



IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA PARA TRABAJADORES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR, MURCIA.

ALUMNO: MARÍA TERESA ROJO SOLANA

TUTOR: JAVIER CAMPOS SERNA

MASTER EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

CURSO 2014/15

11 DE SEPTIEMBRE DE 2015

ÍNDICE

JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO	1
RESUMEN	3
1. INTRODUCCIÓN	6
1.1. El tabaco: origen, distribución y comercialización a lo largo de la historia.....	6
1.2. Prevención de riesgos laborales y la deshabituación tabáquica.	8
2. OBJETIVOS	10
3. METODOLOGÍA	11
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	12
4.1. Enfermedades asociadas.....	12
4.1.1. Estudios recientes.....	14
4.2. Encuesta realizada y tratamiento estadístico de los resultados obtenidos.	16
4.2.1. Resultados de la encuesta.....	16
4.2.1.1. <i>Análisis de resultados generales</i>	17
4.2.1.2. <i>Análisis de resultados por colectivos</i>	20
4.2.2. Sesgos.....	27
4.3. Test seleccionados para la implantación del plan.....	28
4.3.1. Test de <i>Glover-Nilsson</i>	28
4.3.2. Test de <i>Richmond</i> o de motivación para dejar de fumar.....	30
4.3.3. Test de <i>Fagerström</i> o test de dependencia de la nicotina.....	32
4.3.4. Test de <i>Russell</i>	33
4.3.5. Test para la escala de disnea (MRC modificado).....	34
4.4. Programa de deshabituación tabáquica propuesto.....	35
5. CONCLUSIONES	41
6. BIBLIOGRAFÍA	44
7. ANEXOS	46

JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Los efectos adversos del tabaco sobre la salud de la población son muy bien conocidos y están descritos.

El tabaco es responsable de aproximadamente 56.000 muertes anuales en España, del 30% de las muertes por cáncer, del 20% de las producidas por enfermedades cardiovasculares, y del 80% de las causadas por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

El humo procedente de la combustión del tabaco está compuesto por unas 4.000 sustancias diferentes, 40 de ellas altamente tóxicas y cancerígenas.

Los daños que el tabaco ejerce sobre la salud de los trabajadores impactan enormemente en sus ausencias del puesto de trabajo, lo que supone un impacto relevante en cuanto a costes personales derivados de los daños a la salud de los trabajadores y sus familias así como para la productividad de las empresas.

El apoyo profesional puede multiplicar por diez las posibilidades de dejar de fumar. Por todo ello en Europa se han ido implantando paulatinamente diversos planes de prevención del consumo de tabaco entre los trabajadores desde los servicios de prevención de las empresas. En España aunque la experiencia en este sentido es muy escasa sí que se cuenta con algún programa de deshabituación tabáquica como es el que se lleva a cabo por el Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Vall d'Hebron en Barcelona.

No obstante, en la Región de Murcia las experiencias previas son muy limitadas aunque existe un programa de deshabituación tabáquica en la Universidad de Murcia destinado a estudiantes, personal docente e investigador y personal de administración de servicios.

La escasez de programas de deshabituación tabáquica, pone de manifiesto la necesidad plausible de la instauración de programas de prevención de consumo de tabaco en la Región de Murcia; empezando por los Servicios Sanitarios representados por los Hospitales como agentes generadores de bienestar y salud y, en concreto, comenzando por los servicios de prevención del Hospital General de los Arcos del Mar Menor.

Este hecho permitiría a los servicios de prevención de la Región de Murcia dar un salto de calidad cuantitativo y cualitativo lo cual lo situaría a la vanguardia en cuanto a prevención de riesgos laborales; esto es debido a que son pocos los servicios de prevención de riesgos de los

sistemas de salud públicos que tienen incluidos, en su cartera de servicios, un programa de deshabituación tabáquica para sus trabajadores.

Igualmente, la implantación de un programa de deshabituación en el Hospital General de los Arcos del Mar Menor será de gran interés no sólo para la población trabajadora, sino también para la propia imagen corporativa del centro como referente para otros proveedores de servicios sanitarios de su área de influencia como son los Centros de Atención Primaria a los que podría extenderse el programa de prevención. Finalmente, los pacientes que son atendidos en el Hospital valorarían la iniciativa muy positivamente.



RESUMEN

Introducción

Es de sobra conocido los efectos adversos sobre la salud del consumo de tabaco. Desde la implantación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en 1995, numerosas Comunidades Autónomas han implementado planes de deshabituación tabáquica en numerosos centros públicos y empresas. No obstante, en el Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor de la Región de Murcia dicho programa se encuentra en fase de desarrollo.

Es por ello, que el principal objetivo de este trabajo será el de colaborar con el servicio de prevención del Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor de la Región de Murcia en el desarrollo e implementación de un programa de deshabituación tabáquica dirigido a su población trabajadora.

Método

Para ello se llevará a cabo una revisión sistemática de la literatura de los programas previos que se han desarrollado en España así como la opinión de los trabajadores de dicho hospital a través de encuestas de opinión.

Resultados

Resultados generales de la encuesta han indicado que, en el Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor, 71 de las 80 personas encuestadas pertenecientes a diversos colectivos de trabajadores de dicho hospital estarían de acuerdo en la implantación de un plan de deshabituación tabáquica. Finalmente se propone la implementación de un programa de deshabituación tabáquica que consta de varios pasos: 1. Charla informativa, 2. Test de evaluación de la dependencia a la nicotina, 3. Captación de participantes, 4. Citas de seguimiento individual y 5. Citas de seguimiento colectivo.

Conclusiones

Existe una gran demanda entre los trabajadores (fumadores y no fumadores) del Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor en la instauración del programa. De implantarse dicho programa se podría mejorar no solo la salud de la población trabajadora del

Hospital, sino también su imagen corporativa convirtiéndose en un centro pionero y de referencia en su entorno.

Palabras clave: Consumo de tabaco, tabaquismo, Programas de Deshabituación Tabáquica, Encuestas, Prevención de Riesgos Laborales, Trabajadores del Hospital, Unidades de Salud Laboral y Servicios de Prevención de Prevención de Riesgos Laborales

ABSTRACT

Introduction

Adverse health effects of tobacco consumption are widely known. Since the implementation in Spain of the Law on Prevention of Occupational Hazards in 1995, many regions have developed plans to reduce cigarettes consumption in many public schools and companies. However, in the “Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor de Murcia” these kinds of programs are under development.

It is for this reason that the main objective of this work will be to collaborate with the prevention service of “Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor de Murcia” in the development and implementation of a smoking cessation program aimed at its workers.

Methods

For this purpose, a systematic literature review of previous smoking cessation programs was conducted. The search was focused on these smoking cessation programs that have been developed in Spain. In addition, the opinion of workers in the hospital related to the implementation of the program was taken into account using self-reported surveys.

Results

Overall the main results of the survey indicated that in the “Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor de Murcia”, 71 of the 80 respondents from various categories of workers of the hospital would agree the introduction of a smoking cessation program; plan proposed in this paper. Finally, the implementation of a smoking cessation program was proposed. The smoking cessation program consisted of five different steps: 1. Informative talk about the program, 2. Test of evaluation of nicotine dependence, 3. Recruitment of participants, 4. Individual monitoring and 5. Collective monitoring.

Conclusions

There is a considerable demand among workers (smokers and nonsmokers) of the “Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor de Murcia” for the implementation of a smoking cessation program. In case this smoking cessation program was developed it will imply, not only an improvement of the health status of the workers in the Hospital, but also its corporative image becoming a pioneer and reference Hospital in this field in his area.

Keywords: Tobacco consumption, Smoking, Smoking Cessation Program, surveys, prevention of occupational hazards, Hospital workers,.Occupational Health Unit, and Prevention service of occupational hazards.



1. INTRODUCCIÓN

1.1. El tabaco: origen, distribución y comercialización a lo largo de la historia.

El *tabaco de Virginia*, *petén* o *hierba santa* (*Nicotiana tabacum*) es una planta herbácea perenne, de la familia de las solanáceas, propia de América tropical y de cuyas hojas se produce la mayor parte del tabaco consumido hoy en el mundo (figura 1).



Figura 1. *Nicotiniana tabacum* (Fuente: internet; www.chili-balkon.de).

La planta de tabaco surge en el mundo hace unos 8.000 años y se comienza a emplear por los aborígenes desde, aproximadamente unos 2.000 años.

Desde tiempos remotos, cultivaron el tabaco y lo emplearon para múltiples fines, tanto para el tratamiento de muchas afecciones del ser humano, de los animales y de las plantas, como en ceremonias religiosas y rituales. A la planta, además de causarles placer, se le atribuían poderes mágicos maravillosos, como purificar el alma predisponiéndola para la contemplación y la comunicación con los dioses. Además disimulaba el hambre, la sed, la fatiga e incluso hasta el dolor [1]. También se creía que a través de su magia se alejaba el fantasma de la concupiscencia y que, colocado en las redes de los pescadores, atraía los peces [2].

Esta planta, originaria de América, no se conoció en ninguna otra parte del mundo, y lo más llamativo es que nunca se encontró tampoco en estado silvestre.

La llegada del tabaco a España se debió a Rodrigo de Jerez (marino de la Niña) y Luis de Torres (judío converso) quien, según documentos de la época, figuraba como "intérprete". Ambos ya eran consumidores de tabaco. Según relata Fray Bartolomé de las Casas, estos dos aventureros, en noviembre de 1492 fueron enviados "12 leguas más al norte", donde encontraron una tribu de nativos, los "araphaos", los cuales, entre otras costumbres, tenían la de consumir tabaco fumándolo en forma de rollos [3].

El tabaco se puso de moda a partir de 1559, cuando Jean Nicot había logrado cultivar plantas de tabaco y tenía el dato de una curación de una úlcera necrosada de piel con cataplasmas de tabaco. Después envió a la reina Regente de Francia, Catalina de Médicis, su primera cosecha y semillas en 1560. Igualmente convenció al Gran Prior, Francisco de Lorena, de las bondades de la planta y éste se encargó de difundirlas también por toda Francia. Esto dio pie a que durante mucho tiempo se denominara al tabaco "La hierba del Gran Prior".

El Siglo XVI fue la "Edad de oro" de la pipa, la que fue empleada para fumar prácticamente en toda Europa y Asia, sin diferencias sociales entre los consumidores. Se conocen desde entonces y perduran hasta nuestros días.

A fines del Siglo XVII el consumo de tabaco se había expandido por todo el mundo y se había convertido en una costumbre generalizada. Era, incluso, como una distinción y como una demostración de virilidad. Este consumo se expandió aún más durante el Siglo XVIII, atribuyéndose a la moda de aspirar rapé y al tabaco en sí propiedades medicinales: vigorizar el cerebro, aclarar la mente, eliminar miasmas, evitar resfríos, mejorar bronquitis, etc. Es en éste siglo donde se empieza a masticar tabaco.

Después de las guerras napoleónicas, el "cigarro" reclamó su lugar, arribando a Inglaterra en 1814. También llegó a ser consumido en forma universal, considerándose infaltable entre hombres de negocios, a quienes daba categoría de tales. A éstos se agregaron rápidamente en busca de status social los profesionales, industriales, dirigentes, etc., y todo aquel que deseaba figurar. Se destacaron entonces -y algunos todavía persisten- los denominados "puros" [3].

En el Siglo XIX y comienzos del XX el consumo de tabaco por mujeres se consideraba inadmisibles e inmoral, estaba reservado a los hombres. Todas estas actitudes comienzan a cambiar gradualmente gracias a la emancipación económica de la mujer y con su acceso a las universidades.

Por supuesto que el ingreso de la mujer en el consumo de tabaco, sobre todo cuando lo hizo en forma masiva, produjo un increíble aumento de las ganancias de las tabacaleras y por supuesto de los gobiernos en concepto de impuestos.

Desde 1900 las compañías tabacaleras iniciaron una gran ofensiva para conquistar el mercado mundial del tabaco con el cigarrillo, cosa que lograron sin mayores inconvenientes luego de la fusión de industrias tabacaleras inglesas y americanas en 1911.

En 1954 R. Dolí y A. Hill de Inglaterra, estudiando un importante número de médicos fumadores o no, realizaron un importante aporte a través del seguimiento de los mismos. Demostraron las patologías que aparecían entre los fumadores, entre las que se destacaba el cáncer de pulmón. A partir de ese año comienzan a aparecer importantes contribuciones que demuestran la nocividad del tabaco y su relación con graves enfermedades, como son el cáncer, la bronquitis crónica y el infarto de miocardio, tanto en fumadores activos como en pasivos [4].

1.2. Prevención de riesgos laborales y la deshabituación tabáquica.

Al comenzar la década de los setenta, se creó el Plan Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo [5], el cual fue el antecedente del actual Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Pese a la denominación de Plan Nacional, no se trataba de un proyecto transitorio sino de un organismo que permanecería en décadas posteriores. El Plan Nacional comprendía acciones muy diversas. Especialmente, destacaba su interés por la acción formativa en los diferentes niveles educativos, la labor de asesoramiento mediante la creación de una red técnico-preventivo y clínico laboral por todo el territorio nacional, creación de servicios técnicos de seguridad en las empresas que cuentan con servicios médicos autónomos y la realización de acciones preventivas en aquellas que por su dimensión no contasen con estos servicios, así como la colaboración con las Mutualidades Laborales y Mutuas Patronales para conseguir una mayor coordinación [6].

Desde 1978 hasta 1995 (Promulgación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales) la actuación preventiva del Instituto Nacional se desarrolló entre importantes cambios legislativos, que afectaron tanto a la materia laboral de la seguridad y salud en el trabajo como al funcionamiento del propio instituto.

Especialmente importante fue la Constitución de 1978 que implantó un nuevo modelo territorial (la España de las autonomías) y el Estatuto de los Trabajadores de 1980, que es el encargado de hacer compatible la legislación laboral española con el nuevo sistema de relaciones laborales defendido en la Constitución [6].

