés en dejar de fumar, o disfruten tanto el fumar que no les interese dejar de fumar.

El fumar menos cigarros por día se ha asociado con una mayor posibilidad de intentar dejar de fumar, según diversos autores (Li L 2010, Hyland A 2006, Hagimoto A 2010 y Fagan P 2007), sin embargo no se encontró esta asociación en el presente estudio, solo concordando con el estudio de West R (2001) y cols. Estos resultados se pueden explicar en parte por factores como diferencias intrínsecas en los cigarros fumados y en la inhalación del humo de cigarro como la frecuencia, la duración, el volumen y la intensidad. Estos factores podrían hacer diferentes niveles de exposición con el mismo número de cigarros por día. Por otra parte el 55 al 72 % de los fumadores de menos de 5 cigarros por día cambia su consumo a lo largo de un año de seguimiento lo que hace que los intentos de dejar de fumar varíen con el tiempo (Husten CG 2009)

La estabilidad temporal del consumo de cigarros por día como una medición proxy de la adicción al tabaco tiene una media de variación absoluta entre un periodo

de una año de 4.1 cigarros por día y la correlación de Pearson entre cigarros por día en el mismo periodo se ha reportado en 0.66 ($p < .0001$), lo que podría explicar las variaciones encontradas en la asociación con la intención y en intento de dejar de fumar⁽³⁰⁾. Además el grado de clasificación errónea del consumo de tabaco y de las medidas relacionadas con el cambio de conducta de dejar de fumar podría no ser totalmente determinado, debido a que toda la información se obtuvo mediante auto reporte y no fue validada por pruebas bioquímicas u otras referencias.

En relación a las restricciones de las aéreas para fumar no se encontró asociación entre el tener prohibido fumar en casa y la intención de dejar de fumar en el presente estudio, lo que concuerda con la no asociación encontrada sobre las restricciones al consumo de tabaco por Myung SK (2012). Es posible que los fumadores a pesar de encontrarse en un ambiente con opiniones negativas respecto al tabaquismo, no consideren los beneficios de dejar de fumar o presenten creencias auto eximidas y no deseen dejar de fumar. No obstante, las restricciones para fumar en casa se han asocian con una mayor posibilidad de intentar dejar de fumar, según Li L (2011) y cols., aunque nuestros resultados no mostraron asociación significativa. Tampoco al asociar otro fumador en casa con intentar dejar de fumar, igual a lo reportado por Zhou X (2009) y cols.

Dentro de las percepciones y creencias en relación al tabaquismo varios autores (Li L 2010, Hyland A 2006, Siahpush M 2006, West R 2001) han señalado que la conciencia del daño a la salud se asocia con mayor posibilidad de intentar dejar de fumar, sin embargo nuestros resultados no muestran asociación entre creer que el humo enferma a los no fumadores y la posibilidad de intentar dejar de fumar, similar a lo encontrado por Zhou X (2009) y cols. quienes no encontraron asociación entre la preocupación por el daño a la salud y el intentar dejar de fumar.

Lo anterior sugiere que tal vez las restricciones locales y las creencias de los fumadores requieran de un mayor impacto de otras políticas públicas que potencien la conciencia y motivación para dejar de fumar en México, como sería el otorgamiento del CM en todas las unidades de salud.

Se han asociado otras variables a una mayor posibilidad de tener la intención o intentar dejar de fumar como la percepción del daño a la salud por el tabaquismo,

antecedente de enfermedades pulmonares, actitudes y normas subjetivas sobre el tabaquismo, afiliación religiosa, auto eficacia y consumo de alcohol, sin embargo, no fueron incluidas en nuestro análisis por ser de fuente secundaria; y otras variables no han mostrado asociarse significativamente como ingreso, clase social, estado civil, empleo o edad de inicio del tabaquismo.

La mayoría de los autores (Li L 2010/2011, Hyland A 2006, Siahpush M 2006, West R 2001, Hagimoto A 2010, Zhou X 2009) ha reportado que los fumadores que tienen la intención de dejar de fumar tienen mayor posibilidad de intentar dejar de fumar al igual que nuestros hallazgos. Lo que confirma que el tener la intención es un paso previo para que ocurra un intento para dejar de fumar.

Eckert T (2001) reportó que los fumadores que reciben CM tienen mayor posibilidad de tener la intención de dejar de fumar, lo que concuerda con nuestros hallazgos. Y es posible que esta asociación sea bidireccional, ya que los médicos podrían preferir aconsejar a los pacientes quienes muestren señales de que desean dejar de fumar.

Una de las principales limitaciones del estudio es que los hallazgos de no asociación de las variables estudiadas con la posibilidad de recibir CM fueron reducidos debido a que solo el 67% de los fumadores actuales que consultaron a un profesional de la salud en el año previo respondió si había recibido o no CM, lo que ocasionó un menor tamaño de muestra, muy baja prevalencia de otorgar CM y como consecuencia pérdida del poder muestral. Aunque al comparar a los fumadores que respondieron contra los que no respondieron no hubo diferencias estadísticamente significativas en relación al sexo, edad, escolaridad y consumo de tabaco, la proporción de fumadores con residencia urbana si fue significativamente mayor en los fumadores que respondieron. Además existe la posibilidad de cometer un sesgo de selección en otras variables no evaluadas que podrían haber influido en los resultados.

Por otra parte la prevalencia de fumadores actuales que tenían la intención de dejar de fumar en el próximo mes fue mucho menor a lo reportado por el NCI (2000). Este resultado se puede entender como consecuencia de un bajo cumplimiento de las disposiciones para el control del tabaco que requieren de recursos e infraestructura que muchas veces falla en los países de menores ingresos, puntualmente se ha reportado

que en México en el año 2002 se contaba con 20 previsiones legislativas respecto al tabaco, mientras que en EEUU ya contaban con 28 ⁽⁴⁵⁾.

Así mismo dado el tipo de diseño no se puede establecer que el CM causa un intento de dejar de fumar, ya que la medición del CM reportado por los fumadores está influenciada por la temporalidad, por el sesgo de memoria y el contenido y la calidad con la que el clínico otorga el CM. Por lo que el bajo recuerdo de CM no necesariamente es resultado de su ausencia, si no que podría representar que las intervenciones clínicas necesitan ser más frecuentes, sobresalientes, fáciles de recordar y en el momento ideal. Por lo tanto las posibles explicaciones de acuerdo a Frank E (1991) del porque los fumadores reportan no reciben consejo son: porque nunca lo han recibido (no asisten a los servicios de salud, el médico no cuestiona sobre el consumo de tabaco, el paciente niega fumar o el médico no otorga consejo), los fumadores niegan haber recibido consejo o porque olvidaron haber recibido consejo.

Por otra parte no hay estudios que incluyan un mismo conjunto de covariables sobre los factores asociados a la intención e intento para dejar de fumar, más aún hay un alto nivel de heterogeneidad metodológica en relación a la operacionalización de las mediciones de cesación y los análisis realizados, lo que dificulta el contraste de los resultados. No obstante los hallazgos encontrados tienen representatividad a nivel nacional.

