

Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología

Calidad de vida relacionada con la salud de los expuestos activamente al tabaco. Cuba, 2001

[Dr. René G. García Roche](#),¹ [Dra Rosa M. García Pérez](#),² [Dra. Mariela Hernández Sánchez](#),³ [Dra. Patricia Varona Pérez](#),⁴ [Dr. Mariano Bonet Gorbea](#)⁵ y [M.C. Martha Chang de la Rosa](#)⁶

Resumen

El consumo de tabaco es nocivo para la salud y puede ocasionar distintas enfermedades como el cáncer y afectaciones en la calidad de vida. El objetivo de este trabajo fue describir la calidad de vida relacionada con la salud de las personas expuestas activamente al tabaco, mediante el EuroQol-5D, tomando los datos de la II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Trasmisibles de Cuba en el 2001. Se calcularon números absolutos, porcentajes, *odds ratio* con su intervalo de confianza al 95 % y se modeló con una regresión logística. Los porcentajes de individuos con calidad de vida relacionada con la salud óptima difieren significativamente entre expuestos y no expuestos de 66,78 a 58,93 % y controlando la exposición también hubo diferencias entre estos porcentajes por sexo, edad y estado civil. Los *odds ratio* estimados en el modelo fueron 3,36, 1,02 y 3,60, respectivamente.

Palabras clave: Calidad de vida relacionada con la salud, tabaquismo, hábito de fumar.

Introducción

El consumo de tabaco con las consecuencias nocivas que trae para la salud ha ido incrementándose paulatinamente, desde su introducción en Europa y su extensión a otros continentes, hasta convertirse en la pandemia actual. La fabricación de cigarrillos a inicios del siglo xx produjo una modificación en los patrones de consumo, pues comenzaron a usarlo una mayor cantidad de mujeres y se inició el hábito en los adolescentes cada vez a edades más tempranas.

El incremento del consumo de tabaco trajo enormes ganancias a la industria tabacalera y dio inicio a una feroz campaña publicitaria, mantenida hasta la actualidad, en la cual se trata de minimizar los perjuicios que ocasiona el tabaco a la salud y destacar sus supuestas bondades. Sin embargo, el daño que el tabaquismo produce a la salud es tan severo que se puede considerar como la venganza de los indígenas contra los españoles por haberlos exterminado, “les enseñaron el terrible habito de fumar, esto sin dudas, ha cobrado con crecidos intereses la deuda en vidas con los indígenas.”^{1,2}

En la segunda mitad del siglo xx comenzaron a hacerse estudios epidemiológicos serios sobre el tabaquismo y sus efectos a la salud que han dado evidencias científicas de la gravedad y las consecuencias que ha traído para la humanidad el hábito de fumar.¹⁻⁶ Entre otras enfermedades ocasiona cáncer en los órganos del aparato respiratorio, del aparato digestivo y de otros aparatos; contribuye a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); las enfermedades coronarias; los accidentes vasculares encefálicos (AVE); aumenta la frecuencia de abortos, partos prematuros y bajo peso al nacer; se

aumentan los gastos, el deterioro del aspecto personal, de las relaciones interpersonales y de la calidad de vida.

Actualmente, en los países desarrollados mueren más mujeres de cáncer de pulmón que de cáncer de mama y en la región de las Américas, el tabaco causa más muertes que el SIDA, el alcohol, el abuso de drogas, los accidentes de tráfico y la violencia combinadas. Estas muertes por el uso del tabaco son totalmente evitables. Se piensa que en el año 2030, morirán en el mundo 10 millones de personas, 7 de las cuales serán en los países en desarrollo por causas relacionadas con el tabaco, si no se revierte la tendencia a la mortalidad por esta causa.^{1,3}

Por otra parte, la calidad de vida ha sido definida y estudiada desde la perspectiva de múltiples disciplinas, los ambientalistas han puesto énfasis en las condiciones y atributos del ambiente físico y biológico y en la importancia de preservar los recursos naturales; los economistas en indicadores como el producto nacional bruto (PNB); y los psicólogos en las necesidades humanas y la satisfacción de las mismas.

La calidad de vida es un concepto multidimensional, que abarca los efectos de una enfermedad o tratamiento sobre el funcionamiento físico, psicológico, social y en las actividades diarias del paciente. Este concepto toma en consideración el grado de satisfacción del paciente, con su funcionamiento en estas esferas.