Así, el Instituto Nacional fue el encargado de adaptar la legislación española a la normativa europea ya vigente. La adopción en 1989 de la denominada Directiva Marco será fundamental para que unos años después, en 1995 se promulgue la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Por lo tanto, el marco normativo en el que nos situamos para que sea posible la inclusión de un plan de deshabituación tabáquica en nuestro país, sería el siguiente:

- **Ley 31/1995, de 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (BOE 10-11-1995).**
- **Ley 54/2003, de 12 de Diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales (BOE 13-12-2003).**
- **Real Decreto 39/1997, de 17 de Enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención (BOE 31-1-1997).**
- **Decreto nº 198/2008, de 11 de Julio, por el que se desarrolla la Ley 28/2005, de 26 de Diciembre.**
- **Ley 28/2005, de 26 de Diciembre**, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.
 - **Artículo 5.-** Medidas de promoción de la salud, prevención y deshabituación:
 - La Región de Murcia impulsará medidas tendentes al apoyo de la prevención y control del tabaquismo, de la promoción y protección de la salud y de la deshabituación tabáquica de las personas que quieran abandonar el hábito del tabaco.
- **Ley 42/2010, de 30 de Diciembre**, más conocida como nueva ley antitabaco, entró en vigor el **2 de enero de 2011**, como modificación de la anterior ley de 2006, y cuyas medidas más importantes son la extensión de la prohibición de fumar a cualquier tipo espacio de uso colectivo, local abierto al público, que no esté al aire libre, con algunas

excepciones. Se prohibió también en algunos lugares abiertos, limitando lo que se entiende por espacio cubierto.

Como se puede extraer, el modelo o plan de deshabituación tabáquica bajo la cartera de prevención de riesgos laborales se lleva incluyendo desde hace relativamente poco tiempo, teniendo a las Comunidades Autónomas de La Rioja, Guadalajara, Almería y Córdoba como pioneras y máximas exponentes en cuanto al énfasis y la abundante inclusión en numerosos centros públicos. Actualmente, casi todas las comunidades autónomas tienen instaurado un plan de deshabituación tabáquica para varios de sus centros públicos destinados a los trabajadores. En cualquier caso, la experiencia que se tiene de estos programas en la Región de Murcia y, concretamente, en sus hospitales es limitada.

2. OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo es el de implantar desde el servicio de prevención de riesgos laborales un plan de deshabituación tabáquica destinado a la población trabajadora del Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor en la Región de Murcia.

Entre los objetivos secundarios encontramos:

1. Desarrollar un programa de deshabituación tabáquica destinado a la población trabajadora a la que da cobertura el servicio de prevención del Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor.
2. Facilitar el proceso de abandono del consumo de cigarrillos y favorecer el mantenimiento de la conducta abstinentes, disminuyendo la probabilidad de recaída.
3. Información de las nuevas enfermedades asociadas al consumo de tabaco y qué métodos están siendo los más usados para su deshabituación.
4. Que los trabajadores del hospital muestren su opinión acerca de una presumible implantación del modelo antes citado.
5. Predecir la demanda y de la aceptación de la implantación del plan de deshabituación tabáquica bajo la cartera de prevención de riesgos laborales que se pretende llevar a cabo en este hospital en concreto.

3. METODOLOGÍA

Para el primer y segundo objetivo complementario se ha realizado una búsqueda de material bibliográfico mediante una revisión sistemática de la literatura en distintas bases de datos y páginas web con la finalidad de identificar otros programas de deshabituación tabáquica destinados a la población trabajadora de centros sanitarios con el fin de adecuarlos a nuestro programa de deshabituación tabáquica. La búsqueda se realizó en páginas web de las conserjerías de salud de otras regiones o autonomías y siempre bajo la premisa de que los planes de deshabituación tabáquica deben estar destinados a los propios trabajadores del centro en cuestión.

Para el tercer objetivo complementario se realizó búsqueda bibliográfica exhaustiva de recientes estudios (nacionales e internacionales) referentes a nuevas enfermedades asociadas al tabaquismo así como de una recopilación de los métodos más efectivos a la hora de instaurar un plan de deshabituación efectivo.

Para el cuarto de los objetivos complementarios se ha elaborado una encuesta de opinión dirigida a los trabajadores pertenecientes al Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor. De modo que otra parte metodológica importante, y que tiene como objetivo abordar el último objetivo complementario, ha consistido en la propia elaboración, la posterior cumplimentación por parte de trabajadores del hospital y el tratamiento de los datos obtenidos en la encuesta (ver anexo 1) relacionada con el plan que se tiene como objetivo implantar en el Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor.

En definitiva, se ha pretendido obtener información de multitud de artículos publicados en materias referentes a conceptos básicos como el tabaquismo y las enfermedades asociadas, de la historia del tabaco y su implantación en Europa, de la instauración de la planta del tabaco como una planta de consumo cotidiano para un gran porcentaje de la población y de las consecuencias, descubiertas hace poco, en personas no fumadoras que comparten espacio con las fumadoras.

Además, se ha buscado información relacionada con los test empleados en numerosos planes de deshabituación tabáquica.

Los test empleados en el programa a implantar son el *Test de Glover-Nilsson*, el *Test de Richmond* o de motivación para dejar de fumar, el *test de Fagerström* o test de dependencia

de la nicotina, el *Test de Russell* y el *test para la escala de disnea* (MRC modificado). Estos test serán una pieza clave en el modelo además de las sesiones propiamente dichas.

Para ello se han utilizado los buscadores siguientes: “Pubmed (forma parte del National Center for Biotechnology Information (NCBI))”, “Science Direct”, “Web Of Knowledge” y “Google Académico”.

En dichos buscadores se han empleado las siguientes palabras y aspectos clave: smoking, history of tobacco, diseases asociated by tobacco, smoking cessation, Glover-Nilson, Richmond, Russel y Fagerström.

En la parte dedicada al análisis estadístico, se ha realizado un análisis descriptivo de las principales variables. Los datos numéricos han sido extraídos de las respuestas a las encuestas realizadas a los trabajadores del Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor. A partir de estas encuestas, se han tratado los datos convenientemente para poder mostrarlos en forma de gráficas y tablas resumen, así como para obtener los porcentajes requeridos. De esta manera, los datos obtenidos se han sumado, tratado y convertido en gráficos con *Microsoft Excel*™; asimismo, se han elaborado tablas de porcentaje acumulado mediante *Microsoft Word*™.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Enfermedades asociadas.

Desde el año 1964, se empezó a hacer un estudio más exhaustivo de las afecciones que, potencialmente, podrían deberse al consumo de tabaco. Dicho consumo engloba tanto al fumador activo como al pasivo.

En cuanto a la nicotina, se han obtenido evidencias suficientes de que tiene una toxicidad aguda a dosis altas. Asimismo, se ha comprobado que la nicotina activa múltiples vías biológicas por las cuales el tabaquismo aumenta el riesgo de enfermedad. Por otro lado, la nicotina durante el desarrollo cerebral del feto puede ser una ventana a futuras consecuencias adversas [7].

En cuanto al cáncer, se ha relacionado, cuanto menos, que el tabaquismo tiene una incidencia directa sobre una mayor probabilidad en el desarrollo de cáncer de pulmón, de hígado, cáncer

colorrectal, cáncer de próstata y cáncer de mama. En adición, se han establecido relaciones en las que aumenta la probabilidad de que, un superviviente de un cáncer, recaiga o desarrolle otro específico, si la persona continúa o vuelve a fumar.

Las enfermedades respiratorias como el asma infantil o el asma adulto pueden tener una relación sobre el consumo de tabaco; aunque dichas relaciones no son muy sólidas todavía. Por otro lado, sí que se han establecido suficientes relaciones para proponer como agravante al tabaco en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y para la tuberculosis.

Las enfermedades cardiovasculares también guardan mucha relación con el consumo de tabaco, situando al infarto de miocardio como una de las enfermedades más relacionadas con su consumo, tanto si se es fumador activo como pasivo [7].

El consumo de tabaco afecta enormemente a enfermedades relacionadas con la reproducción. Las malformaciones congénitas en el feto y los futuros trastornos por déficit de atención en el niño están bien documentadas. Durante el embarazo, el aborto espontáneo o el embarazo ectópico (se produce fuera de la matriz) han sido descritos como posibles consecuencias de un consumo determinado de cigarrillos al día.

Finalmente, enfermedades tan variadas como algunas de las relacionadas con los ojos, con los dientes, con las inflamaciones intestinales e incluso, con la diabetes han sido recientemente relacionadas con el consumo de tabaco [7].

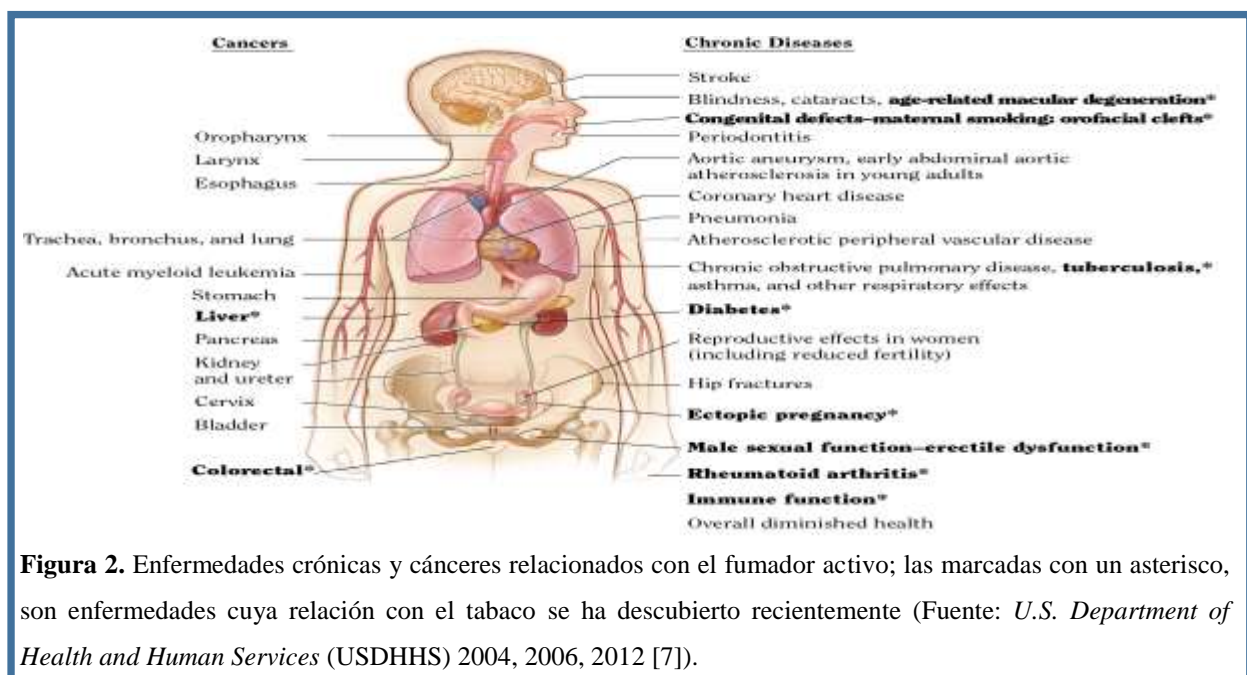


Figura 2. Enfermedades crónicas y cánceres relacionados con el fumador activo; las marcadas con un asterisco, son enfermedades cuya relación con el tabaco se ha descubierto recientemente (Fuente: *U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) 2004, 2006, 2012 [7]*).

Hasta la fecha se han documentado y/o relacionado numerosas dolencias debidas al consumo de esta planta. En la figura 2 y 3 se ponen de manifiesto todas las enfermedades (o su mayor parte) que han podido relacionarse, de alguna manera, con dicho consumo, tanto para fumadores activos como para pasivos.

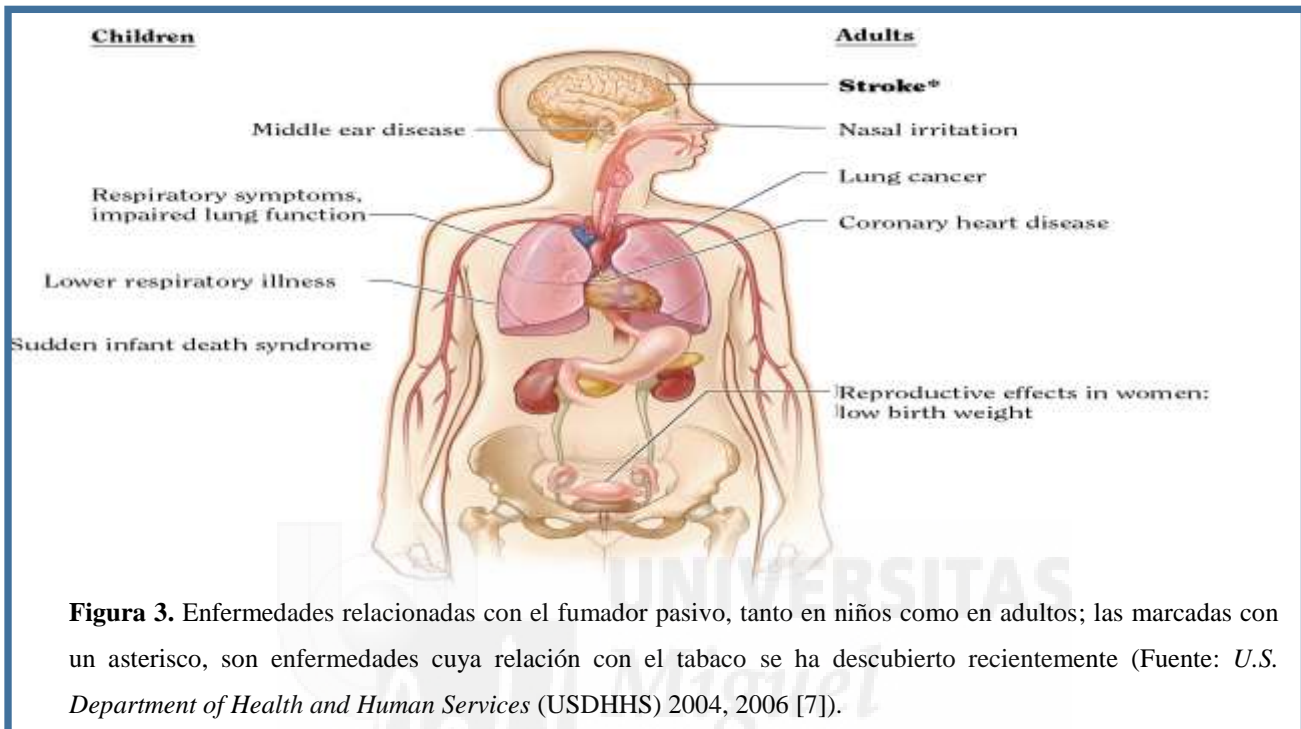


Figura 3. Enfermedades relacionadas con el fumador pasivo, tanto en niños como en adultos; las marcadas con un asterisco, son enfermedades cuya relación con el tabaco se ha descubierto recientemente (Fuente: *U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) 2004, 2006 [7]*).