Finalmente el diseño de análisis permite evaluar el efecto independiente del CM en la intención e intento de dejar de fumar, pero no considera el efecto que podrían ejercer otras políticas públicas.

Conclusión

Los fumadores actuales quienes consultan a un profesional de la salud y reciben CM para dejar de fumar tienen mayor posibilidad de intentar dejar de fumar, en comparación con los fumadores que no acuden a consultar a un profesional de la salud. Esta posibilidad de intentar también es mayor en los fumadores que tienen la intención de dejar de fumar en el próximo mes. Y se ha sugerido que los fumadores que muestran un mayor deseo de dejar de fumar tienen mayor posibilidad de recibir CM.

Las variaciones encontradas con otros estudios reflejan una combinación de diferencias en la evolución de los esfuerzos para el control del tabaco, de la capacidad de los países o de sus fumadores para contar con diferentes métodos para dejar de fumar y de la prioridad dada a las políticas específicas para el control del tabaco e indudablemente a los factores culturales más generales.

Por lo anterior, la estrategia para el control del tabaco con enfoque en la oferta de servicios y de consejo médico dentro del sistema de atención a la salud requiere en primera instancia garantizar que los fumadores acudan con mayor frecuencia a los servicios de salud, situación que se lograra con la educación pública continua hasta lograr la desaprobación del tabaquismo a través de la sensibilización de los fumadores mediante las políticas a nivel poblacional del CMCT de la OMS.

Una vez que los fumadores asisten a consulta, se recomienda la certificación para el control del tabaco de las organizaciones de atención a la salud y el uso de tecnologías que confirmen la evaluación del tabaquismo en los registros de los sistemas electrónicos de salud, como lo establece la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 en donde el tabaquismo debe ser considerado como una enfermedad y como tal debe dársele tratamiento y seguimiento.

Así mismo, compartimos lo expresado por Borland R y cols. de que muchos médicos son reacios a intervenir, ya que consideran el derecho de los pacientes a elegir el estilo de vida que ellos quieran. Sin embargo, se debería convencer a estos médicos que la libre elección implica necesariamente tener un conocimiento adecuado sobre el tabaquismo, y por lo tanto ellos, como expertos en salud, tienen la responsabilidad de asegurar que sus pacientes tengan una comprensión realista de cómo el continuar fumando daña la salud. Los médicos deben plantear el tema, alentar la cesación para reducir el riesgo, discutir las opciones y ofrecer cualquier ayuda que puedan. Además los profesionales de la salud deben estar consientes de que no se espera un efecto inmediato en la tasa de cesación al otorgar CM, un efecto importante en la actividad de cesación también es incrementar la proporción de fumadores que harán intentos para dejar de fumar.

En este contexto, se recomienda la regulación de los contenidos docentes que deben ser expuestos en el currículum de los futuros profesionales de la salud en

relación a la prevención, diagnóstico y tratamiento del tabaquismo, así como mantener la capacidad de los médicos contra el tabaco mediante educación médica continua. Evaluar el cumplimiento de espacio 100% libre de humo de tabaco en las unidades de salud, lo que evitaría ver al personal de salud que fuma como un ejemplo negativo para dejar de fumar. Y seguir las acciones del Modelo para la prestación de servicios en materia de tabaquismo en México que se presenta como una pirámide en donde la base está conformada por la población sana, no fumadora, a la cual se destinan acciones de promoción y educación para la salud. Y el siguiente nivel corresponde al primer nivel de atención, donde se da énfasis a la importancia de realizar diagnóstico oportuno, proporcionar consejo médico, y dar referencia a los pacientes con mayor riesgo de adquirir enfermedades causadas por el tabaquismo a clínicas especializadas en el segundo o tercer nivel de atención.

Así teniendo en cuenta múltiples contactos con la mayoría de los pacientes cada año, se debe incorporar el CM para dejar de fumar en la consulta habitual dado que es una intervención para el control del tabaco que al momento su efecto potencial es mayor que el efecto logrado, ya que de acuerdo a Ramírez VA. (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 2010) hipotéticamente un médico lograría 22 ex fumadores cada año.

Es importante destacar que las medidas propuestas por el CMCT OMS deben aplicarse de una forma progresiva, conjunta y coordinada. La aplicación aislada de tan sólo una de ellas puede no ser efectiva. Es difícil que la educación sanitaria obtenga resultados positivos si, al mismo tiempo, se hace publicidad incitando al consumo de tabaco en los medios de comunicación de masas. Así mismo, las medidas legislativas pueden tener un efecto muy limitado sin el apoyo de la educación sanitaria. Las acciones informativas y legislativas contribuyen a la sensibilización de la población en relación con el problema pero, en general, no consiguen el abandono del tabaco. De ahí la importancia del CM, que ha demostrado ser efectivo en la consecución de la cesación en individuos previamente informados y sensibilizados por las medidas informativas y legislativas.