En el campo de la salud se usa con mayor frecuencia, el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y resulta de gran interés para los profesionales sanitarios, porque les permite obtener información complementaria y diferente a los indicadores clínicos tradicionales, explorando la percepción que tiene el paciente de su salud y del impacto de las intervenciones sanitarias, empleando instrumentos sencillos y muy eficaces, sin requerimientos muy exigentes para su aplicación. Entre los pocos cuestionarios que tienen estas características se encuentra el EuroQol-5D.^{7,8}

La CVRS es útil para medir el impacto de las enfermedades crónicas, ya que las medidas clínicas tradicionales proporcionan información importante para los médicos, pero no para los pacientes, pues por lo general ofrecen una información muy pobre sobre las áreas que más interesan a estos. Dentro de ellas se incluyen su capacidad funcional y el sentimiento de bienestar, de forma tal que 2 pacientes en el mismo estadio de una enfermedad pueden tener diferentes capacidades funcionales y sentimientos de bienestar.

Los instrumentos que miden CVRS se clasifican según distintos ejes, uno de los cuales es la cantidad de aspectos que evalúa. En este caso se dividen en instrumentos genéricos (que incluyen indicadores sencillos, perfiles de salud y medidas de utilidad) e instrumentos específicos. El EuroQol-5D es un instrumento genérico.

En Cuba, el tabaquismo ha llegado a constituir un verdadero problema de salud, afecta de manera activa casi al 32 % de la población y al resto en forma pasiva. Algunas de las enfermedades crónicas y no transmisibles relacionadas con el consumo de tabaco ocupan los primeros lugares en su cuadro de morbilidad y mortalidad.⁹

Todo lo anterior, motivó la realización de este trabajo con el cual se pretende describir la CVRS de las personas que habían estado activamente expuestas al tabaco, con los

datos tomados de la II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Trasmisibles (II ENFRENT) de Cuba en el año 2001.

Métodos

La II ENFRENT abarcó toda el área urbana del país, en el período de tiempo comprendido entre noviembre del año 2000 y marzo del 2001. Sus resultados son representativos para la nación y para las provincias. Se hizo un diseño muestral complejo, a partir del diseño muestral general elaborado por la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) en el año 1995, para el sistema de encuestas de hogares y actualizado en 1999.¹⁰ Consiste en una muestra tomada de forma estratificada y por conglomerados polietápicos. Los estratos los conformaron las 14 provincias del país conjuntamente con el municipio especial Isla de la Juventud y los conglomerados fueron las áreas geográficas muestrales (AGEM), manzanas y secciones.

La muestra fue tomada de forma equiprobable para la provincia, pues los tamaños poblacionales de las unidades de muestreo en cada etapa eran iguales; pero para la nación no fue autoponderada. Para compensar en las estimaciones las posibles distorsiones que desde el punto de vista de la representatividad tuviera la muestra con respecto a la población, fue necesario utilizar un factor de ponderación consistente en el inverso de las probabilidades de selección de los individuos, que tomaba en consideración la edad y el sexo.

Finalmente, fueron encuestadas 22 851 personas (10 777 masculinos y 12 074 femeninos), que representaban a una población de 6 702 314 habitantes (3 236 713 masculinos y 3 465 601 femeninos), mayores de 15 años y residentes en el área urbana del país.

Las fuentes de información fueron los instrumentos, entre ellos, el EuroQol-5D, aplicado a cada individuo de la muestra, mediante entrevistas estructuradas realizadas por encuestadores profesionales en los hogares. Los encuestadores fueron previamente entrenados por el equipo de investigación.

El EuroQol-5D es un instrumento para la medición de la CVRS, que puede utilizarse tanto en individuos relativamente sanos (población general), como en pacientes con diferentes enfermedades, en el cual el propio individuo valora su estado de salud en 3 aspectos o partes, la primera parte es el sistema descriptivo que incluye 3 niveles de gravedad (sin problemas, algunos problemas o problemas moderados y problemas graves) por 5 dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión); la segunda parte es una evaluación más general con una escala visual analógica (EVA), milimetrada que va de 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable); y la tercera parte es el índice de valores sociales que se obtiene para cada estado de salud de 5 dígitos, generado por la puntuación obtenida en cada dimensión del instrumento.⁸

Los resultados del EuroQol-5D se presentan en dependencia de la parte del instrumento de que se trate (sistema descriptivo, EVA o el índice). Para el sistema descriptivo pueden presentarse porcentajes de individuos por niveles de gravedad para cada dimensión o categorizando los niveles de gravedad en individuos con o sin problemas.⁸

Del cuestionario se utilizaron en el estudio las siguientes variables:

- *Cuestionario EuroQol-5D* (sistema descriptivo y EVA)

CVRS: 1= Óptima (respondió todos los ítems del estado de salud con 1, o sea sin problemas).