4.1.1. Estudios recientes.

Estudios muy recientes, comienzan a percatarse de los llamados fumadores de “tercera mano”, los cuales serían los individuos que podrían intoxicarse con la mezcla de residuos del tabaco que persisten después de fumar y los diferentes contaminantes que existen en el medio.

Dichos estudios han concluido que pueden tener efectos directos con el desarrollo de cáncer de diversos tipos, en los cuales se destaca el de piel, así como de trombosis y de un impacto notable en hemostasis [8].

Otro estudio, de carácter igualmente reciente, subrayan que el riesgo de padecer cáncer cervical entre las mujeres expuestas, de una u otra forma, al tabaco. El riesgo de muerte por éste tipo de cáncer se sitúa en torno al 51% y el estudio concluía en una necesidad de prevenir el consumo de tabaco tanto en hombres como en mujeres debido al alto impacto de éste tipo de cáncer, máxime en la gente joven [9].

En cambio, otro estudio refleja la posibilidad de adquirir colonias bacterianas mediante el consumo de tabaco. Estas colonias tienen un impacto notable en el desarrollo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD en sus siglas en inglés).

El estudio concluye como, con el consumo habitual de tabaco, se pueden alojar bacterias que irriten e inflamen el tracto respiratorio aumentando la posibilidad de contraer enfermedades relacionadas con éste [10].

Un último estudio, éste de carácter más informativo, señala que, en los principios fundamentales de la 4ª edición del Código Europeo contra el Cáncer, se contempla de manera primordial el eliminar el uso de tabaco en cualquiera de sus variantes, así como la reducción de la exposición a éste en los presumibles fumadores pasivos.

El código sugiere además, e sometimiento por arte de la población a controles periódicos para la prevención de diversos tipos de cáncer.

Este código, que se compone de 12 recomendaciones (en el que las dos primeras son las citadas anteriormente), informa de que en la Unión Europea (U28), se producen 2,62 millones de nuevos casos de cáncer así como la muerte de 1,28 millones de personas anualmente por éstas enfermedades en una población de 504,6 millones de habitantes [11].

En cambio, en cuanto a los últimos estudios llevados a cabo sobre otros programas de deshabituación tabáquica para trabajadores de hospitales españoles, poco ha sido lo que se ha podido obtener acerca su seguimiento y/o éxito con la importante excepción del Hospital Virgen Del Rocío en Sevilla, en el que se ha realizado un seguimiento de los pacientes ingresados en su plan de deshabituación tabáquica y el cuál concluye que se ha obtenido un 24,3% de éxito de abstinencia al primer año de seguimiento [12].

Además, se ha podido visualizar planes de deshabituación tabáquica que se han llevado, o se están llevando a cabo en otros hospitales españoles como son el Madrid, Jerez, La Rioja, Guadalajara o el de Castellón, que corre a cargo de la Unidad de Deshabituación Tabáquica (UDT), en el departamento de medicina preventiva.

4.2. Encuesta realizada y tratamiento estadístico de los resultados obtenidos.

Una vez repasadas tanto las enfermedades asociadas al tabaco desde hace más tiempo, como los últimos estudios que abordan un aumento de dichas enfermedades relacionadas, se dispone a presentar una encuesta, realizada de manera propia (Anexo 1), con el fin de averiguar tanto la acogida que podría tener un futuro plan de deshabituación tabáquica en el Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor, como la disponibilidad de sus trabajadores (a los que va dirigida la encuesta) para dejar de fumar.

La encuesta ha sido realizada para un total de **80** trabajadores del Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor. Esta encuesta ha estado repartida en **20** cuestionarios para cada uno de los **4** colectivos implicados: enfermeros, auxiliares, celadores y médicos.

4.2.1. Resultados de la encuesta.

La encuesta efectuada, ha dado los resultados globales mostrados en la tabla 1:

	FUMADORES		N fumadores (Quieren + no quieren dejarlo)	NO FUMADORES	N total
	Quieren dejarlo	NO quieren dejarlo			
Enfermeros/¿implantación?	9/9	0/0	9/9	11/9	20/18
Auxiliares/¿implantación?	7/7	5/5	12/12	8/8	20/20
Celadores/¿implantación?	5/5	5/3	10/8	10/5	20/13
Médicos/¿implantación?	4/4	4/4	8/8	12/12	20/20
TOTAL/¿implantación?	25/25	14/12	39/37	41/34	80/71

Tabla 1. Resultados globales por colectivos a las preguntas de si son fumadores o no y si le gustaría que tuviese lugar la implantación de un programa de deshabituación tabáquica en el Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor (Fuente: elaboración propia).

Estos resultados han sido tratados y discutidos desde dos puntos de vista; por un lado se han obtenido datos de carácter general (a nivel de fumadores y no fumadores y cuántas personas

quiere que se implante el programa) y por otro, se han tratado los datos de manera más específica (por colectivos).

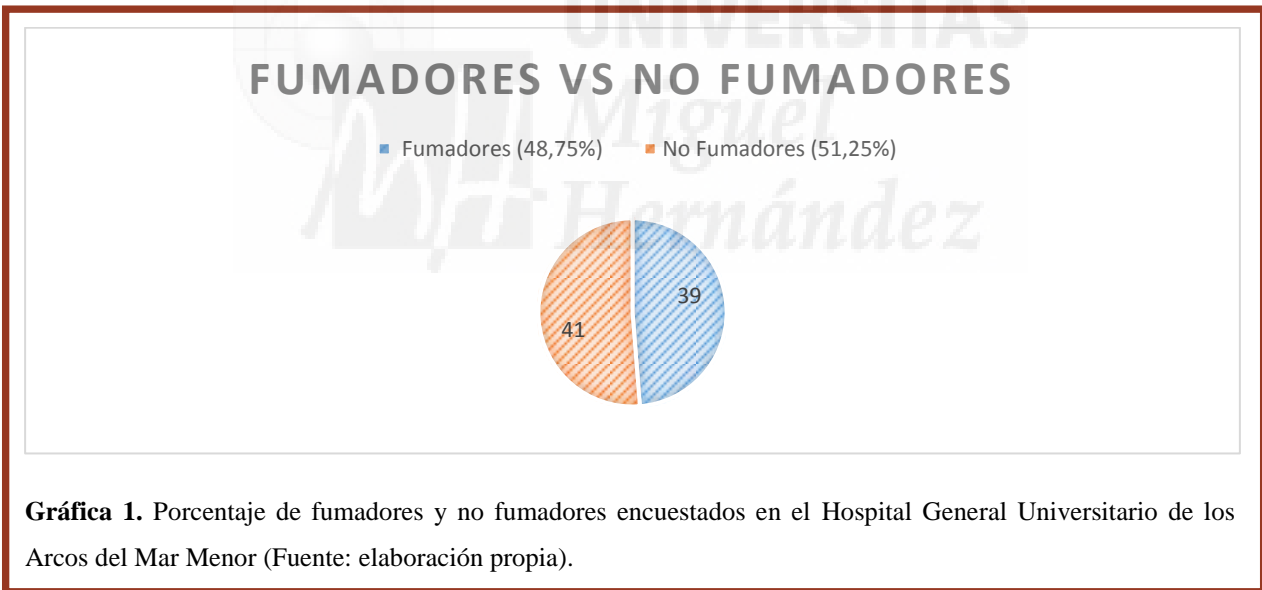
4.2.1.1. *Análisis de resultados generales.*

Los resultados de la encuesta han determinado que 39 personas manifiestan ser fumadoras y que, por lo tanto, 41 manifiestan lo contrario (tabla 2 y gráfica 1).

Personal entrevistado (n=80)	SI	NO
¿FUMADOR/A?	39	41

Tabla 2. Personal fumador y no fumador de 80 personas encuestadas en el Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor (Fuente: elaboración propia).

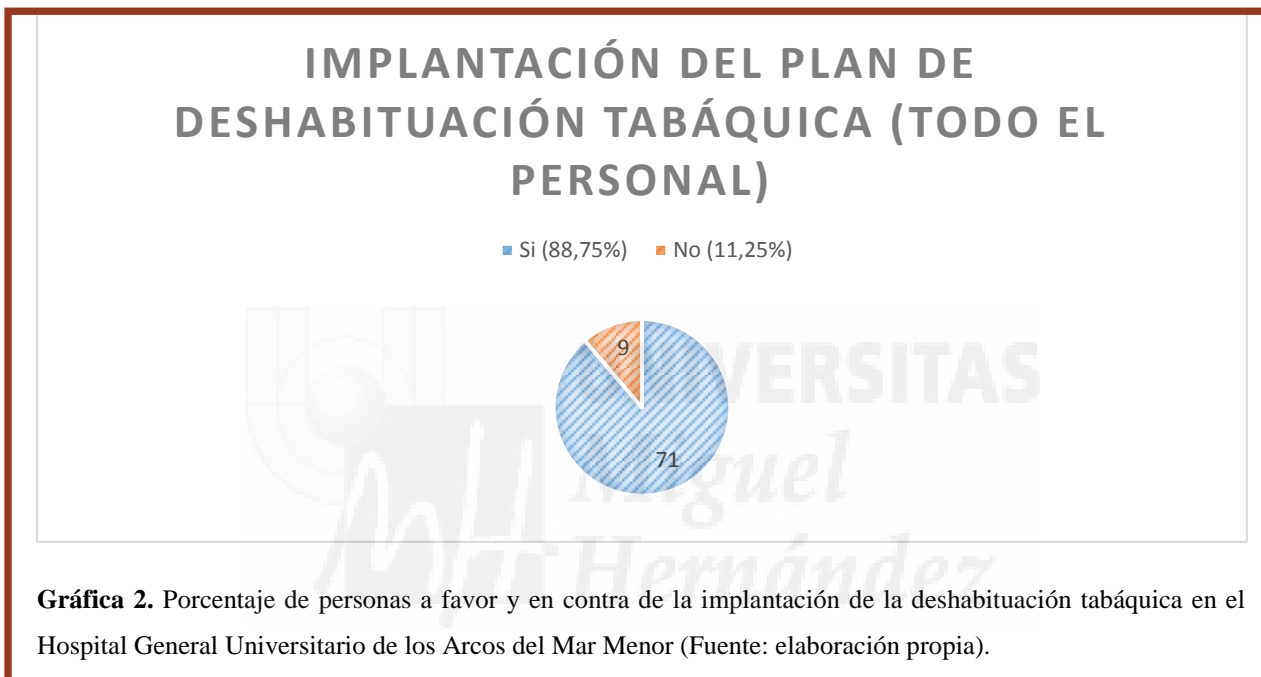
Cabe destacar y recordar que esta encuesta se ha hecho de manera anónima y antes de que estuviera redactado el proyecto del plan de deshabituación tabáquica para el hospital que nos ocupa.



Además, un total de **71** de las 80 personas encuestadas han manifestado sus deseos de que se implante un programa de deshabituación tabáquica (tabla 3 y gráfica 2); lo cual indica que hay personas que han manifestado no ser fumadoras y, sin embargo, estarían de acuerdo con la instauración del plan.

Personal total entrevistado (n=80)	SI	NO
¿INSTAURAR EL PLAN DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA?	71	9

Tabla 3. Personal de acuerdo y en desacuerdo con la implantación del plan de deshabituación tabáquica de las 80 personas encuestadas en el Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor (Fuente: elaboración propia).



Entre las personas fumadoras, por mediación del cuestionario realizado, se ha obtenido que de las 39 personas que componen este grupo, 25 de ellas tendrían intención de abandonar su adicción al tabaco y que esas 25 personas estarían todas de acuerdo en la implantación del programa. Esto demuestra fehacientemente una demanda de ayuda por parte de los que desean acabar con su adicción. Además, de las 14 personas fumadoras pero que no tiene intención o deseo de dejarlo actualmente, 12 han manifestado su conformidad con la implantación de dicho programa (tabla 4) Las otras dos personas, o no quiere, o le da igual.

Personal fumador (n=39)	SI		NO	
¿QUIERE DEJAR DE FUMAR?	25		14	
¿INSTAURAR EL PLAN DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA?	Con intención de dejar de fumar	Sin intención de dejar de fumar	Con intención de dejar de fumar	Sin intención de dejar de fumar
	25	12	0	2

Tabla 4. Personal fumador con intención o no de dejar de fumar, que estaría en acuerdo y en desacuerdo con la implantación del plan de deshabituación tabáquica en el Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor (Fuente: elaboración propia).

En total 37 de las 39 personas que han manifestado su adicción al tabaco, estarían conformes de la implantación del programa de deshabituación tabáquica, lo que supone un amplio porcentaje a favor (gráfica 3).