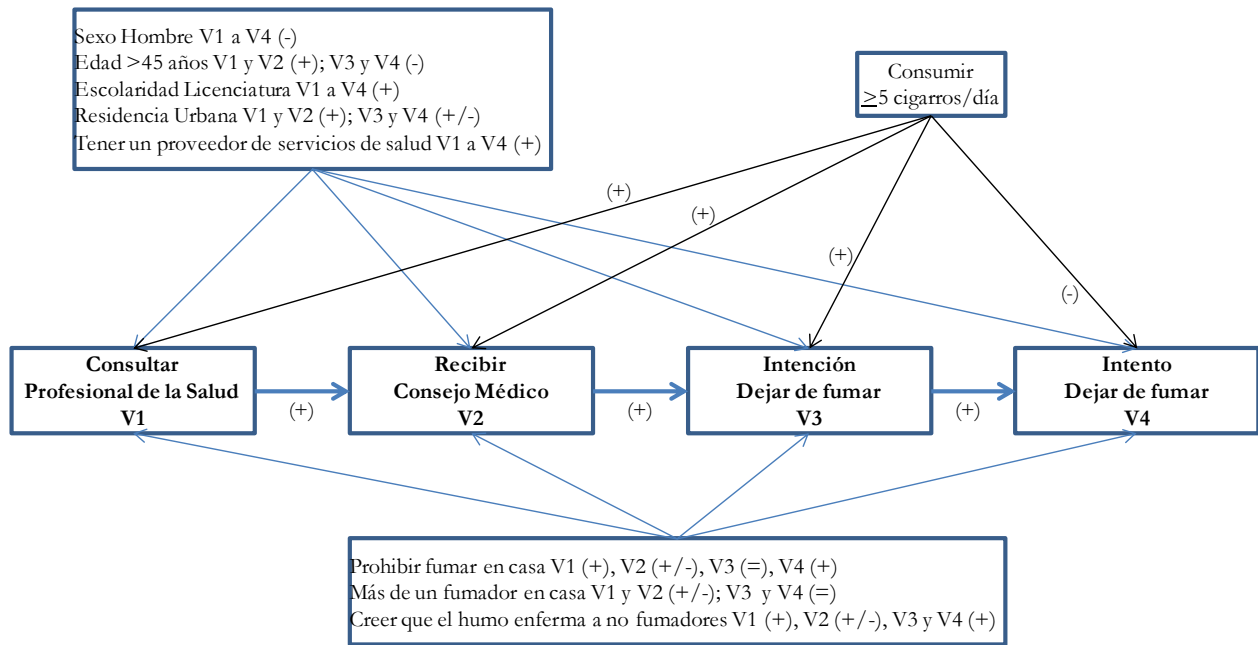


Figura 1. Proceso de la actividad de cesación entre la intención y el intento de dejar de fumar asociado al consejo médico. (+) Asociación positiva entre las variables, (-) Asociación negativa entre las variables, (+/-) Asociación no reportada, (=) No asociación entre las variables.

Tabla 1. Características socio demográficas y de consumo de tabaco. Fumadores actuales. GATS México 2009.

CARACTERÍSTICAS		FUMADOR ACTUAL*
		Total n=1,821
		%(n)
Sexo	Hombre	77% (1398)
	Mujer	23% (423)
Edad (años)	15-24	23% (414)
	25-44	45% (817)
	45-64	25% (458)
	65 o más	7% (132)
Escolaridad	Primaria	46% (845)
	Secundaria	31% (560)
	Preparatoria	16% (284)
	Licenciatura	7% (129)
Residencia	Rural	36% (652)
	Urbana	64% (1169)
Tener un proveedor de servicios de salud	No	40% (734)
	Si	59% (1069)
Consumo de tabaco	Ocasional	53% (974)
	Menos de 5 cigarros al día	17% (307)
	5 o más cigarros al día	30% (540)
Tiene la intención de dejar de fumar	No	83% (1519)
	Si	16% (297)
Intento dejar de fumar	No	54% (978)
	Si	46% (840)
Esta prohibido fumar en casa	No	46% (835)
	Si	54% (986)
Hay más de un fumador en casa	No	70% (1,274)
	Si	30% (547)
El humo enferma a los no fumadores	No	4% (79)
	Si	94% (1712)
Atención medica	No consulta	76% (1379)
	Solo consulta	8% (147)
	Consulta y no recibe consejo	12% (225)
	Consulta y recibe consejo	4% (70)

NOTA. Estimaciones crudas, no tomando en cuenta el diseño de muestras complejas.

Las siguientes observaciones son valores perdidos: [3] para escolaridad, [18] para proveedor de servicios, [5] para intención, [3] para intento, y [30] para el humo enferma a los no fumadores.

*Fumador actual incluye fumador diario y fumador ocasional (menos que diario)

Tabla 2. Factores sociodemográficos y de consumo de tabaco. Fumadores actuales. Asociados a consultar a un profesional de la salud en el último año. GATS México 2009.

CARACTERÍSTICAS	% Consultar	Consultar a un profesional de la salud en el último año				
		RM bivariado (IC95%)	p	RM ajustado (IC95%)	p	
Sexo	Hombre	22%	1		1	
	Mujer	30%	1.48[1.04 - 2.12]	0.031	1.55 [1.03 - 2.33]	0.035
Edad (años)	15-24	23%	1		1	
	25-44	24%	1.03[0.75 - 1.41]	0.860	0.99 [0.72 - 1.36]	0.962
	45-64	23%	0.99[0.73 - 1.35]	0.957	0.92 [0.63 - 1.35]	0.672
	65 o más	35%	1.79[1.12 - 2.88]	0.016	1.70 [1.00 - 2.91]	0.051
Escolaridad	Primaria	22%	1		1	
	Secundaria	23%	1.05[0.74 - 1.50]	0.775	1.09 [0.77 - 1.55]	0.622
	Preparatoria	27%	1.34[0.97 - 1.85]	0.075	1.28 [0.88 - 1.85]	0.191
	Licenciatura	30%	1.51[0.90 - 2.51]	0.118	1.45 [0.85 - 2.147]	0.177
Residencia	Rural	22%	1		1	
	Urbana	24%	1.14[0.84 - 1.55]	0.390	0.98 [0.70 - 1.37]	0.903
Tener un proveedor de servicios de salud	No	18%	1		1	
	Si	28%	1.78[1.33 - 2.39]	0.000	1.67 [1.25 - 2.25]	0.001
Consumo de tabaco	Ocasional	23%	1		1	
	Menos de 5 cigarros al día	23%	0.97[0.68 - 1.38]	0.861	0.95 [0.67 - 1.33]	0.756
	5 o más cigarros al día	26%	1.17[0.86 - 1.58]	0.313	1.24 [0.89 - 1.73]	0.210
Esta prohibido fumar en casa	No	24%	1		1	
	Si	24%	1.02 [0.78 - 1.33]	0.905	1.10 [0.80 - 1.50]	0.561
Hay más de un fumador en casa	No	24%	1		1	
	Si	24%	1.01 [0.73 - 1.40]	0.952	0.92 [0.65 - 1.29]	0.625
El humo enferma a los no fumadores	No	20%	1		1	
	Si	24%	1.25 [0.43 - 3.63]	0.685	1.44 [0.53 - 3.94]	0.475
Observaciones					1772	

NOTA. Estimaciones ajustadas por diseño de muestras complejas. Modelo ajustado por todas las variables mostradas en la tabla.

Tabla 3. Factores sociodemográficos y de consumo de tabaco. Fumadores actuales. Asociados a recibir consejo médico en el último año. GATS México 2009.

CARACTERÍSTICAS		Recibir consejo en el último año				
		% Recibir consejo	RM bivariado (IC95%)	p	RM ajustado (IC95%)	p
Sexo	Hombre	28%	1		1	
	Mujer	19%	0.61[0.25 - 1.50]	0.282	0.57 [0.19 - 1.70]	0.312
Edad (años)	15-24	27%	1		1	
	25-44	22%	0.75[0.34 - 1.66]	0.471	0.85 [0.36 - 2.01]	0.706
	45-64	29%	1.07[0.36 - 3.19]	0.904	0.94 [0.35 - 2.54]	0.902
	65 o más	30%	1.12[0.30 - 4.23]	0.869	1.17 [0.29 - 4.77]	0.826
Escolaridad	Primaria	30%	1		1	
	Secundaria	26%	0.83[0.39 - 1.75]	0.615	0.90 [0.37 - 2.16]	0.807
	Preparatoria	32%	1.10[0.48 - 2.53]	0.812	1.21 [0.52 - 2.84]	0.655
	Licenciatura	4%	0.11[0.02 - 0.66]	0.016	0.11 [0.01 - 0.99]	0.049
Residencia	Rural	30%	1		1	
	Urbana	24%	0.74[0.34 - 1.61]	0.446	0.84 [0.34 - 2.06]	0.704
Tener un proveedor de servicios de salud	No	23%	1		1	
	Si	27%	1.24[0.58 - 2.63]	0.574	1.38 [0.63 - 3.01]	0.422
Consumo de tabaco	Ocasional	22%	1		1	
	Menos de 5 cigarros al día	22%	0.99[0.36 - 2.72]	0.992	1.22 [0.37 - 4.03]	0.740
	5 o más cigarros al día	31%	1.60[0.86 - 3.00]	0.140	1.68 [0.84 - 3.36]	0.141
Esta prohibido fumar en casa	No	27%	1		1	
	Si	23%	0.81 [0.39 - 1.66]	0.556	0.88 [0.39 - 1.99]	0.757
Hay más de un fumador en casa	No	27%	1		1	
	Si	23%	0.82 [0.42 - 1.60]	0.568	1.00 [0.45 - 2.24]	0.997
Observaciones					291	