2= No óptima (respondió algún ítem con 2 o 3, o sea, con algunos problemas o problemas moderados y problemas graves).

EVA: El puntaje que el individuo obtuvo.

- *Exposición activa al tabaco*

1= No (nunca en su vida habían fumado).

2= Si (habían fumado alguna vez en la vida).

- *Sexo*

1= Masculino.

2= Femenino.

- *Estado civil*

1= Otras categorías (solteros, casados, divorciados).

2= Viudos.

- *Edad*

En años cumplidos.

- *Color de la piel*

1= Blanco.

2= Mulato o mestizo.

3= Negro.

Para darle salida a los objetivos propuestos, se calcularon medidas de resumen para datos cualitativos: números absolutos y porcentajes. Las inferencias a la población se hicieron mediante los intervalos de confianza.

Para controlar el posible efecto confusor de las variables analizadas sobre la CVRS, se introdujo en un modelo de regresión logística. Las variables explicativas analizadas fueron el sexo, la edad (en años cumplidos), la exposición activa al tabaco, el estado civil, el color de la piel y la interacción del estado civil con la exposición activa al tabaco. Como medida de riesgo se halló el *odds ratio* y su intervalo de confianza. Las estimaciones se hicieron con una confiabilidad del 95 %.

Se clasificaron los individuos como expuestos activamente al tabaco (fumadores o exfumadores) y no expuestos activamente al tabaco (no fumadores). Se les dio esta denominación de exposición activa al tabaco para diferenciar los que han fumado alguna vez del resto de los individuos que están expuestos pasivamente al tabaco.

Se clasificó el estado civil de los individuos en solteros, casados y divorciados contra viudos, por ser este estado civil, el que tiene una valoración particular para la CVRS.

Los resultados se presentan en tablas.

Resultados

La exposición activa al tabaco disminuye significativamente el porcentaje de individuos con CVRS óptima, de 66,78 % en los no expuestos a 58,93 % en los expuestos, y los intervalos de confianza no se solapan. Lo contrario ocurre con la CVRS no óptima, que el porcentaje aumenta significativamente de 33,22 % en los no expuestos a 41,07 % en los expuestos. Tampoco aquí hay solapamiento de los intervalos de confianza (tabla 1).

Tabla 1. Exposición activa al tabaco y calidad de vida relacionada con la salud de la población. Cuba, 2001.

Exposición activa al tabaco	Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)					
	Óptima			No óptima		
	No.	% (*)	IC al 95 %	No.	%(*)	IC al 95 %
Si	1 650 746	58,93	[57,56; 60,30]	1 150 348	41,07	[39,70; 42,43]
No	2 482 386	66,78	[65,63; 67,92]	1 235 037	33,22	[32,08; 34,37]
Total	4 133 132	63,41	[62,40; 64,00]	2 385 385	36,59	[35,60; 37,69]

(*) Los porcentajes se calcularon con el total de individuos en la categoría de exposición activa al tabaco.

Los propios resultados de la parte descriptiva del *test* son consistentes con los de la EVA, pues la media de sus puntajes disminuye significativamente (no hay solapamiento de los intervalos de confianza) de 87,03 [86,48; 87,58] en el grupo de individuos con una CVRS óptima a 69,21[68,54; 69,89] en el grupo de individuos con una CVRS no óptima. Lamentablemente no se pudo modelar la influencia de otras variables explicativas sobre la EVA porque no se cumplían los supuestos para una regresión lineal múltiple.

En la tabla 2, pueden compararse los porcentajes de individuos que tienen una CVRS óptima por sexo, controlando la exposición activa al tabaco. Es evidente que entre los expuestos activamente al tabaco existen menores porcentajes de individuos con esa categoría de CVRS que entre los no expuestos, 58,93 % contra 66,78 %. Por sexo los porcentajes de mujeres son significativamente menores que en los hombres; en los expuestos 46,99 % contra 66,57 % y en los no expuestos 59,62 % contra 78,19 %, para mujeres y hombres, respectivamente.