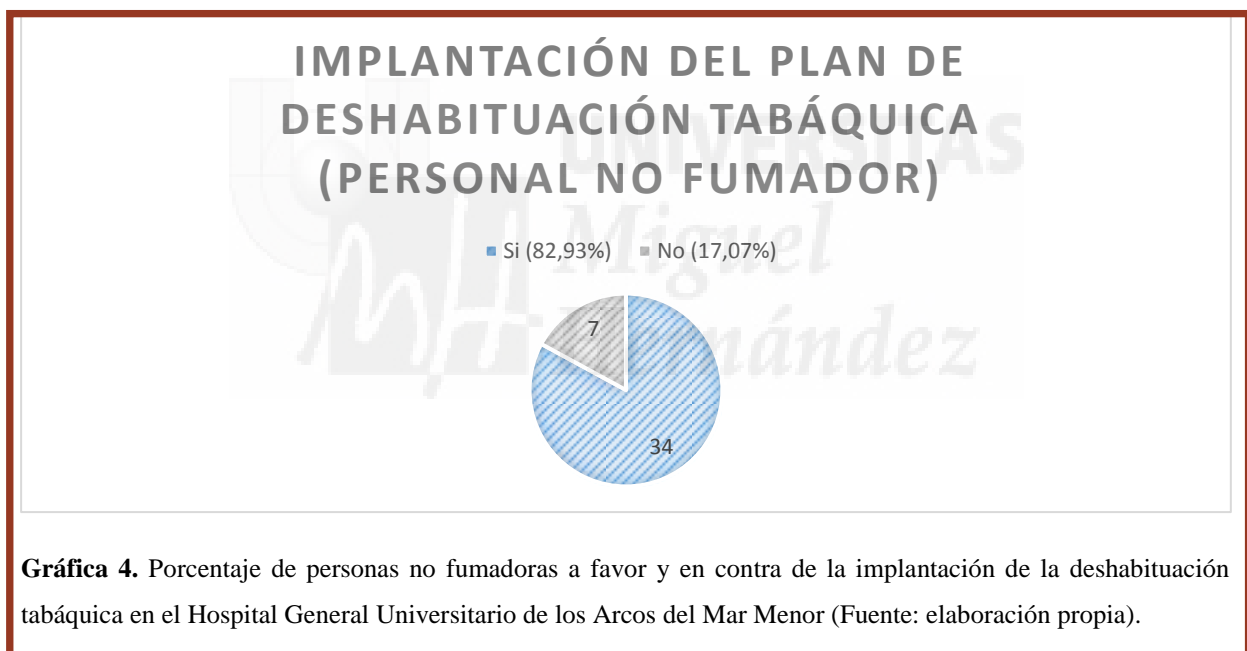
Gráfica 3. Porcentaje de personas fumadoras a favor y en contra de la implantación de la deshabituación tabáquica en el Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor (Fuente: elaboración propia).

En cambio, entre las personas no fumadoras, de las 41 personas que manifestaron no ser fumadoras, 34 estarían de acuerdo con la implantación del plan y 7 no lo estarían o le daría igual (tabla 5).

Personal no fumador (n=41)	SI	NO
¿INSTAURAR EL PLAN DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA?	34	7

Tabla 5. Personal no fumador que estaría en acuerdo y en desacuerdo con la implantación del plan de deshabituación tabáquica en el Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor (Fuente: elaboración propia).

Este número de personas no fumadoras que estarían de acuerdo en la implantación del programa supone un porcentaje muy elevado a pesar de que no vayan a hacer uso de éste de manera presumible (gráfica 4).

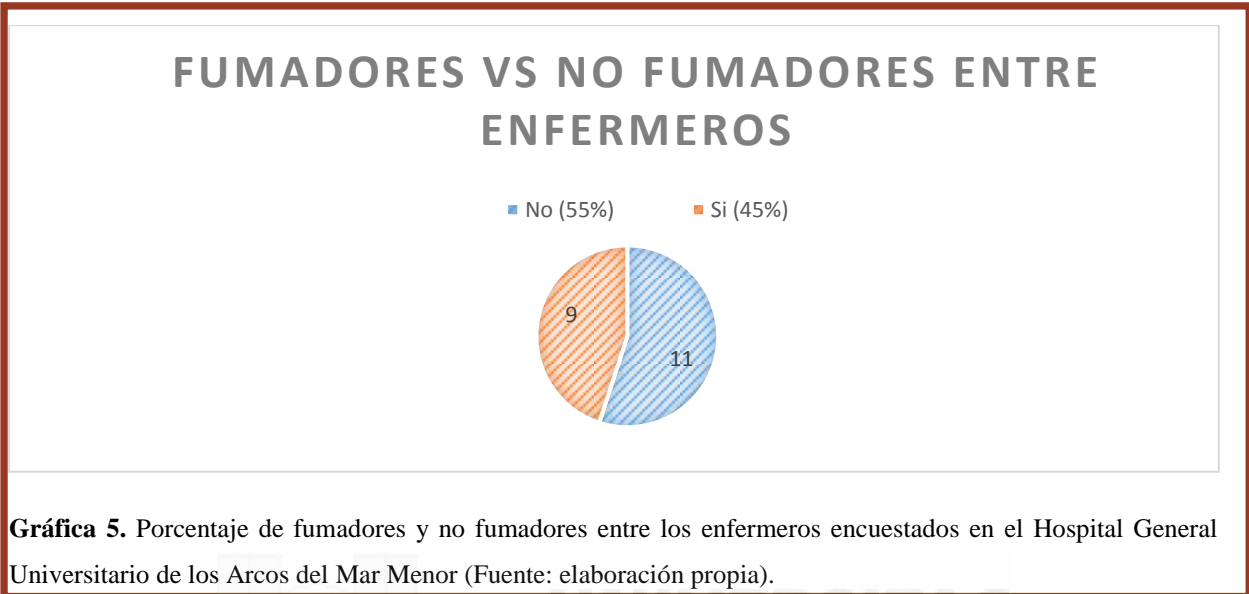


4.2.1.2. Análisis de resultados por colectivos.

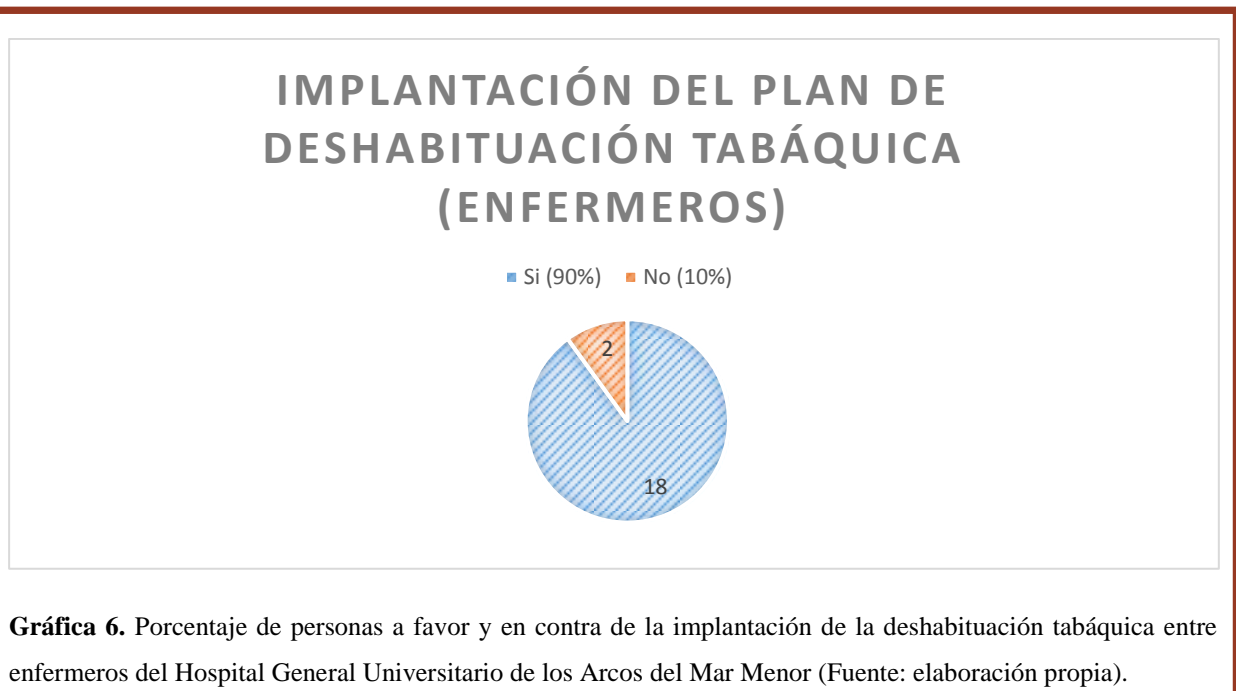
Tras el análisis general y para una mejor comprensión de las respuestas dadas por el personal trabajador, se va a proceder a analizar y tratar los datos obtenidos en la encuesta procediendo de manera individual en cada colectivo encuestado del Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor.

Análisis de resultados en enfermeros:

De los 20 enfermeros encuestados, 9 han manifestado ser fumadores y todas esas personas quieren dejar de fumar (100% de los fumadores).

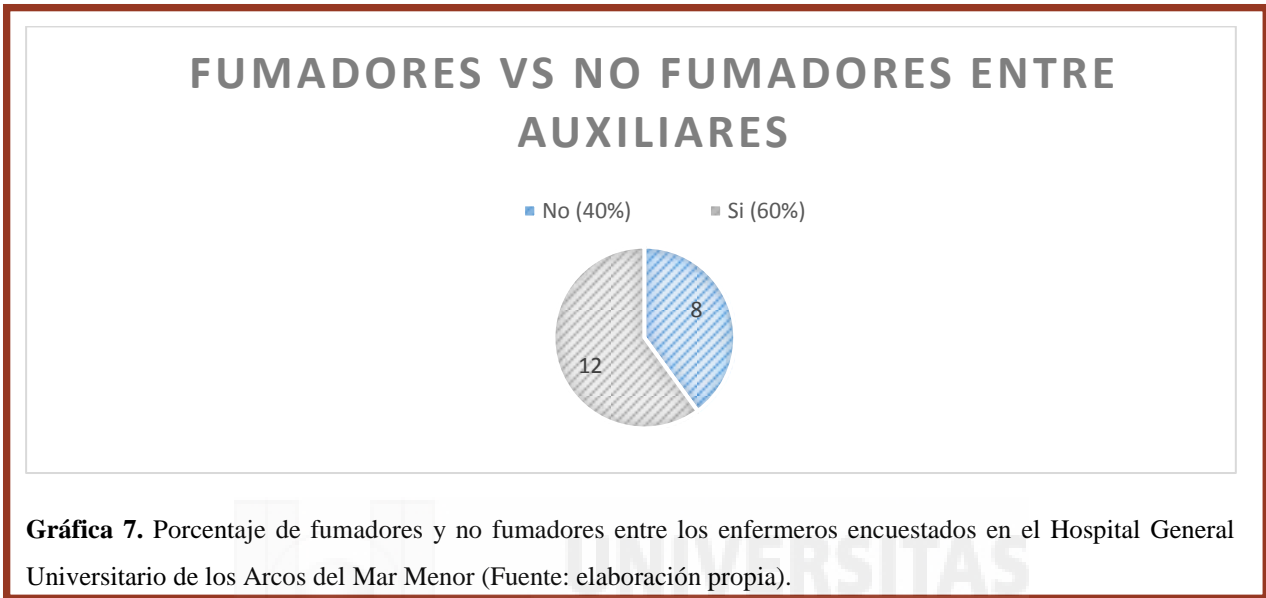


Como se puede ver en la gráfica 5, el porcentaje de no fumadores es ligeramente inferior al de fumadores y todos ellos más 9 personas más que no fuman (18 personas en total), querrían que se implantase el programa (figura 6). Por lo que se puede concluir que 9 fumadores que quieren dejarlo y 9 no fumadores quieren que se implante el programa. No querrían 2 no fumadores.

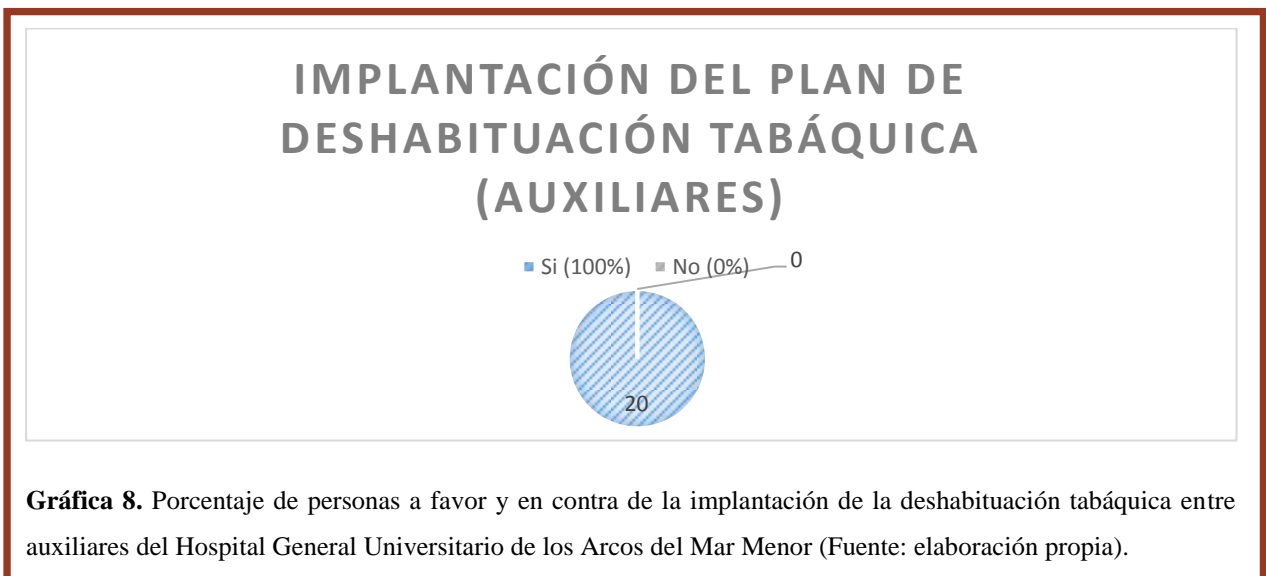


Análisis de resultados en auxiliares:

Entre el personal auxiliar encuestado, 12 personas han manifestado ser fumadoras de un total de 20 y 7 de ellas quieren dejar de fumar según han indicado en la encuesta (58,33% de los fumadores).