NOTA: Estimaciones ajustadas por diseño de muestras complejas.
Modelo ajustado por todas las variables mostradas en la tabla.

Tabla 4. Factores sociodemográficos y de consumo de tabaco. Fumadores actuales. Asociados a la intención de dejar de fumar en el último año. GATS México 2009.

CARACTERÍSTICAS		% Intención	Intención de dejar de fumar en el último año			
			RM bivariado (IC95%)	p	RM ajustado (IC95%)	p
Sexo	Hombre	16%	1		1	
	Mujer	19%	1.24[0.90 - 1.70]	0.193	1.21 [0.86 - 1.71]	0.266
Edad (años)	15-24	18%	1		1	
	25-44	17%	0.94[0.63 - 1.40]	0.759	0.97 [0.63 - 1.49]	0.892
	45-64	14%	0.69[0.45 - 1.08]	0.103	0.71 [0.42 - 1.22]	0.217
	65 o más	11%	0.56[0.29 - 1.11]	0.097	0.58 [0.27 - 1.23]	0.152
Escolaridad	Primaria	16%	1		1	
	Secundaria	17%	1.06[0.75 - 1.51]	0.744	0.92 [0.61 - 1.39]	0.698
	Preparatoria	19%	1.27[0.84 - 1.93]	0.252	1.04 [0.67 - 1.60]	0.876
	Licenciatura	16%	0.99[0.50 - 1.95]	0.973	0.88 [0.44 - 1.77]	0.723
Residencia	Rural	17%	1		1	
	Urbana	17%	0.96[0.71 - 1.31]	0.818	0.92 [0.65 - 1.30]	0.635
Tener un proveedor de servicios de salud	No	16%	1		1	
	Si	17%	1.08[0.77 - 1.53]	0.650	1.02 [0.72 - 1.45]	0.902
Consumo de tabaco	Ocasional	18%	1		1	
	Menos de 5 cigarros al día	18%	1.02[0.69 - 1.51]	0.925	1.07 [0.73 - 1.58]	0.722
	5 o más cigarros al día	13%	0.67[0.46 - 0.98]	0.039	0.71 [0.46 - 1.08]	0.108
Esta prohibido fumar en casa	No	16%	1		1	
	Si	17%	1.14 [0.79 - 1.64]	0.483	1.10 [0.74 - 1.64]	0.633
Atención medica	No consulta	15%	1		1	
	Solo consulta	22%	1.64[0.99 - 2.73]	0.055	1.46 [0.86 - 2.49]	0.162
	Consulta y no recibe consejo	19%	1.32[0.80 - 2.19]	0.273	1.35 [0.84 - 2.18]	0.220
	Consulta y recibe consejo	30%	2.46[1.39 - 4.33]	0.002	2.69 [1.54 - 4.68]	0.001
Observaciones						1796

NOTA. Estimaciones ajustadas por diseño de muestras complejas

Modelo ajustado por todas las variables mostradas en la tabla.

Tabla 5. Factores sociodemográficos y de consumo de tabaco. Fumadores actuales. Asociados al intento para dejar de fumar en el último año. GATS México 2009.

CARACTERÍSTICAS		% intento	Intento para dejar de fumar en el último año			
			RM bivariado (IC95%)	p	RM ajustado (IC95%)	p
Sexo	Hombre	42%	1		1	
	Mujer	50%	1.40[1.07 - 1.84]	0.014	1.44 [1.07 - 1.95]	0.016
Edad (años)	15-24	46%	1		1	
	25-44	45%	0.94[0.70 - 1.27]	0.703	0.97 [0.69 - 1.36]	0.872
	45-64	38%	0.70[0.47 - 1.03]	0.071	0.66 [0.44 - 1.00]	0.053
	65 o más	45%	0.96[0.58 - 1.59]	0.869	0.87 [0.48 - 1.56]	0.632
Escolaridad	Primaria	45%	1		1	
	Secundaria	46%	1.07[0.79 - 1.44]	0.673	0.93 [0.67 - 1.28]	0.645
	Preparatoria	40%	0.84[0.59 - 1.18]	0.312	0.69 [0.47 - 1.03]	0.066
	Licenciatura	37%	0.72[0.43 - 1.21]	0.215	0.59 [0.34 - 1.02]	0.058
Residencia	Rural	50%	1		1	
	Urbana	43%	0.75[0.59 - 0.95]	0.019	0.69 [0.53 - 0.89]	0.005
Tener un proveedor de servicios de salud	No	40%	1		1	
	Si	46%	1.26[1.00 - 1.60]	0.055	1.32 [1.00 - 1.73]	0.047
Consumo de tabaco	Ocasional	45%	1		1	
	Menos de 5 cigarros al día	46%	1.08 [0.76 - 1.54]	0.668	1.14 [0.77 - 1.70]	0.513
	5 o más cigarros al día	41%	0.86 [0.76 - 1.54]	0.289	0.98 [0.72 - 1.33]	0.883
Tiene la intención de dejar de fumar	No	38%	1		1	
	Si	71%	3.87[2.65 - 5.67]	0.000	3.79 [2.53 - 5.66]	0.000
Esta prohibido fumar en casa	No	42%	1		1	
	Si	46%	1.18 [0.92 - 1.51]	0.190	1.20 [0.91 - 1.57]	0.192
Hay más de un fumador en casa	No	42%	1		1	
	Si	46%	1.20 [0.96 - 1.50]	0.111	1.12 [0.88 - 1.42]	0.342
El humo enferma a los no fumadores	No	36%	1		1	
	Si	44%	1.43 [0.68 - 2.98]	0.345	1.34 [0.73 - 2.45]	0.341
Atención Médica	No consulta	41%	1		1	
	Solo consulta	37%	0.85[0.55 - 1.31]	0.460	0.76 [0.49 - 1.19]	0.232
	Consulta y no recibe consejo	55%	1.76[1.26 - 2.46]	0.001	1.71 [1.20 - 2.45]	0.003
	Consulta y recibe consejo	69%	3.13[1.36 - 7.20]	0.008	2.77 [1.15 - 6.67]	0.023
Observaciones					1765	

NOTA. Estimaciones ajustadas por diseño de muestras complejas
Modelo ajustado por todas las variables mostradas en la tabla.