Tabla 2. Calidad de vida relacionada con la salud óptima por sexo, según exposición activa al tabaco. Cuba, 2001.

Sexo	Exposición activa al tabaco					
	Si			No		
	No.	%(*)	IC al 95 %	No.	%(*)	IC al 95 %
Masculino	1 137 007	66,57	[65,13; 68,02]	1 120 521	78,19	[76,79; 79,59]
Femenino	513 739	46,99	[44,83;49,16]	1 361 865	59,62	[58,28; 60,95]
Total	1 650 746	58,93	[57,56;60,30]	2 482 386	66,78	[65,63;67,92]

(*) Los porcentajes se calcularon con los individuos que tienen CVRS óptima, en cada sexo, controlando la categoría de exposición.

Los porcentajes de individuos con CVRS óptima, por edad, controlando la exposición activa al tabaco, pueden verse en la tabla 3. Resulta interesante que a medida que aumenta la edad, disminuye significativamente el porcentaje de personas con una CVRS óptima dentro de cada categoría de expuestos al tabaco, desde 76,00 % hasta 42,56 % en los expuestos y de 81,13 % hasta 37,65 % en los no expuestos. Sin embargo, comparando los grupos de edad entre ambos grupos con diferente exposición al tabaco, se encuentra que en los grupos de edad iniciales, los porcentajes son significativamente menores en los expuestos que en los no expuestos, como era esperado, pero esta diferencia deja de ser significativa a partir de los 45 años.

Tabla 3. Calidad de vida relacionada con la salud óptima, por edad y exposición activa al tabaco. Cuba, 2001.

Edad (años)	Exposición activa al tabaco					
	Si			No		
	No.	%(*)	IC al 95 %	No.	%(*)	IC al 95 %
15-29	317 071	76,00	[73,31; 78,69]	1 088 693	81,13	[79,66; 82,58]
30-44	599 023	64,03	[61,97; 66,36]	861 610	70,54	[68,89; 72,20]
45-59	486 331	56,23	[53,98; 58,48]	312 163	54,77	[52,36; 57,18]
60 y más	248 321	42,56	[39,86; 45,25]	219 920	37,65	[35,19; 40,11]
Total	1 650 746	58,93		2 482 386	66,78	

(*) Los porcentajes se calcularon con los individuos que tienen CVRS óptima, por cada grupo de edad, controlando la categoría de exposición.

Los porcentajes de los que tienen una CVRS óptima, controlando la exposición activa al tabaco, muestran diferencias significativas entre las categorías del estado civil, pues los porcentajes de viudos son menores que aquellos que tienen otro estado civil (tabla 4). Entre los no expuestos, 32,31 % de los viudos es significativamente menor que 68,67 % que tienen otras categorías del estado civil y entre los expuestos, 33,52 % de los viudos, también es significativamente menor que 60,35 % de los individuos que tienen otras categorías del estado civil. Entre expuestos y no expuestos que tienen otras categorías

del estado civil que no es la de viudo, hay diferencias significativas; pero en el caso de los viudos no las hay porque los intervalos de confianza se solapan.

Tabla 4. Calidad de vida relacionada con la salud óptima, según estado civil y exposición activa al tabaco. Cuba, 2001.

Estado civil	Exposición activa al tabaco					
	Si			No		
	No.	% (*)	IC al 95 %	No.	% (*)	IC al 95 %
Otras categorías	1 601 142	60,35	[58,95; 61,75]	2 419 749	68,67	[67,53; 69,81]
Viudos	49 604	33,52	[28,93; 38,11]	62 637	32,31	[28,32; 36,29]
Total	1 650 746	58,93		2 482 386	66,78	

(*) Los porcentajes se calcularon con los individuos que tienen CVRS óptima, dentro de cada estado civil, controlando la categoría de exposición.

Los resultados del modelo de regresión logística pueden verse en la tabla 5. Los parámetros estimados del color de la piel y la interacción del estado civil con la exposición activa al tabaco, no fueron estadísticamente significativos, por lo que se eliminaron del modelo. El resto de los parámetros estimados de las variables analizadas fueron significativos con un 95 % de confianza, al igual que los *odds ratio* (OR), pues en ningún caso su intervalo de confianza contenía el 1. Los valores de los OR indican las veces que resulta más riesgoso para que la CVRS no sea óptima cuando se cambia de una categoría a otra de la variable. Estas categorías son de cualquier estado civil al de viudo, del sexo masculino al femenino, de no expuesto a expuesto al tabaco y al aumentar en un año la edad. Es interesante el riesgo que se adquiere con el cambio de categorías de las 3 primeras variables, expresado por la magnitud de los OR.