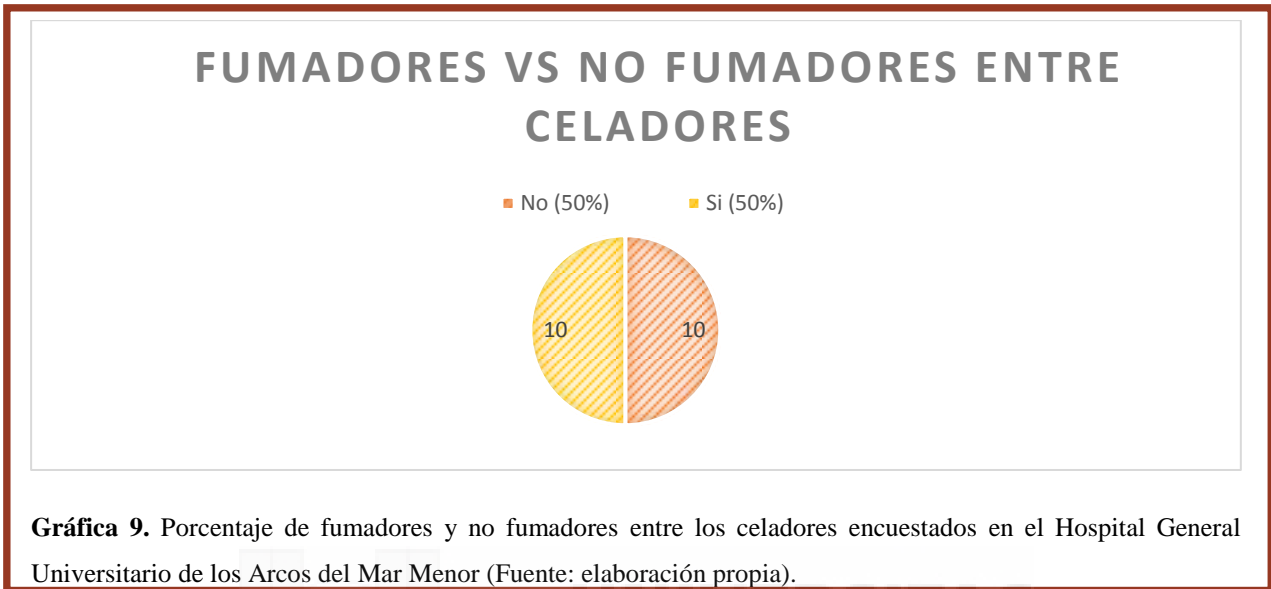


Según muestra la figura 7, el porcentaje de fumadores es ligeramente superior entre los auxiliares con respecto al de enfermeros. Cabe destacar que todas las personas encuestadas en este colectivo estarían de acuerdo en la implantación del plan de deshabituación tabáquica, lo que significa que hay 8 personas que no fuman y que aun así estarían de acuerdo (figura 8). Por tanto, 7 fumadores que quieren dejarlo, 5 fumadores pero que no quieren dejarlo y 8 no fumadores quieren que se implante el programa.

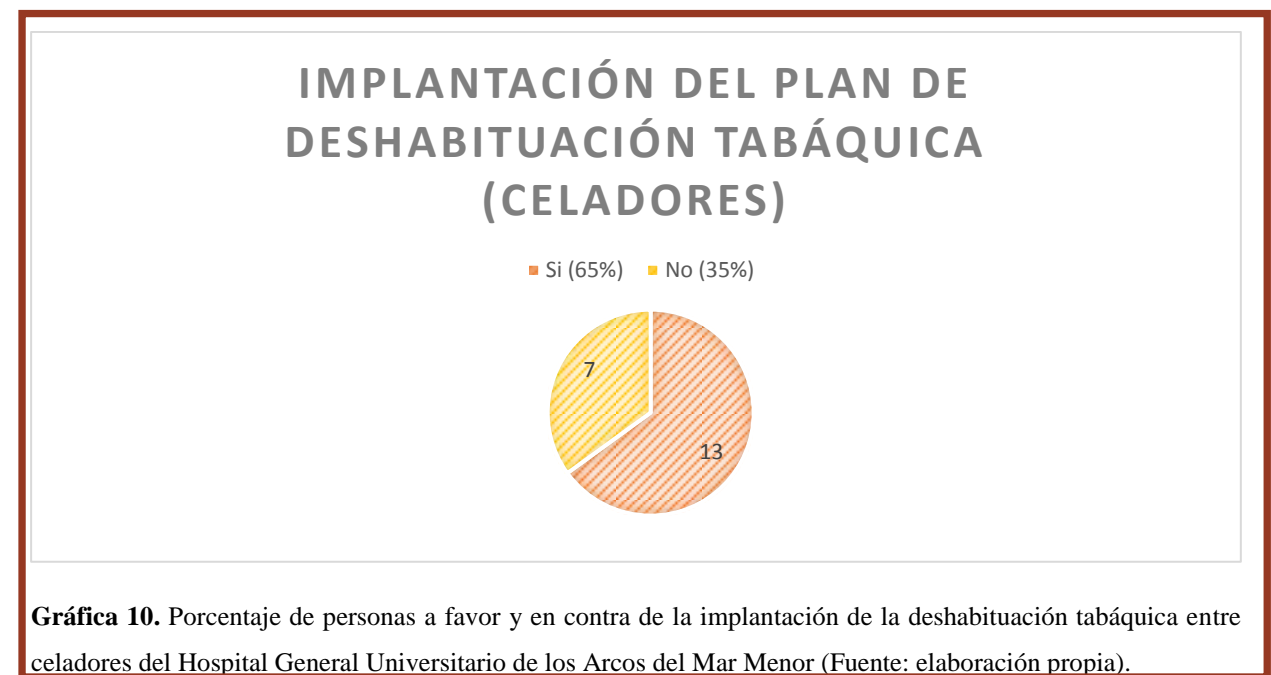


Análisis de resultados en celadores:

En el caso de los celadores, 10 de 20 personas ha manifestado ser fumadoras y 5 de ellas se están planteando dejar de fumar (50% de los fumadores).

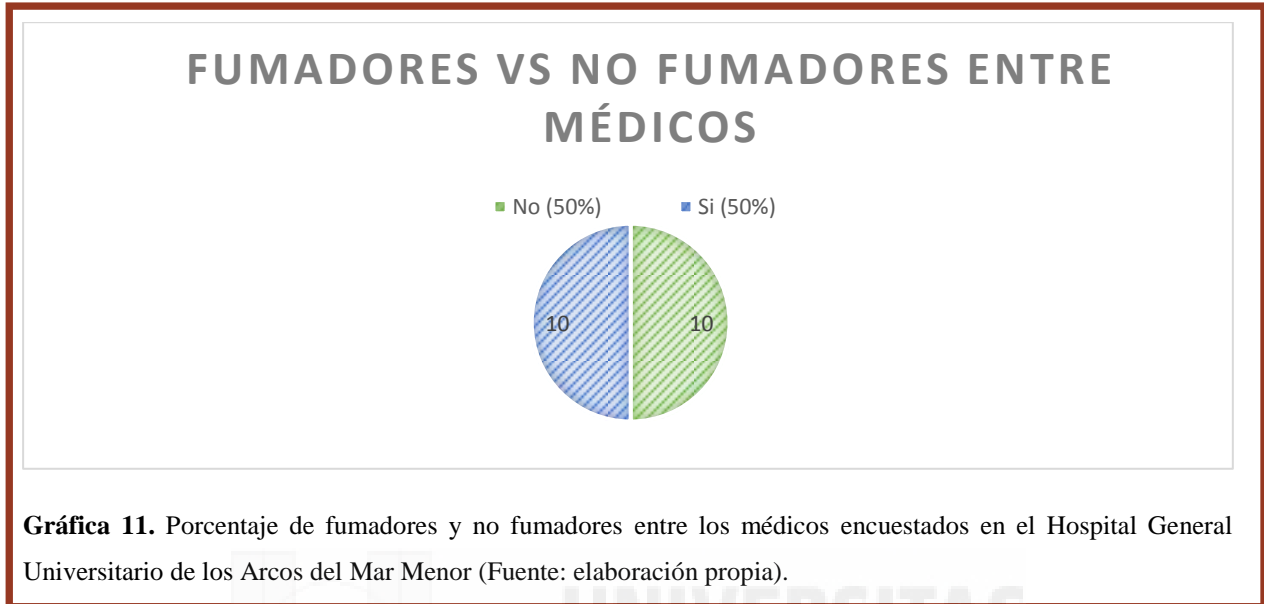


Exactamente la mitad de los encuestados son fumadores (figura 9) y 5 fumadores que quieren dejarlo, 3 que fuman y no quieren dejarlo y 5 no fumadores quieren que se implante el programa, constituyendo un total de 13 personas (figura 10). Por el contrario, 2 fumadores que no quieren dejarlo y 5 no fumadores no quieren que se implante, es decir, 7 personas (figura 10).

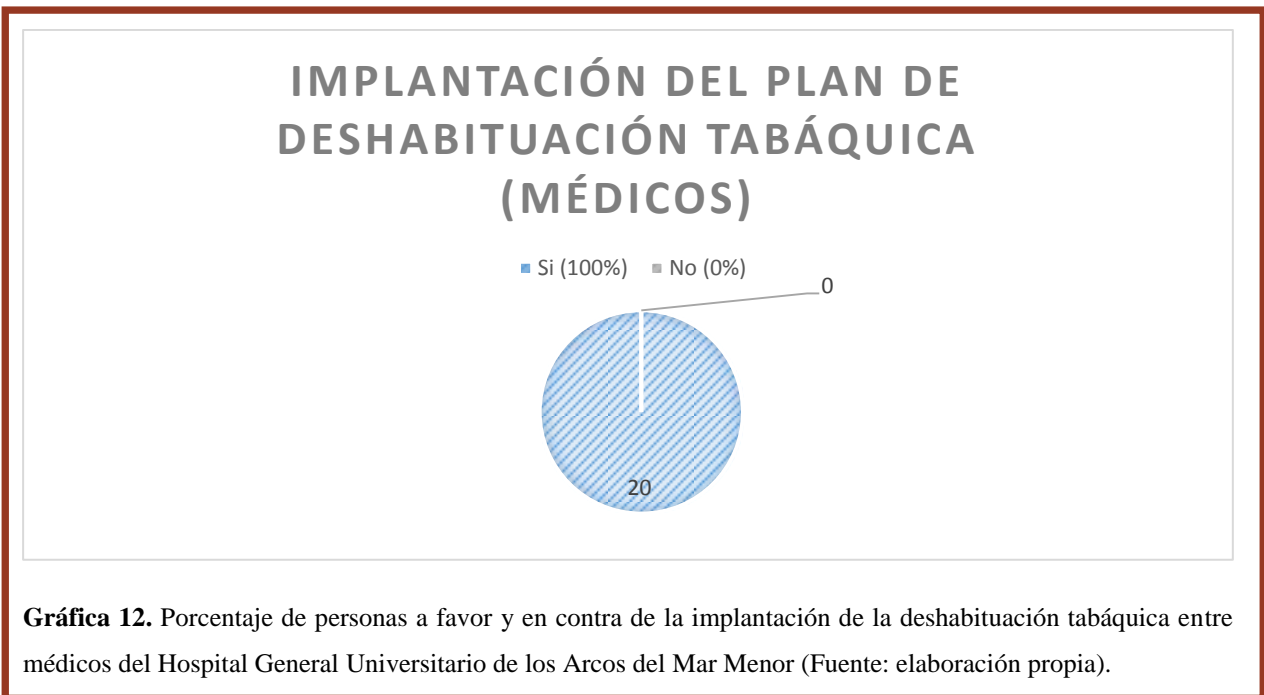


Análisis de resultados en médicos:

Por último, en cuanto los médicos, 8 personas de las 20 encuestadas dicen ser fumadoras en la encuesta y 4 de ellas quieren dejarlo (50% de los fumadores).



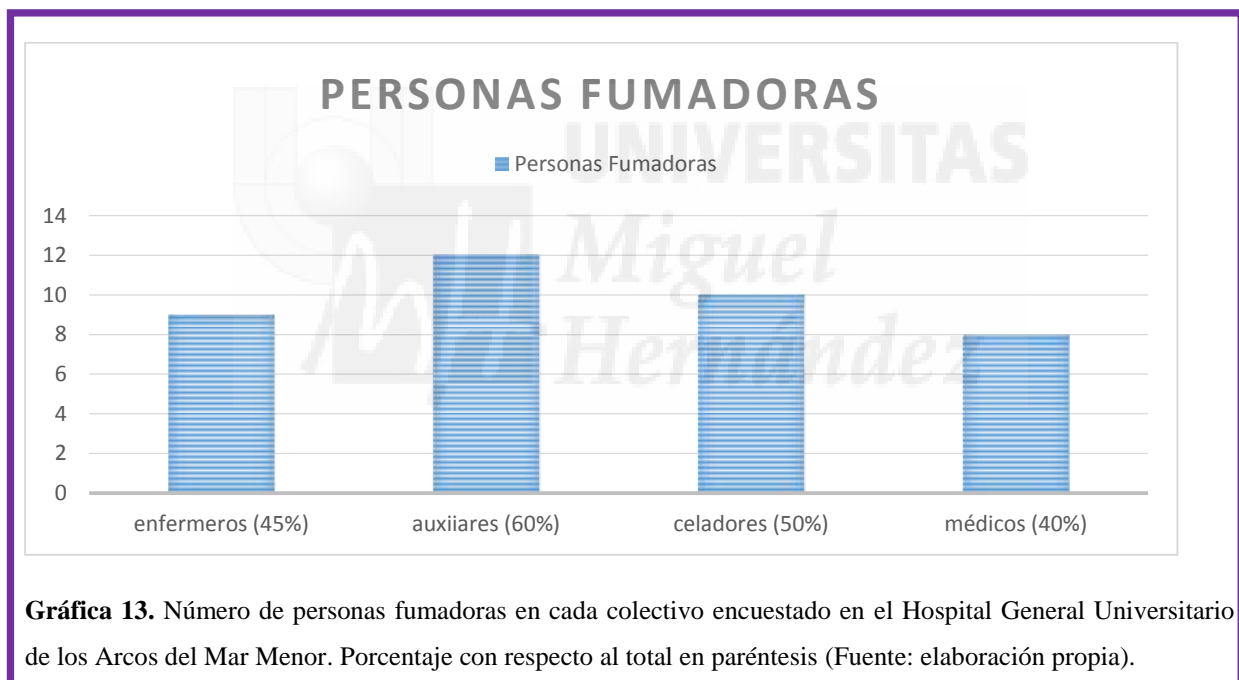
El porcentaje de fumadores y no fumadores es igual en médicos que en celadores (gráfica 9) y, como ha ocurrido entre los auxiliares (figura 8), la totalidad de personas quieren que se implante el programa de deshabituación tabáquica (figura 12). Esto arroja un resultado final de 4 fumadores que quieren dejarlo, 4 que no quieren dejarlo y 12 no fumadores querrían que se implantase el programa en cuestión.