Bibliografía

1. Olaíz G. Rivera J. Shamah T. Rojas R. Villalpando S. Hernández M. Sepúlveda J. Encuesta Nacional de Salud 2006. México. Instituto Nacional de Salud Pública 2006.
2. SSA-CONADIC. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. México, Instituto Nacional de Salud Pública 2009.
3. Organización Panamericana de la Salud; Instituto Nacional de Salud Pública (MX). Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. México 2009. Cuernavaca (México): Instituto Nacional de Salud Pública 2010.
4. Kuri-Morales PA, González-Roldán JF, Hoy MJ, Cortés-Ramírez M. Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Pública Mex* 2006;48 supl I:S91-S98.
5. Mathers CD, Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*. 2006;3(11):e442.
6. Thrasher JF, Chaloupka F, Hammond D, Fong G, Borland R, Hastings G, Cummings M. Evaluación de las políticas contra el tabaquismo en países latinoamericanos en la era del Convenio Marco para el Control del Tabaco. *Salud Publica Mex* 2006;48 supl I:SI55-SI66.
7. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. 2003. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/sa56r1.pdf> Acceso Enero 23, 2011.
8. Wilson LM. Avila TE. Chander G. Hutton HE. Odelola OA. Elf JL. et al. Impact of Tobacco Control Interventions on Smoking Initiation, Cessation, and Prevalence: A systematic Review. *Journal of Environmental and Public Health* 2012.
9. Tobacco Dependence and Cessation FCTC Article 14. 2010 Disponible en http://www.itcproject.org/key_findings/policy_25_Junio_2012. Acceso Enero 23, 2011.
10. National Cancer Institute. *Population based smoking cessation: proceedings of a conference on what works to influence cessation in the general population*. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, 2000 (Smoking and Tobacco Control Monograph No 12)

11. Carlson LE. Taenzer P. Koopmans J. Casebeer A. Predictive value of aspects of the Transtheoretical Model on smoking cessation in a community-based, large-group cognitive behavioral program. *Addictive Behaviors* 2003; 28: 725-740
12. Droomers M. Schrijvers CTM. Mackenbach JP. Educational differences in the intention to stop smoking. *European Journal of Public Health* 2004; 14: 194-198.
13. Ecker T. Christoph J. Motivation for smoking cessation: what role do doctors play?. *Swiss Med Wkly* 2001; 131:521-526.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Quitting Smoking Among Adults – United States, 2001-2010. *MMWR* 2011; 60: 1513-19
15. Thrasher JF. Villalobos V. Dorantes-Alonso A. Arillo-Santillán E. Cummings KM. O'Connor R. et al. Does the availability of single cigarettes promote or inhibit cigarette consumption? Perceptions, prevalence and correlates of single cigarette use among adult Mexican smokers. *Tobacco Control* 2009; 18: 321-437.
16. Myung SK. Seo HG. Cheong YS. Park S. Lee WB. Fong GT. Association of Sociodemographic Factors, Smoking-Related Beliefs, and Restrictions With Intention to Quit Smoking in Korean Adults: Findings From the ITC Korea Survey. *J Epidemiol* 2012; 22(1):21-27.
17. Marques-Vidal P. Melich-Cerveira J. Paccaud F. Waeber G. Vollenweider P. Cornuz J. Prevalence and factors associated with difficulty and intention to quit smoking in Switzerland. *BMC Public Health* 2011; 11:227.
18. Vangeli E. Stapleton J. Smit ES. Borland R. West R. Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: a systematic review. *Addiction* 2011; 106(12): 2110-21
19. Zhou X, Nonnemaker J, Sherrill B, Gilseman AW, Coste F, West R. Attempts to quit smoking and relapse: factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. *Addict behave* 2009;34(4):365-73
20. West R, McEwen A, Bolling K. Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a 1-year follow-up. *Addiction* 2001;96(6):891-902
21. Fagan P. Augustson E. Backinger CL. O'Connell ME. Vollinger RE. Kaufman A. et al. Quit attempts and intention to quit cigarette smoking among young adults in the United States. *Am J Public Health* 2007; 97:1412-1420.

22. Li L, Borland R, Yong HH, Fong GT, Bansal-Travers M, Quah A, et al. Predictors of smoking cessation among adult smokers in Malaysia and Thailand: Findings from the International Tobacco Control Southeast Asia Survey. *Nicotine Tob Res* 2010;12(Suppl1):S34-S44.
23. Hyland A, Borland R, Li Q, Yong HM, McNeill A, Fong GT, et al. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control* 2006;15:83-94.
24. Hagimoto A, Nakamura M, Morita T, Masui, Oshima A. Smoking cessation patterns and predictors of quitting smoking among the Japanese general population: a 1-year follow-up study. *Addiction* 2009;105(1):164-73
25. Li L, Feng G, Jiang Y, Yong HH, Borland R, Fong GT. Prospective predictors of quitting behaviours among adult smokers in six cities in China: Findings from the International Tob Control (ITC) China Survey. *Addiction* 2011;106(7):1335-1345.
26. SSA-CONADIC. Consejería en tabaquismo. 2006
27. Mallin R. Smoking Cessation: Integration of Behavioral and Drug Therapies. *Am Fam Physician* 2002; 65:1107-14.
28. Siahpush M, McNeill A, Borland R, Fong GT. Socioeconomic variations in nicotine dependence, self-efficacy, and intention to quit across four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control* 2006; 15(suppl III):iii71-iii75.
29. Rodríguez IML, Pérez TA, Clemente JML, Herrero LI, Rubio AV, Sampedro ME. Prescripción facultativa o consejo médico antitabaco en atención primaria: opiniones desde el otro lado de la mesa. *Arch Bronconeumol* 2001;37:241-246.
30. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008. Disponible en <http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/index.html>. Acceso Enero 23, 2011
31. Instituto Nacional de Salud Pública (MX). Proyecto ITC México 2010.
32. Doescher MP, Saver G. Physicians's Advice to Quit Smoking. *J Fam Pract* 2000; 49: 543-547