Tabla 5. Resultados de la modelación de la calidad de vida relacionada con la salud en la población. Cuba, 2001.

Modelo de regresión logística de la calidad de vida relacionada con la salud				
Variables explicativas	β	Sig. de Z	OR	
			Valor	IC al 95 %
Intercepto	-5,5574	<0,0001		
Sexo	1,1290	<0,0001	3,369	[2,84; 3,37]
Edad	0,0230	<0,0001	1,027	[1,02; 1,03]
Exposición al tabaco	0,3209	<0,0001	1,523	[1,25; 1,52]
Estado civil	1,0796	<0,0001	3,605	[2,40;3,61]

Discusión

El empeoramiento de la CVRS por la exposición al tabaco podría deberse entre otras causas, al daño y a las enfermedades que ocasiona al organismo y que en definitiva redundan en un detrimento de la salud y en última instancia de la CVRS.

Aunque no se encontraron mediciones de la CVRS en fumadores con el EuroQol-5D, los resultados encontrados coinciden con los reportados por otros autores, en cuanto a que el no iniciarse a fumar o dejar de hacerlo mejora la calidad de vida.^{4,5,11-13}

El mayor perjuicio para el sexo femenino también ha sido planteado por diversos autores,^{11,12,14} pues aunque las mujeres fuman en menor proporción que los hombres, esta proporción se ha ido incrementando paulatinamente, a lo que se añade que las edades de comienzo son más tempranas y que el daño que produce el tabaco en el organismo femenino es mayor que el que produce en el sexo masculino, con el correspondiente impacto sobre la CVRS.

Algunos autores plantean que “los exfumadores, tanto hombres como mujeres, que lo han dejado hace 15 años o más, tienen una salud que estadísticamente no reviste diferencias en su calidad, frente a la de aquellos que nunca han fumado”.^{5,12} En este estudio, los expuestos con edades superiores a 45 años, posiblemente son exfumadores que abandonaron el hábito de fumar hace varios años y que al igual que los no expuestos, tienen otros factores como la propia edad que influyen significativamente sobre la CVRS, la cual empeora independientemente de la exposición en la medida que la edad aumenta.

Aunque no se encontraron estudios que aborden el estado civil y la CVRS relacionándolos con la exposición activa al tabaco, el estado civil tiene mayor influencia sobre la CVRS que el resto de las variables y específicamente cuando se pasa de cualquier categoría del estado civil a la categoría de viudo, disminuye significativamente la probabilidad de tener una CVRS óptima.

El modelo de regresión logística resultó muy útil para analizar la influencia de las variables explicativas sobre la variable de respuesta dicotómica CVRS, controlando el resto de las variables y fundamentalmente la confusión que provocaba la exposición activa al tabaco.

Consideraciones finales

- La exposición activa al tabaco empeora la CVRS de las personas.
- El riesgo de empeorar la CVRS cuando se ha estado expuesto activamente al tabaco se puede medir y su magnitud es considerable.
- Otras variables como el estado civil, el sexo y la edad también influyen de forma importante en la CVRS.
- El EuroQol-5D es útil para hacer mediciones de la CVRS en los expuestos activamente al tabaco.

Recomendaciones

- Obtener las tarifas de la población cubana para poder hallar el índice de valores sociales con este instrumento.
- Profundizar en el estudio de la CVRS de los expuestos activamente al tabaco por medio del EuroQol-5D y de otros instrumentos.
- Estudiar sistemáticamente la CVRS en los expuestos a los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles.

Summary

Quality of life related to the health of people actively exposed to smoking. Cuba, 2001

Smoking is harmful for health and may cause a number of diseases such as cancer and problems in quality of life. The objective of the present paper is to describe the quality of life related to the health of people actively exposed to smoking through EuroQol-5D, taking data from the Second National Survey of Risk Factors for Non-Communicable Diseases in Cuba in 2001. Absolute numbers, percentages, odd ratios with 95 % confidence intervals were estimated and also logistic regression was modelled. The percentage of individuals with quality of life related to optimal health condition significantly differed between those exposed and those non-exposed to smoking (66,78 % and 58,93 % respectively) and controlling for exposure, there were still differences between these percentages according to sex, age and marital status. Estimated odd ratios for this model were 3,36, 1,02 and 3,60, respectively.