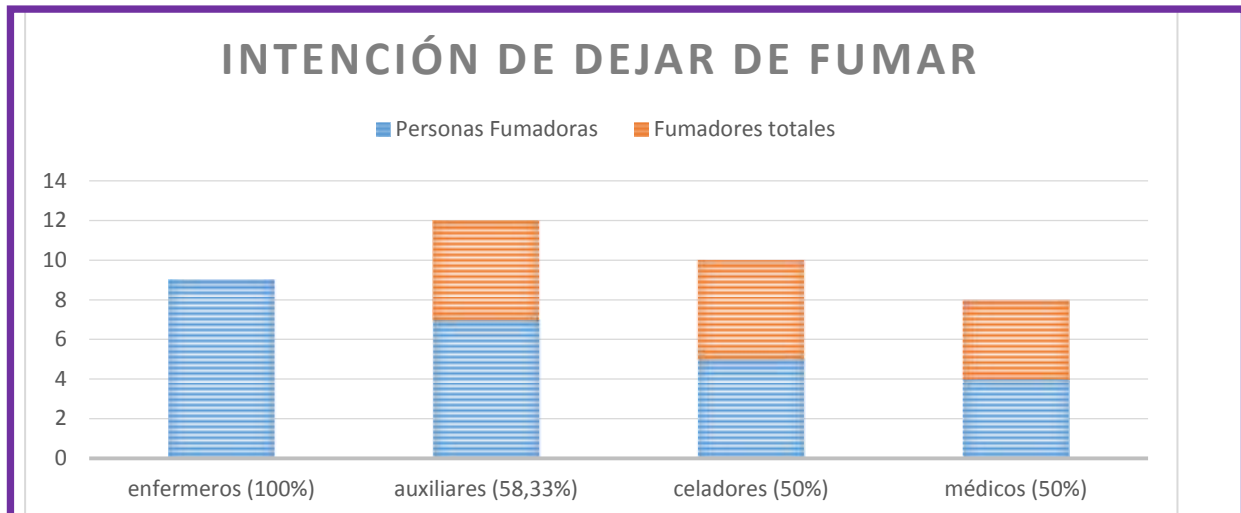


Comparaciones de datos y discusión final:

Una vez analizados todos los colectivos individualmente y, estableciendo una comparativa entre dichos colectivos, se puede observar que entre el mayor número de personas que han manifestado ser fumadoras en el Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor, pertenecen al colectivo de los auxiliares con 12 personas de las 20 encuestadas (gráfica 13).

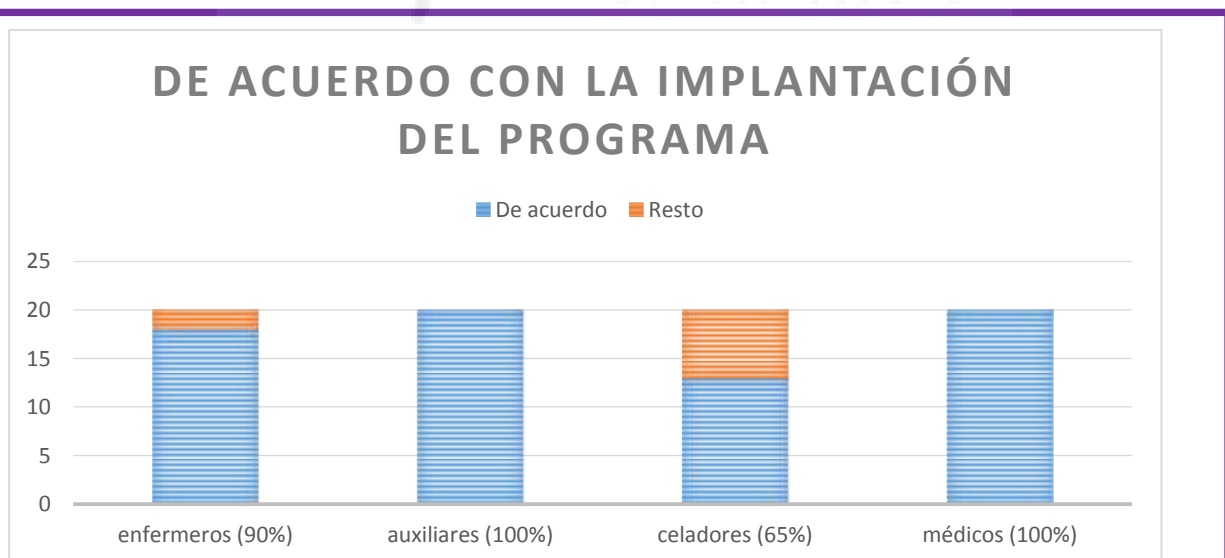
En cuanto a intención de dejar de fumar, no son los auxiliares quien mayor porcentaje tiene de intención a pesar de ser el colectivo que en el que hay un mayor número de gente que ha manifestado ser fumadora (gráfica 13). Son los enfermeros quienes han manifestado tener intención de abandonar su adicción en totalidad de los casos de personas fumadoras encuestadas (gráfica 14).





Gráfica 14. Número de personas en cada colectivo encuestado con intención de dejar de fumar con respecto a las fumadoras totales encuestadas en el Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor. Porcentaje con respecto al total fumador en paréntesis (Fuente: elaboración propia).

Por otro lado, entre los colectivos en el que un mayor número de personas han manifestado su aprobación para la implantación del programa de deshabituación tabáquica, han destacado tanto los auxiliares como los médicos y situando a los celadores como el colectivo encuestado en el que menos gente estaría de acuerdo (o le daría igual) en que se implantase (gráfica 15). Entre los celadores se destaca que 3 personas que no quieren dejar de fumar querrían que se implantase y 2 que tampoco se plantean dejar de fumar no lo querrían.



Gráfica 15. Número de personas en cada colectivo encuestado de acuerdo con la implantación del programa de deshabituación tabáquica con respecto al total encuestado en el Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor. Porcentaje con respecto al total en paréntesis (Fuente: elaboración propia).

4.2.2. Sesgos.

Para abordar el problema de los posibles sesgos que hayan podido tener lugar a la hora de la realización y de la cumplimentación de la encuesta, se debe tener en cuenta que, según la base de datos del Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor, hay 220 enfermeros en los cuales hay 70 fijos y 150 eventuales, hay 196 auxiliares en los que 130 son fijos y 66 eventuales, en cuanto a los celadores, trabajan de manera fija 30 y 37 son eventuales para hacer un total de 67 y, por último hay 160 médicos de los que 56 son fijos y 104 eventuales (tabla 6).

COLECTIVO	FIJOS	EVENTUALES	TOTAL	% FIJOS CON RESPECTO AL TOTAL
ENFERMEROS	70	150	220	31,81%
AUXILIARES	130	66	196	66,33%
CELADORES	30	37	67	44,78%
MÉDICOS	56	104	160	30%

Tabla 6. Número de trabajadores fijos, eventuales y el porcentaje de fijos con respecto al total en los colectivos encuestados en el Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor (Fuente: elaboración propia).

Tal y como puede observarse, el hecho de que haya tal cantidad de trabajadores de carácter eventual, hace mucho más dificultoso el seguimiento a dichos trabajadores y esto puede constituir un sesgo de envergadura que ya se ha obtenido en muchos estudios de este tipo y se cataloga como un sesgo común.

No se puede sino valorar el seguimiento a los trabajadores del Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor con los datos que se disponen puesto que en la encuesta no se contempla la opción de indicar si esos trabajadores son eventuales o no.

Este sesgo podría aumentar si se tiene en consideración la duración que le resta de contrato a cada trabajador porque puede darse el caso de que un trabajador con un contrato próximo a su vencimiento, no se vea tan necesitado de la implantación de un plan de deshabituación tabáquica en su centro, aun pudiendo necesitarlo.

4.3. Test seleccionados para la implantación del plan.

Dados los resultados obtenidos en la encuesta anterior, sería más que interesante la implantación de un plan de deshabituación tabáquica en el Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor.

Para ello han seleccionado algunos test de cumplimentación previa a las sesiones propiamente dichas. El uso de estos test seleccionados está muy extendido en los planes de deshabituación tabáquica existentes en distintos organismos públicos y privados nacionales.

4.3.1. Test de *Glover-Nilsson*.

El objetivo de este test, según sus propios desarrolladores, es el agrupar en un simple cuestionario el grado de los patrones de comportamiento en fumadores. Para ello, el estudio previo a para la realización del cuestionario, se ha basado en el método Delphi modificado para eliminar así duplicaciones obvias y establecer las preguntas iniciales.

La segunda fase hace uso de múltiples técnicas estadísticas como son la regresión lineal, tablas cruzadas o métodos tipo “Clúster” para reducir el número de cuestiones a 18. Esto da como resultado un cuestionario que puede evaluar potencialmente un comportamiento de dependencia [13].

En las figuras 4 y 5 se puede apreciar tanto la composición de las preguntas del test, como los criterios de valoración del mismo respectivamente.

En diversos manuales se incluye el *test de Glover-Nilsson* para valorar la dependencia conductual como parte de la evaluación del paciente fumador. Es decir, la utilidad de este test radica en que se podrá analizar el grado de dependencia psicológica, social y gestual que se posee frente al tabaco y el grado total de dependencia conductual.

TEST DE GLOVER - NILSSON

Nombre: _____

Como valora lo siguiente:

(Seleccione la respuesta haciendo un círculo en el lugar adecuado).

Preguntas 1 a 3:					
0 – Nada en absoluto 1 – Algo 2 – Moderadamente 3 – Mucho 4 - Muchísimo					
01.- Mi hábito de fumar es muy importante para mí	0	1	2	3	4
02.- Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual del hábito de fumar.	0	1	2	3	4
03.- Juego y manipulo el paquete de tabaco como parte del ritual del hábito de fumar.	0	1	2	3	4
Preguntas 4 a 18:					
0 – Nunca 1 – Raramente 2 – A veces 3 – A menudo 4 – Siempre					
04.- ¿Ocupa manos y dedos para evitar el tabaco?	0	1	2	3	4
05.- ¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar?	0	1	2	3	4
06.- ¿Se recompensa a si mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea?	0	1	2	3	4
07.- ¿Se angustia cuando se queda sin cigarrillos o no consigue encontrar el paquete de tabaco?	0	1	2	3	4
08.- ¿Cuándo no tiene tabaco, le resulta difícil concentrarse o realizar cualquier tarea?	0	1	2	3	4
09.- ¿Cuándo se haya en un lugar en el que está prohibido fumar, juega con su cigarrillo o paquete de tabaco?	0	1	2	3	4
10.- ¿Algunos lugares a circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, sofá, habitación, coche o la bebida (alcohol, café, etc.)?	0	1	2	3	4
11.- ¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo realmente?	0	1	2	3	4
12.- ¿Le ayuda a reducir el estrés el tener un cigarrillo en las manos aunque sea sin encenderlo?	0	1	2	3	4
13.- ¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos chicles, etc.) y los chupa para relajarse del estrés, tensión, frustración, etc.)?	0	1	2	3	4
14.- ¿Parte del placer de fumar procede del ritual de encender en cigarrillo?	0	1	2	3	4
15.- ¿Parte del placer del tabaco consiste en mirar el humo cuando lo inhala?	0	1	2	3	4
16.- ¿Enciende alguna vez un cigarrillo sin darse cuenta de que ya tiene uno encendido en el cenicero?	0	1	2	3	4
17.- ¿Cuándo está solo en un restaurante, parad de autobús, fiesta, etc., se siente más seguro, a salvo o más confiado con un cigarrillo en las manos?	0	1	2	3	4
18.- ¿Suele encender un cigarrillo si sus amigos lo hacen?	0	1	2	3	4

Puntuación final: _____

Figura 4. Cuestionario referente al *test de Glover-Nilsson* (Fuente: internet; prevencio.uib.cat/digitalAssets/206/206277_test-de-glover-nilsson.doc).

VALORACION DEL TEST DE GLOVER - NILSSON

El test de Glover - Russel evalúa la dependencia del fumador contemplando distintos aspectos:

DEPENDENCIA PSICOLÓGICA:

Mediante las preguntas 1, 6, 7 y 8 se determina el grado de dependencia en función de la puntuación obtenida:

Puntuación	Dependencia
0 – 5	Leve
6 – 10	Moderada
11 – 16	Alta

DEPENDENCIA SOCIAL:

Las preguntas 17 y 18 son determinantes de este tipo de dependencia

Puntuación	Dependencia
0 – 2	Leve
3 – 5	Moderada
6 – 8	Alta

DEPENDENCIA GESTUAL:

Es evaluada por los ítems 2, 3, 4, 5 y los comprendidos del 9 al 16, ambos incluidos:

Puntuación	Dependencia
0 – 15	Leve
16 – 31	Moderada
32 ó >	Alta

Figura 5. Criterios de valoración para las preguntas del *test de Glover-Nilsson* (Fuente: internet; prevencio.uib.cat/digitalAssets/206/206277_test-de-glover-nilsson.doc).