33. Centers for Disease Control and Prevention. Tobacco Use Screening and Counseling During Physician Office Visits Among Adults – National Ambulatory Medical Care Survey and National Health Interview Survey, United States, 2005-2009. *MMWR* 2012; 61(Suppl;June15,2012):38-45
34. Lancaster T. Stead LF. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Art. No.: CD000165.
35. Hughes JR. Motivating and Helping Smokers to Stop Smoking. *J Gen Intern Med* 2003; 18: 1053-1057.
36. Valdés-Salgado R, Lazcano-Ponce EC, Hernández-Avila M. Primer informe sobre el combate al tabaquismo. México ante el Convenio Marco para el Control del Tabaco, México. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
37. Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group. *Global Adult Tobacco Survey (GATS): Question by Question Specifications, Version 2.0*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2010.
38. Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group. *Global Adult Tobacco Survey (GATS): Quality Assurance: Guidelines and Documentation, Versión 2.0*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2010
39. Borland R, Li L, Driexen P, Wilson N, Hammond D, Thompson ME, et al. Cessation assistance reported by smokers in 15 countries participating in the International Tobacco Control (ITC) policy evaluation surveys. *Addiction* 2012;107(1):197-205.
40. Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group. *Tobacco Questions for Surveys: A Subset of key Questions from the Global Adult Tobacco Survey (Gats)*, 2da Edición. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2011.
41. Ward J, Sanson-Fisher R. Accuracy of patient recall of opportunistic smoking cessation advice in general practice. *Tobacco Control* 1996;5:110-113
42. Bondy SJ, Victor JC, O'Connor S, McDonald PW, Diemert Lm, Cohen Je. Predictive validity and measurement issues in documenting quit intentions in population surveillance studies. *Nicotine Tob Res* 2010;12(1):43-52.
43. Hughes JR, Callas PW, Definition of a Quit Attempt: A Replication Test. *Nicotine & Tobacco Research* 2010;12(11):1176-1179.

44. Husten CG, How should we define light or intermittent smoking? Does it matter? Nicotine & Tobacco Research 2009;11(2):111-121
45. Valdés-Salgado R, Hernandez-Avila M, Sepúlveda-Amor J. El consumo de tabaco en la Región Americana: elementos para un programa de acción. Salud Publica de Méx 2002;44 supl1:S125-S135

ANEXO 1. Resultados de la revisión de la literatura relacionada con la intención o el intento de dejar de fumar asociado a la consulta y consejo médico.

Año	Autor	Artículo	Diseño de estudio	Resultados
1991	Frank E	Predictors of physicians' smoking cessation advice	Stanford Five City Project (FCP) 1979-1990 Muestra aleatoria en hogares 2710 fumadores de 12 a 74 años Estados Unidos	<i>CM:</i> Antecedente de enfermedad cardiovascular, cigarros por día, la edad, el tiempo fumando y las visitas por año a un profesional de la salud fueron significativamente predictores independientes para recibir consejo.
2000	Doescher MP	Physicians' advice to quit smoking	Datos de la Community Tracking Study (CTS) Household Survey 1996-1997 Muestreo probabilístico de población no institucionalizada, encuesta telefónica 8229 fumadores actuales ≥ 18 años Estados Unidos	<i>CM:</i> 48% de los fumadores que consultaron al médico el año previo recibieron consejo Recibir consejo fue menos posible en los más jóvenes, hombres, sin seguro de salud, saludables, usuarios poco frecuentes de los servicios de salud y fumadores ligeros Y fue más posible en quienes tenían seguro de salud militar o clínica ambulatoria.
2001	West R	Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a one year follow-up	Muestreo probabilístico aleatorio usando código postal y estratificado Entrevista cara a cara. 1012 fumadores y ex fumadores Reino Unido	<i>Intento de dejar de fumar:</i> 31% reportó un intento Quienes realizan un intento previo tienen 2 veces más posibilidad de realizar otro intento. Un intento de disminuir la cantidad fumada, el deseo de dejar de fumar y las creencias sobre los efectos dañinos del cigarro sobre la salud predicen intentos futuros. Disfrutar fumar se asocia negativamente con intentos subsecuentes. No se encontró asociación con clase social, sexo, edad, estado civil, empleo, tiempo al primer cigarro del día, cigarros por día, edad de inicio del tabaquismo.
2001	Rodríguez IML	Prescripción facultativa o consejo médico antitabaco en atención primaria: opiniones desde el otro lado de la mesa	Descriptivo transversal Muestra aleatoria 313 pacientes entre 15 y 75 años España	<i>Consulta a un profesional de la salud:</i> El 31% de los pacientes que consultan son fumadores <i>CM:</i> 38% recibió consejo No se encontró una relación estadísticamente significativa entre el consejo y el sexo o la edad, pero sí con la presencia de una enfermedad crónica. El 40% de los fumadores refiere que dejaría de fumar si su médico se lo aconsejase.
2001	Eckert T	Motivation for smoking cessation what role do doctors play?	Proyecto "Kenntnisse zur Raucherentwöhnung in der Schweiz" 2476 personas de 15-65 años Muestreo aleatorio entrevista telefónica. Suiza	<i>CM:</i> 34% de los médicos otorgó consejo. La posibilidad de recibir consejo fue mayor en los pacientes que fuman más cigarros por día y que perciben su estado de salud como pobre. No se encontró asociación entre la edad, el sexo y entre fumadores y ex fumadores. <i>Intención de dejar de fumar:</i> 53% de los fumadores expresó su deseo de dejar de fumar. El número de cigarros por día y el recibir consejo incrementaron el deseo de dejar de fumar.
2004	Droomers M	Educational differences in the intention to stop smoking	Datos transversales del estudio Health and Living Conditions of the Population of Eindhoven and its surroundings "GLOBE" Cuestionario postal y entrevista	<i>Intención de dejar de fumar:</i> No se encontraron diferencias significativas entre el nivel de escolaridad y la intención en fumadores diarios. Las actitudes positivas hacia dejar de fumar están