Key words: Health-related quality of life, smoking.

Referencias bibliográficas

1. Lau López, Alfredo E. Hábito de fumar y cáncer. (Consultado 16 de mayo de 2005). Disponible en: http://www.medspain.com/n3_feb99/fumcancer.htm
2. López Novoa M, Pereira Domínguez MC. Valoraciones educativas sobre el tabaco y la publicidad: la necesaria intervención pedagógica. (Consultado 16 de mayo de 2005). Disponible en: http://webs.uvigo.es/consumoetico/textos/articulo_revista_galega_ensino_tabaco_y_publicidad.doc
3. El tabaco mata a más de un millón de personas al año en las Américas: ¿podemos controlar estas muertes? Noticias e información. Información de prensa. Sociedad Cubana de Medicina Familiar. (Consultado 16 de mayo de 2005). Disponible en: <http://www.socumefa.sld.cu/boletintabaco.htm>
4. Efectos del tabaquismo. (Consultado 13 de mayo de 2005). Disponible en: <http://www.alemana.cl/atb/atb004.html>
5. Dejar de fumar mejora la calidad de vida. (Consultado 13 de mayo de 2005). Disponible en: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/print/news/fullstory_22957.html
6. Salud mental y emocional de los jóvenes. tabaquismo. (Consultado 13 de mayo de 2005). Disponible en: <http://www.cipaj.org/doment66n.htm#inicio>
7. Badía X, Baró E. Cuestionarios de salud en España y su uso en la atención primaria. Aten Primaria. 2001;28(5):349-356.
8. Herdman H, Badía X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en la atención primaria. Aten Primaria. 2001;28(6):425-429.

9. Varona Pérez. Factores asociados a las etapas de cambio de comportamiento en fumadores cubanos. Rev Panam Salud Pública. 2003;14(3):119-124.

10. Cañizares Pérez M, Barroso Utra I, Alfonso León A, García Roche R, Alfonso Sagué K, Chang de la Rosa M, et al. Estimaciones usadas en diseños muestrales complejos: aplicaciones de la encuesta de salud cubana del año 2001. Rev Panam Salud Pública. 2004;15(3).

11. Aguilar Pérez JA. Tabaquismo un enemigo consentido. (Consultado 12 de mayo de 2005). Disponible en:
http://www.profeco.gob.mx/html/revista/publicaciones/adelantos_04/tabaquismo_may04.pdf

12. SEDET-Sociedad Española de Especialistas del Tabaco. Tabaco y enfermedades. (Consultado 11 de mayo de 2005). Disponible en:
http://www.sedet.es/secciones/noticias/noticias.php?id_categoria=2

13. "Dejar de fumar es ganar en salud y calidad de vida". Entrevista a Víctor López, cardiólogo y presidente del Comité de Prevención del Tabaquismo. (Consultado 12 de mayo de 2005). Disponible en:
<http://revista.consumer.es/web/es/20000201/entrevista/30609.php>

14. Torreblanca L. La lucha contra el tabaco en Castilla-La Mancha, dejar de fumar un reto individual y social. (Consultado 12 de mayo de 2005). Disponible en:
http://www.jccm.es/revista/167/articulos167/calidad_vida_julio.htm

Recibido: 14 de febrero de 2006. Aprobado: 9 de enero de 2007.

Dr. *René G. García Roche*. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Infanta 1158 entre Llinás y Clavel. Centro Habana. Ciudad de La Habana, Cuba. E-mail: rene@inhem.sld.cu

[1Especialista en Bioestadística. Máster en Informática en Salud. Investigador Agregado. Profesor Auxiliar.](#)

[2Especialista en Medicina General e Integral. Máster en Salud Ambiental. Instructor.](#)

[3Especialista en Higiene. Máster en Epidemiología. Investigador Auxiliar. Profesor Auxiliar.](#)

[4Especialista en Epidemiología. Investigador Auxiliar. Instructor.](#)

[5Especialista en Epidemiología. Investigador Auxiliar. Profesor Auxiliar.](#)

[6Licenciada en Sociología. Máster en Salud Pública. Investigador Agregado. Asistente.](#)