4.3.2. *Test de Richmond* o de motivación para dejar de fumar.

El test de *Richmond* fue creado para determinar las razones de la abstinencia en fumadores que llevaban 3, 6 y 12 meses seguidos sin fumar. Este modelo refleja 5 variables que influían más o menos según llevaran más menos tiempo de abstinencia: alto nivel de motivación, edad avanzada, menos tiempo en presencia de fumadores, bajo nivel de dependencia y alto estatus socioeconómico. Con estas variables se pretende establecer predictores que permitan saber si continuará o no esa abstinencia al tabaco estableciendo análisis logísticos de regresión lineal

entre estas variables antes citadas [14]. Las variables más acusadas pretenden verse reflejadas con el cuestionario que aparece en la figura 6.

TEST DE RICHMOND
(Test de motivación)

Nombre: _____

Por favor, conteste a las siguientes preguntas con la máxima sinceridad.
(Marque con una cruz)

1.- ¿Quiere dejar de fumar?

0 No 1 Si

2.- ¿Con qué ganas quiere dejarlo?

0 Nada 1 Poca 2 Bastante 3 Mucha

3.- ¿Intentará dejarlo en las próximas semanas?

0 No 1 Dudoso 2 Probable 3 Si

4.- ¿Cree que dentro de seis meses no fumará?

0 No 1 Dudoso 2 Probable 3 Si

Puntuación total: _____

Figura 6. Cuestionario referente al *test de Richmond* (Fuente: internet; http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/test_de_motivacion_para_dejar_de_fumar.pdf).

La población diana sería la población general fumadora. Se trata de un test heteroadministrado con 4 ítems que permite valorar el grado de motivación para dejar de fumar. El rango de puntuación oscila entre 0 y 10, donde el ítem 1 puntúa de 0 a 1 y el resto de 0 a 3. Los puntos de corte detectados sobre la asociación del nivel de motivación y el cese

del hábito tabáquico son de 0 a 3: nulo o bajo, de 4 a 5: dudoso, de 6 a 7: moderado (con necesidad de ayuda), y de 8 a 10: Alto.

4.3.3. *Test de Fagerström* o test de dependencia de la nicotina.

Este test fue creado a partir de la búsqueda de datos publicados o no de un número de personas que fuesen representativas de una nación con el fin de recolectar datos válidos internacionalmente de la dependencia a la nicotina. El estudio se basaba en una encuesta (figura 7) que buscaba corroborar que las personas que buscaban ayuda en dejar de fumar eran mucho más dependientes que las que no lo hacían [15].

Por lo tanto, este test sirve para evaluar el grado de dependencia física de la nicotina. Está formado por 6 ítems con dos o cuatro alternativas de respuesta. La puntuación oscila entre 0 y 10. Unas puntuaciones altas en el test de *Fagerström* (6 o más) indican un alto grado de dependencia; por el contrario, puntuaciones bajas no necesariamente indican un bajo grado de dependencia.

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
P.1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo	Hasta 5 minutos	3
	De 6 a 30 minutos	2
	De 31 a 60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
P.2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine, biblioteca)?	Si	1
	No	0
P.3. ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	El primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
P.4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Menos de 10 cigarrillos	0
	Entre 11 y 20 cigarrillos	1
	Entre 21 y 30 cigarrillos	2
	31 o más cigarrillos	3
P.5. ¿Fuma con mas frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Si	1
	No	0
P.6. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Si	1
	No	0
TOTAL DE PUNTAJE	

Figura 7. Cuestionario referente al *test de Fagerström* (Fuente: internet; <http://www.angelfire.com/pe/amilcar2000/FAGERSTROM.htm>).

4.3.4. Test de Russell.

Este test, toma como referencia 6 factores que son los más notorios a la hora de describir los tipos de fumador que existen. Estos tipos de fumador son: psicosociales, indulgentes, sensoriales, estimulados, adictivos y automáticos.

Estos perfiles del fumador fueron obtenidos a través de un cuestionario realizado a 175 fumadores normales [16].

En las figuras 8 y 9 se puede visualizar tanto las preguntas en este test como sus criterios de valoración respectivamente.

TEST DE RUSSEL

Nombre: _____

Por favor, indique cual es la situación que mejor se adapta a sus circunstancias valorando de 0 a 3 según la siguiente puntuación:

0	No sucede.	1	Sucedede poco.
2	Sucedede bastante.	3	Sucedede mucho.

(Marque con una cruz la casilla correspondiente)

01.-Siento un gran deseo de fumar cuando tengo que parar cualquier actividad por un momento	0	1	2	3
02.-Enciendo un cigarrillo sin darme cuenta de que tengo otro encendido	0	1	2	3
03.-Me gusta fumar sobretodo cuando estoy descansando tranquilamente	0	1	2	3
04.-Obtengo un placer fumando sea cuando sea	0	1	2	3
05.-Tener un cigarrillo en los dedos es parte del placer que da fumar	0	1	2	3
06.-Pienso que mejoro mi aspecto con un cigarrillo entre los dedos	0	1	2	3
07.-Fumo más cuando estoy preocupado por algo	0	1	2	3
08.-Me siento más estimulado y alerta cuando fumo	0	1	2	3
09.-Fumo automáticamente a pesar de estar atento	0	1	2	3
10.-Fumo para tener algo que hacer con las manos	0	1	2	3
11.-Cuando me quedo sin cigarrillos me es casi insoportable hasta que vuelvo a tenerlos	0	1	2	3
12.-Cuando me siento infeliz fumo más	0	1	2	3
13.-Fumar me ayuda a aguantar cuando estoy muy cansado	0	1	2	3
14.-Me resulta difícil estar una hora sin fumar	0	1	2	3
15.-Me encuentro a mi mismo fumando sin recordar haber encendido el cigarrillo	0	1	2	3
16.-Cuando estoy cómodo y relajado es cuando más deseo fumar	0	1	2	3
17.-Fumar me ayuda a pensar y a relajarme	0	1	2	3
18.-Tengo muchas ganas de fumar cuando no he fumado durante un rato	0	1	2	3
19.-Me siento más maduro y sofisticado cuando fumo	0	1	2	3
20.-Cuando no estoy fumando soy muy consciente de ello	0	1	2	3
21.-Me resulta muy difícil estar una semana sin fumar	0	1	2	3
22.-Fumo para tener algo que ponerme en la boca	0	1	2	3
23.- Me siento más atractivo frente a personas del sexo contrario cuando fumo	0	1	2	3
24.-Enciendo un cigarrillo cuando estoy enfadado	0	1	2	3

Figura 8. Cuestiones referentes al *test de Russell* (Fuente: internet, http://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Documents/Inf_Pac_Tests.pdf).

IMAGEN PSICOLÓGICA

Mediante las preguntas 6, 19 y 23 se evalúa el peso de la “Imagen Social” que el fumador cree que obtiene a través del hábito tabáquico.

ACTIVIDAD MANO – BOCA

A través de los ítems 5, 10 y 22 se valora la importancia de la parte conductual en el hecho de “tener algo entre las manos”.

INDULGENCIA

Las preguntas 3, 4 y 16 determinan hasta que punto el fumador relaciona su hábito con las situaciones de relax y placer.

SEDACIÓN

Los ítems 7, 12 y 24 revelan cuando el fumador fuma para calmarse.

ESTIMULACIÓN

Mediante las preguntas 8, 13 y 17 se pone de manifiesto cuando un fumador fuma para estimularse.

ADICCIÓN

Con las preguntas 11, 18 y 20 se revela el grado de adicción del fumador a su hábito.

AUTOMATISMO

Los ítems 2, 9 y 15 desvelan los cigarrillos que el fumador fuma sin pensar, es decir, de modo automático.

El test de Russel informa del tipo de motivación que más pesa en cada fumador, siendo útil de cara a la terapia. Puntuaciones iguales o superiores a 6 en los apartados o aspectos anteriores implican la preponderancia del aspecto en concreto.

La **DEPENDENCIA GLOBAL** viene determinada por la puntuación obtenida en los ítems 1, 14 y 21 sumada a la alcanzada en 11, 18 y 20, (Adicción), junto con 2, 9 y 15, (Automatismo). Puntuaciones superiores o iguales a 20 responden a “Alta Dependencia”.

Figura 9. Criterios de valoración del test de Russell (Fuente: internet; http://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Documents/Inf_Pac_Tests.pdf).

4.3.5. Test para la escala de disnea (MRC modificado).

La Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), ahora se la reconoce como una condición de importancia mundial en términos de su impacto en la morbilidad y riesgo de muerte prematura de millones de personas. La definición de la COPD continúa siendo actualizada, pero sin embargo, hay acuerdo general en que esta condición resulta de la

interacción de diversas patologías respiratorias con presencia de enfisema y bronquiolitis respiratoria, que conducen a una persistente y generalmente progresiva obstrucción del flujo de aire [17].

En términos del intento de controlar ésta enfermedad, en los años 60, nace el test MRC (Medical Research Council); test que muestra la figura 10 [18,19].

ESCALA DE DISNEA -MRC MODIFICADA-

Población diana: Población general. Se trata de una escala heteroadministrada que consta de 5 niveles. No tiene puntos de corte. A mayor grado, menor tolerancia a la actividad debido a la disnea.

GRADO	ACTIVIDAD
0	Ausencia de disnea excepto al realizar ejercicio intenso.
1	Disnea al andar deprisa en llano, o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada.
2	La disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.
3	La disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 100 metros o después de pocos minutos de andar en llano.
4	La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse

Figura 10. Test referente a la escala de disnea (MRC modificada) y la población a la que va dirigido (Fuente: internet http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_disnea_mrc_modificada.pdf).

4.4. Programa de deshabituación tabáquica propuesto.

Según los datos obtenidos de la encuesta realizada y atendiendo a los test que se han analizado anteriormente, el plan de deshabituación tabáquica para los trabajadores del Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor se presume como un servicio ampliamente demandado para una implantación a través de la cartera de Prevención de

Riesgos Laborales y a la vez que imprescindible para una correcta monitorización para los integrantes en el programa.

Es por ello por lo que la composición final del programa recogerá los elementos clave de este proyecto (figura 11).

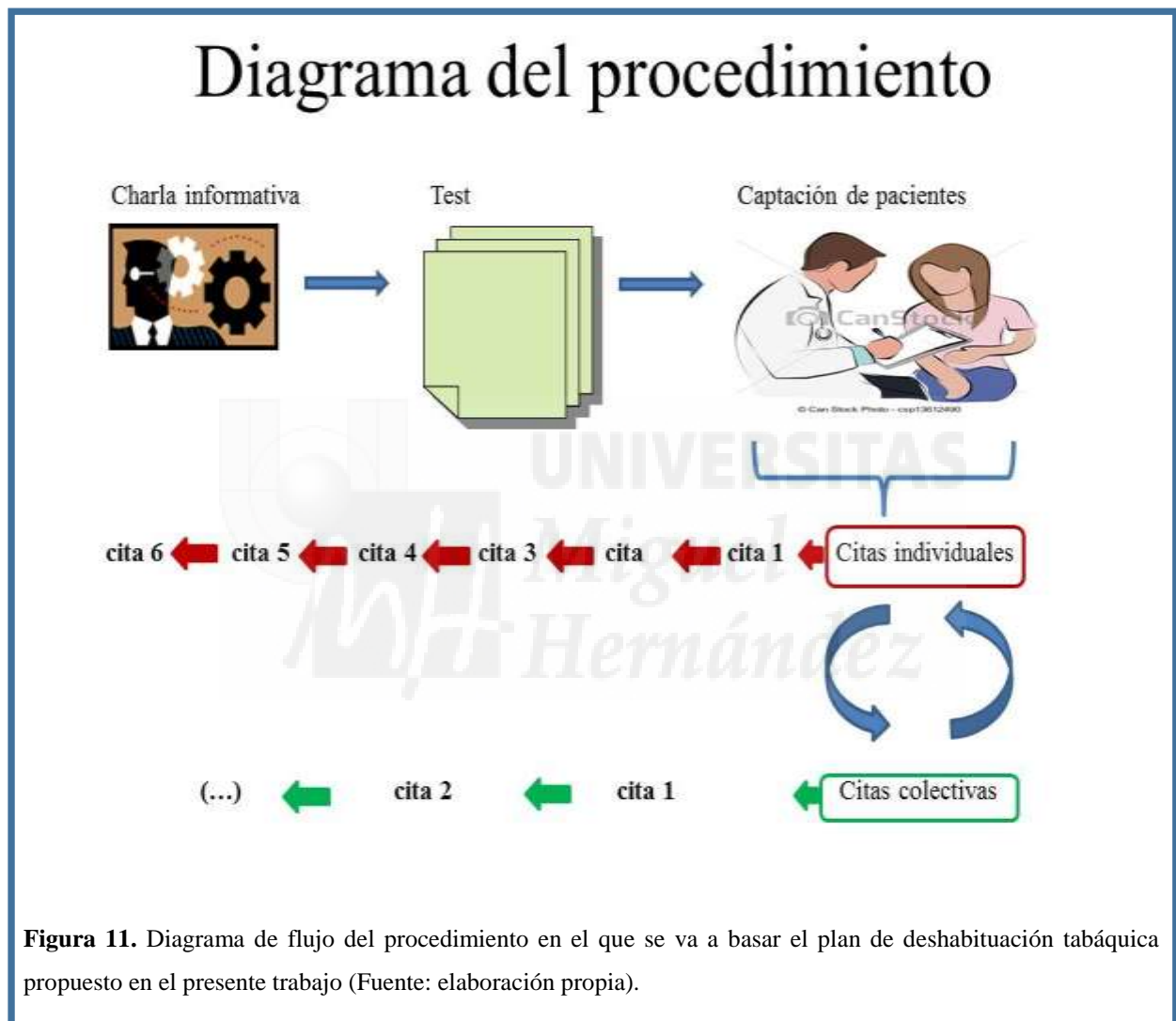


Figura 11. Diagrama de flujo del procedimiento en el que se va a basar el plan de deshabituación tabáquica propuesto en el presente trabajo (Fuente: elaboración propia).