			Muestreo aleatorio de base poblacional 15-74 años 602 fumadores diarios Holanda	asociadas significativamente con la intención. La posibilidad de reportar intención fue mayor en quienes tienen normas subjetivas positivas hacia la cesación La auto eficacia no se asoció significativamente con la intención.
2004	Lancaster T	Physician advice for smoking cessation (Review)	Revisión de 17 ensayos clínicos aleatorizados	<i>Intento de dejar de fumar</i> La posibilidad de dejar de fumar al menos un mes entre los que reciben consejo es mayor en comparación con los que no reciben (RM=1.74)
2006	Hyland A	Individual-level predictors of cessation behaviors among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey	ITC-4 Survey cohorte prospectiva Muestreo por marcación de dígitos al azar estratificado. 6682 fumadores >18 años Australia, Canadá, Reino Unido y EUA	<i>Intento de dejar de fumar:</i> 36% realizó un intento Las tasas de intento fueron más altas en fumadores de 18-24 años, con intención de dejar de fumar, con antecedente de algún intento previo en el año previo, abstinencia de 6 meses o mayor, bajos niveles de dependencia a la nicotina, fumar menos que diario, tener opiniones muy negativas acerca de fumar, con mayor preocupación de los efectos de fumar sobre la salud y percibir algunos beneficios para fumar.
2006	Siahpush M	Sociodemographic and psicosocial correlates of smoking-induced deprivation and its effect on quitting: findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Survey	ITCPES cohorte prospectiva Entrevistas telefónicas de una muestra probabilística de 5408 fumadores actuales Australia, Canadá, Reino Unido y EUA	<i>Intento de dejar de fumar:</i> 40.8% realizó un intento Tuvieron una alta probabilidad de realizar un intento quienes tenían la intención de dejar de fumar y tenían conciencia de que fumar podría dañar la salud y disminuir la calidad de vida en el futuro.
2007	Fagan P	Quit attempts and intention to quit cigarette smoking among young adults in the United States	Current Population Survey (CPS) Tobacco Use Special Cessation Supplement (TUSCS) 2003 Muestreo probabilístico estratificado en hogares Encuesta personal y por teléfono 6712 fumadores de 18 a 30 años Estados Unidos	<i>Intento de dejar de fumar:</i> No ser económicamente activo, fumar más de 6 cigarrillos por día, no tener un tipo específico de cigarro y fumar el primer cigarro dentro de los siguientes 30 minutos de levantarse se asoció con una menor probabilidad de realizar un intento. El sexo, la edad y la edad de inicio del consumo de tabaco no se asociaron con intentar.
2009	Thrasher JF	Does the availability of single cigarettes promote or inhibit cigarette consumption? Perceptions, prevalence and correlates of single cigarette use among adult Mexican smokers.	International Tobacco Control Policy Evaluation Project in Mexico (ITC-Mexico) Muestreo polietapico para una cohorte de base poblacional, entrevistas en hogares 1079 fumadores, México	<i>Intención de dejar de fumar:</i> La posibilidad de reportar intención es mayor en quienes compran más frecuentemente cigarrillos sueltos para reducir el consumo Los hombres y los que experimentan más frecuentemente necesidad de fumar al observar venta de cigarrillos sueltos tienen menor probabilidad de tener intención.
2009	Zhou X	Attempts to quit smoking and relapse: Factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study	Estudio de cohorte basado en la WEB prospectivo 2431 fumadores 35-65 años quienes fumaban al menos 5 cigarrillos al día EUA, Canadá, Reino Unido, Francia y España	<i>Intención de dejar de fumar:</i> La motivación aumenta la posibilidad de intentar dejar de fumar en más del 10% Tener la intención en el siguiente mes tiene más de dos veces la posibilidad de intentar en los próximos 3 meses. <i>Intento de dejar de fumar:</i> Los hombres tienen 20% menos probabilidad que las mujeres de realizar un intento No se encontró asociación con otras variables socio demográficas (país, edad, escolaridad, ingreso, estado civil, empleo) Quienes tienen más intentos en el pasado tienen más probabilidad de un nuevo intento Altos niveles de dependencia a la nicotina se asocian con una menor probabilidad de intentar. Ni la presencia de otros fumadores en casa o en el trabajo ni la preocupación por el peso a la salud se

				asoció con la posibilidad de intentar.
2010	Li L	Predictors of smoking cessation among adult smokers in Malaysia and Thailand: Findings from the International Tobacco Control Southeast Asia Survey	ITC-SEA Smoker cohort survey. Muestreo polietapico estratificado Entrevistas cara-cara 2,462 fumadores >18 años Malasia y Tailandia	<i>Intento de dejar de fumar:</i> Los predictores independientes para realizar un intento incluyen antecedente de otro intento con duración menor de 6 meses, fumar 5 o menos cigarros por día, tener alto nivel de auto eficacia, fuerte intención de dejar de fumar (en el próximo mes) y tener una alta preocupación del daño a la salud relacionado con el tabaco. Los fumadores de 40 años o más tienen más posibilidad de realizar un intento.
2010	Hagimoto A	Smoking cessation patterns and predictors of quitting smoking among the Japanese general population: a 1-year follow-up study	Encuesta con marco muestral basado en el Registro Básico de Residentes en Japón. Cuestionario postal 1358 fumadores actuales ≥ 20 años	<i>Intento de dejar de fumar:</i> 23% reportó haber realizado un intento en el año previo. Los predictores asociados con realizar un intento fueron fumadores no diarios, alta motivación para dejar de fumar y tener intentos previos.
2011	CDC	Quitting Smoking Among Adults –United States, 2001-2010	National Health Interview Survey Entrevista Muestreo de base poblacional <18 años 26,967 entrevistas EEUU	<i>CM:</i> 48.3% de los fumadores que visitaron a un profesional en el año pasado reportó recibir ayuda para dejar de fumar. De estos 5.9% recibió consejo. El recibir consejo es mayor entre mujeres (35.1%) y personas con 65 o más años (35.9%), mientras que quienes no tenían un plan de salud (21.5%) tuvieron menos posibilidad. <i>Intención de dejar de fumar:</i> 68.8% de los fumadores actuales quería dejar de fumar Menor en ≥ 65 años (53.8%) que entre <65 años (70.2%) Una menor proporción de quienes tienen la secundaria terminada reportó intención (65.9%) que aquellos con una educación superior (73.4%). La posibilidad de reportar intención fue menor en quienes tienen un plan de salud Medicare (60.7%) o Militar (55.3%) en comparación con un seguro privado (70.4%) o Medicaid (71.2%) <i>Intento de dejar de fumar:</i> 52.4% de los fumadores actuales y ex fumadores realizó un intento mayor a un día en el año anterior a la entrevista El intentar disminuye conforme incrementa la edad, de 62.4% en los 18 a 24 años a 43.5% a los 65 o más años. La posibilidad de reportar un intento fue menor en personas con ≤ 12 años de escolaridad (46.2%) o con certificado de secundaria (46.9%) en comparación con los que tienen preparatoria (55.9%) o licenciatura (56.0%)
2011	Vangeli E	Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: a systematic review	17 estudios prospectivos con muestras de población general	<i>Intento de dejar de fumar:</i> Ninguna de las variables socio demográficas mostro ser predictiva para intentar (sexo, estado civil, escolaridad, edad, ingreso) Quienes tienen el antecedente de un intento en el año previo tuvieron más de dos veces la posibilidad de realizar un intento subsecuente (RM=2.65) Una abstinencia de 6 meses o más se asoció positivamente con realizar un intento (RM=2.53)
2011	Li L	Prospective predictors of quitting behaviors among adult smokers in six cities in China: Findings from the International Tobacco Control	International Tobacco Control (ITC) China Survey, muestreo aleatorio por conglomerados polietapico estratificado,	<i>Intento de dejar de fumar:</i> 25.3% realizó al menos un intento Los predictores de hacer un intento fueron tener alta auto eficacia, una abstinencia previa al menos de un

		(ITC) China Survey	entrevista cara-cara 3863 fumadores con al menos 100 cigarrillos en su vida y fumaron la última semana. China	mes, intentos previos, intención de dejar de fumar, un mayor tiempo antes del primer cigarrillo al levantarse, opinión negativa del tabaquismo y tener restricciones para fumar en casa.
2011	Fidler JA	Enjoyment of smoking and urges to smoke as predictors of attempts and success of attempts to stop smoking: a longitudinal study	Encuesta Nacional en Hogares a través de seguimiento postal 2257 fumadores Reino Unido	<i>Intento de dejar de fumar:</i> Disfrutar fumar predice realizar un intento (RM=0.70) y la urgencia de fumar predice si el intento será exitoso (RM=0.70)
2011	Borland R	Cessation assistance reported by smokers in 15 countries participating in the International Tobacco Control (ITC) policy evaluation surveys	Encuestas del proyecto ITC 2007	<i>Consulta a un profesional de la salud:</i> Consultar varía del 20% en Malasia al 70% en los países desarrollados <i>CM:</i> Recibir consejo tuvo un rango desde menos del 10% en Holanda hasta más del 50% en Estados Unidos. <i>Intento de dejar de fumar:</i> La proporción de intento varía desde el 60% en Nueva Zelanda, México y China a más del 80% en los otros países.
2011	Marques-Vidal P	Prevalence and factors associated with difficulty and intention to quit smoking in Switzerland	Estudio CoLaus Base poblacional 2003-2006 1234 fumadores de 35 a 75 años Suiza	<i>Intención de dejar de fumar:</i> La intención se asoció positiva y significativamente con la dependencia a la nicotina, el número de intentos y la historia personal y familiar de enfermedad pulmonar, mientras que la asociación fue negativa con la edad y el consumo de alcohol.
2012	Myung SK	Association of sociodemographic factors, smoking-related beliefs, and smoking restrictions with intention to quit smoking in Korean adults: Findings from the ITC Korea Survey	International Tobacco Control Korea Survey (ITC-Korea) Muestreo aleatorio de números telefónicos estratificado, entrevista telefónica ≥19 años con al menos 100 cigarrillos en su vida y al menos uno en los últimos 30 días 995 fumadores Korea	<i>Intención de dejar de fumar:</i> La posibilidad de reportar intención fue mayor en fumadores con nivel de licenciatura o mayor, quienes tenían afiliación religiosa, auto eficacia alta, quienes percibían dificultad para dejar de fumar y un gran daño a la salud por fumar. No se asoció con el sexo, el número de cigarrillos fumados por día, estado civil, ingreso anual, creencias auto eximidas y restricciones al consumo de tabaco.
2012	CDC	Tobacco use screening and counseling during physician office visits among adults – National Ambulatory Medical Care Survey and National Health Interview Survey, United States, 2005-2009	National Ambulatory Medical Care Survey (NAMCS) National Health Interview Survey (NHIS) Muestra probabilística nivel nacional en mayores de 18 años Estados Unidos	<i>Consulta a un profesional de la salud:</i> 17.6% de los que visitan al médico son fumadores. <i>CM:</i> Entre los fumadores actuales quienes visitaron al médico el año previo 20.9% recibió consejo. Los pacientes de 45-64 años recibieron en mayor porcentaje consejo (22.7%) que los de 25-44 años (17.9%). Quienes tienen seguro privado, Medicare o Medicaid/SCHIP tienen más posibilidad de recibir consejo que quienes trabajan por compensación. Una mayor proporción de consejo fue para los médicos de atención primaria (26.9%) que por otros (15.5%)

ANEXO 2. Variables de estudio.

Variables	Pregunta	Codificación
Sexo	Encuestador anotó el sexo según observa	Hombre=0 Mujer=1
Edad	¿Cuántos años cumplidos tiene?	15-24=0 25-44=1 45-64=2 65 o más=3
Escolaridad	¿Cuál es su último nivel de escolaridad completo?	Primaria=0 (ninguno o primaria completa o incompleta) Secundaria=1 (secundaria, secundaria técnica o comercial o normal básica) Preparatoria=2 (preparatoria o vocacional, bachillerato técnico o carrera técnica o comercial o normal superior) Licenciatura o más=3 (licenciatura o maestría/doctorado)
Residencia	Identificación geográfica	Urbana=0 Rural=1
Tener a un proveedor de servicios de salud ^(3, 38)	¿Tiene servicio médico en ...?	No=0 (No tiene) Si=1 (Otro servicio: IMSS, ISSSTE, SSA, seguro popular, Pemex, ejército-marina, otra institución de gobierno, servicio médico universitario y hospital o clínica privada)
Intención para dejar de fumar ^(3, 9, 38, 42)	¿Cuál de las siguientes frases describe mejor lo que piensa acerca de dejar de fumar?	No=0 (Estoy pensando en la posibilidad de dejar de fumar en los próximos 12 meses. Dejaré de fumar algún día, pero no en los próximos 12 meses. No sabe) Si=1 (Tengo previsto dejar de fumar el próximo mes)
Intento para dejar de fumar ^(3, 9, 38-40, 43)	Durante los últimos 12 meses, ¿ha tratado de dejar de fumar?	No=0 Si=1
Consumo de tabaco ^(3, 38, 40, 44)	¿Actualmente fuma tabaco todos los días, algunos días o no fuma actualmente? ¿Cuántos cigarros manufacturados fuma actualmente cada día?	Ocasional=0 Algunos días Menos de 5 cigarros al día=1 5 o más cigarros al día=2
Está prohibido fumar en casa ^(3, 37, 38)	¿Cuál de las siguientes frases describe mejor las normas relativas a fumar dentro de su casa:	No=0 (Está permitido fumar dentro de casa Está prohibido pero hay excepciones No hay reglas No sabe) Si=1 (Está prohibido fumar dentro de casa)

Hay más de un fumador en casa ^(3, 37, 38)	¿Cuántos fumadores viven en su casa?	No=0 (Uno) Si=1 (Dos o más)
El humo enferma a los no fumadores ^(3, 37, 38)	Basándose en lo que usted sabe o lo que cree, ¿respirar el humo que expelen otras personas causa enfermedades graves a los no fumadores?	No=0 Si=1
Consultar a un profesional de la salud ^(31,38,39)	¿Ha consultado con un médico u otro profesional de la salud en los últimos 12 meses?	No=0 Si=1
Recibir Consejo Médico ^(31,38-41)	Cuando consultó con un médico o profesional de la salud en los últimos 12 meses, ¿recibió orientación sobre cómo dejar de fumar productos de tabaco?	No=0 Si=1
Atención médica recibida	¿Ha consultado con un médico u otro profesional de la salud en los últimos 12 meses? Cuando consultó con un médico o profesional de la salud en los últimos 12 meses, ¿recibió orientación sobre cómo dejar de fumar productos de tabaco?	No consulta=0 Respondió “No” a las dos preguntas Solo consulta=1 Respondió “Sí” a la primera pregunta y no contestó la segunda Consulta y no recibe consejo=2 Respondió “Sí” a la primera pregunta y “No” a la segunda Consulta y recibe consejo=3 Respondió “Sí” a las dos preguntas