Como recoge la figura anterior, el programa deberá comenzar con una charla, de asistencia voluntaria pero muy recomendable, en la que se explique las diferentes enfermedades asociadas al tabaquismo, las sustancias nocivas que forman parte del cigarrillo (figura 12), así como un repaso por los estudios más recientes en los que se pone de manifiesto un aumento de enfermedades con relación con el consumo de tabaco.

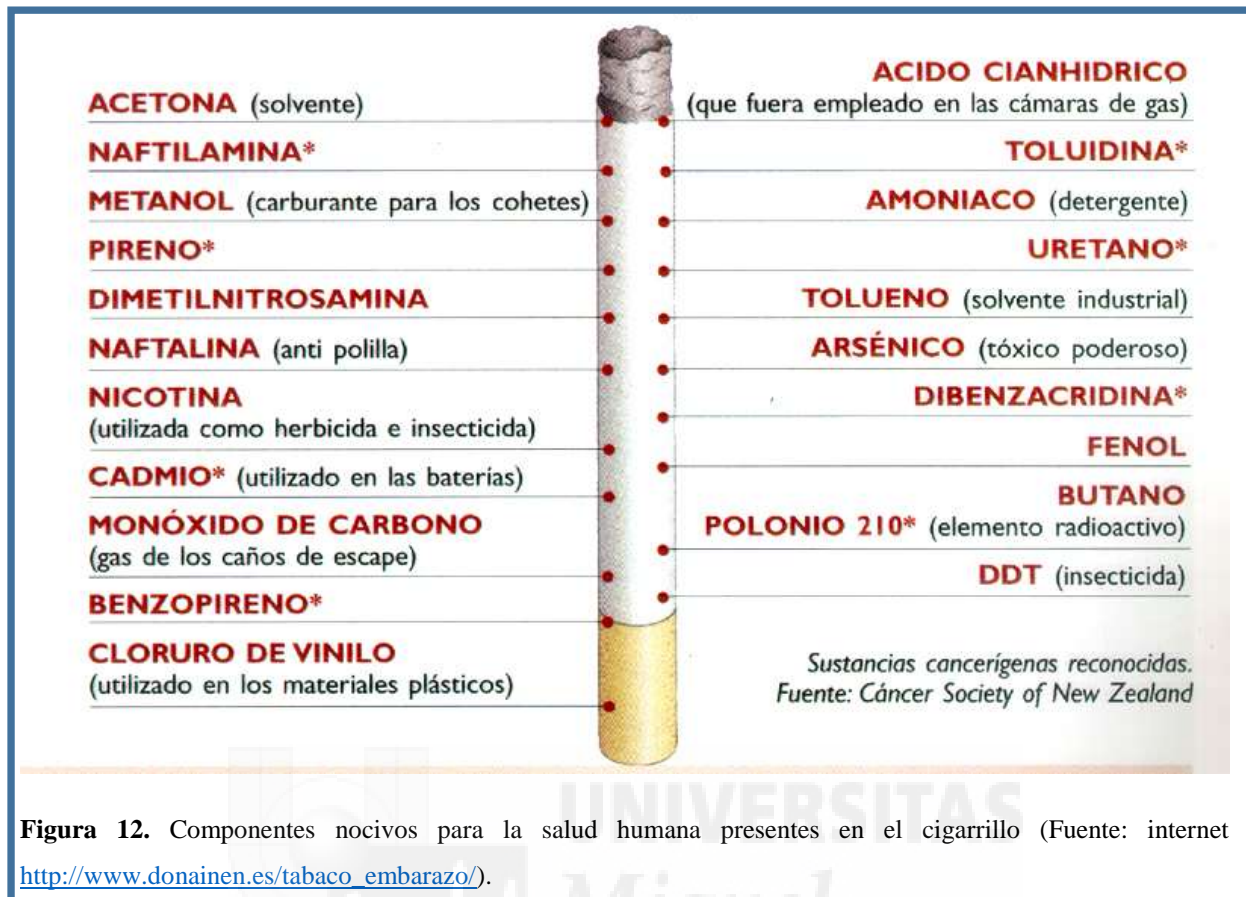


Figura 12. Componentes nocivos para la salud humana presentes en el cigarrillo (Fuente: internet http://www.donainen.es/tabaco_embarazo/).

Una vez impartida la charla, que deberá llevarse a cabo por personal investigador o docente en el tema, se les someterá, a los que deseen entrar en el programa, a una serie de test (figura 11) con el fin de evaluar tanto el grado de adicción al tabaco como su nivel de motivación con el que cuentan para dejar de fumar. Los test aplicados a los participantes serían los siguientes:

- *Test de Glover-Nilsson.*
- *Test de Richmond* o de motivación para dejar de fumar.
- *Test de Fagerström* o test de dependencia de la nicotina.
- *Test de Russell.*
- Test para la escala de disnea (MRC modificado).

La elección de estos test se basa en su amplio uso tanto nacional como internacionalmente y por su eficacia a la hora de catalogar posibles grados de adicción, perfiles de fumadores, motivación para dejar de fumar y una valoración para la disnea.

En el territorio nacional, estos test han sido utilizados en planes de deshabituación tabáquica en diversos hospitales como en el de Jerez, La Rioja, Madrid o Córdoba.

Elaboración del programa: distribución de visitas.

En primer lugar se tratará de la captación de trabajadores que deseen dejar de fumar, bien mediante folletos informativos donde se especifique teléfono de contacto, bien mediante la charla informativa mencionada anteriormente o mediante la anamnesis realizada por el enfermero de salud laboral, el médico o el técnico en prevención de riesgos laborales durante cualquier visita de los trabajadores al servicio de Medicina Preventiva.

Una vez realizada la captación de trabajadores que deseen dejar el hábito tabáquico, se les citará para la primera visita del programa.

El programa constará de 6 visitas individuales y, al menos, dos grupales (figura 11).

VISITAS INDIVIDUALES:

Primera cita.

Se realizaría, en primer lugar, anamnesis del trabajador incluyendo:

- Datos de filiación.
- Antecedentes personales patológicos y anamnesis por aparatos. Se orientará hacia la existencia de procesos y síntomas relacionados con el tabaquismo.
- Antecedentes de tabaquismo: historia familiar de tabaquismo, edad de inicio, ambiente tabáquico en el domicilio, en el trabajo o en el tiempo de ocio, número de cigarrillos que se fuman, cómo ha variado dicho número en la vida del paciente...
- Intentos previos de abandono del consumo de tabaco. Analizar si ha habido o no intentos previos serios de abandono, su número, cuánto tiempo se ha mantenido la abstinencia, si se ha utilizado algún tratamiento con o sin ayuda profesional y cuáles han sido las causas de la re-caída (motivos sociales, síndrome de abstinencia, miedo a engordar, falsa idea de control...).
- Tabaquismo actual. Conviene conocer cuánto fuma en la actualidad, cuánta nicotina contienen los cigarrillos que fuma, y valorar cuál es el patrón de consumo (si inhala o no el humo, si fuma los fines de semana solo o si se despierta por la noche a fumar).

- Nivel de exposición al tabaco durante la vida del paciente. El número de cigarrillos que fuma el paciente y el tiempo que lleva fumándolos se engloban en el concepto número de paquetes- año o «índice paquetes-año». Se calcula multiplicando el número de cigarrillos fumados en un día por el número de años que se lleva fumando esa cantidad y se divide entre 20. Este dato es un marcador de exposición al tabaco y, por tanto, del riesgo que el paciente tiene de contraer una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco, así como las posibilidades de éxito o de fracaso en un intento de abandono del consumo de cigarrillos.
 - Exploración física.
 - Se les pasará el *Test de Fagerström* para valorar la dependencia a la nicotina.
 - Se les valorará la motivación para dejar de fumar mediante el *test de Richmond*.
 - El test de *Glover-Nilsson*
 - El *test de Russell* y la Escala de Disnea.

Una vez recogidos los datos en la historia clínica se realizará una serie de actividades con el fumador como reforzar la motivación que le hace querer dejar el hábito. Además, a partir de la valoración de la dependencia se debe valorar la necesidad de tratamiento farmacológico y pactar el día de abandono del tabaco, proponiendo actividades de preparación como el registro de cigarrillos fumados.

Si el fumador precisa usar fármacos para ayudar a dejar de fumar, se le debe entregar información escrita sobre los mismos, en la que especifique forma de utilización, dosis y duración del tratamiento.

Segunda cita.

Se realizará de tres a ocho días después de que el fumador deje de fumar, donde debe confirmarse la abstinencia, valorar síntomas de abstinencia (intensidad y frecuencia; valorar cumplimiento del tratamiento farmacológico y explicar la posible aparición de la fase de duelo del fumador que abandona hábito del tabaco.

- Se fijará siguiente cita.

Tercera cita.

- Se efectuará de diez a quince días después de dejar el tabaco.
- Se confirmará abstinencia y se revisará tratamiento farmacológico.
- Se informará del riesgo de recaída en estos días.
- Se fijará próxima cita.

Cuarta cita.

Se le citará a los quince-treinta días después del abandono, se confirmará también la abstinencia y se efectuará la revisión del tratamiento farmacológico.

Quinta cita.

Se le citará a los dos- tres meses del abandono y se incidirá en el riesgo de recaídas sociales.

Visita de seguimiento al año de abandono (sexta visita).

TERAPIA GRUPAL.

Se realizarán tres sesiones grupales, la primera centrada en la preparación del trabajador que quiere dejar de fumar, se tratará de facilitar información sanitaria y de hacer especial hincapié en los beneficios de dejar de fumar.

La segunda fase irá centrada en el abandono. Se incidirá en el control del síndrome de abstinencia y en el refuerzo de habilidades y conocimientos enfocados al abordaje de los otros problemas que pueden surgir en las primeras fases del proceso de dejar de fumar.

La tercera sesión será a partir de los seis meses de abandono y se hará hincapié en el mantenimiento y la prevención de recaídas.

- Las sesiones grupales no excederán de quince-veinte personas.

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.

Los recursos humanos del plan de deshabituación tabáquica están constituidos por un enfermero del trabajo, un médico del trabajo, un psicólogo del trabajo y un técnico en prevención de riesgos laborales previamente formados en prevención del tabaquismo al inicio

del programa. Una vez se vaya desarrollando y según la demanda de la consulta, se propondrá la contratación de más personal.

Las visitas individuales se realizarán en las consultas del servicio de medicina preventiva del hospital y las sesiones grupales en el aula de formación del mismo. Dicho habitáculo dispone de medios audiovisuales para la exposición de las charlas.

5. CONCLUSIONES

Tras abordar los objetivos propuestos y realizar tanto una revisión actualizada sobre las enfermedades clásicamente asociadas al consumo de cigarrillos y las nuevas afecciones relacionadas con esta adicción, como la encuesta llevada a cabo entre los trabajadores del Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor y la consecuente propuesta de un modelo de deshabituación tabáquica bajo la cartera de Prevención de Riesgos Laborales, hemos podido establecer con este trabajo las siguientes conclusiones:

- El tabaco surgió con más aceptación social a partir de 1559, cuando Jean Nicot había logrado cultivar plantas de tabaco y contaba con indicios de una posible curación por parte de la planta de úlceras necrosadas.
- El Instituto Nacional fue el encargado de adaptar la legislación española a la normativa europea ya vigente. La adopción en 1989 de la denominada Directiva Marco será fundamental para que unos años después, en 1995 se promulgue la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
- En cuanto a la nicotina, se han obtenido evidencias suficientes de que tiene una toxicidad aguda a dosis altas. Asimismo, se ha comprobado que la nicotina activa múltiples vías biológicas por las cuales el tabaquismo aumenta el riesgo de enfermedad. Por otro lado, la nicotina durante el desarrollo cerebral del feto puede ser una ventana a futuras consecuencias adversas.
- En cuanto al cáncer, se ha relacionado, cuanto menos, que el tabaquismo tiene una incidencia directa sobre una mayor probabilidad en el desarrollo de cáncer de pulmón, hígado, cáncer colorrectal, cáncer de próstata y cáncer de mama. En adición, se han establecido relaciones en las que la probabilidad de que, un superviviente de un cáncer, recaiga o desarrolle otro específico, si la persona continúa o vuelve a fumar.

- Las enfermedades respiratorias como el asma infantil o el asma adulto pueden tener una relación sobre el consumo de tabaco; las enfermedades cardiovasculares también guardan mucha relación con el consumo de tabaco, situando al infarto de miocardio como una de las enfermedades más relacionadas con su consumo, tanto si se es fumador activo como pasivo.
- Estudios muy recientes, comienzan a percatarse de los llamados fumadores de “tercera mano”, los cuales serían los individuos que podrían intoxicarse con la mezcla de residuos del tabaco que persisten después de fumar y los diferentes contaminantes que existen en el medio. Dichos estudios han concluido que pueden tener efectos directos con el desarrollo de cáncer de diversos tipos, en los cuales se destaca el de piel, así como de trombosis y de un impacto notable en hemostasis.
- Otro estudio, de carácter igualmente reciente, subrayan que el riesgo de padecer cáncer cervical entre las mujeres expuestas, de una u otra forma, al tabaco. El riesgo de muerte por éste tipo de cáncer se sitúa en torno al 51%. En cambio, otro estudio refleja la posibilidad de adquirir colonias bacterianas mediante el consumo de tabaco. Estas colonias tienen un impacto notable en el desarrollo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD en sus siglas en inglés).
- Los resultados generales de la encuesta han indicado que, en el Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor, existe una inmensa mayoría de trabajadores que han manifestado sus deseos de que se implante un programa de deshabituación tabáquica. Dicha mayoría incluye, tanto a personas que han manifestado ser fumadoras como personas que han manifestado lo contrario, lo cual indica que hay una gran demanda en el hospital que nos ocupa para que se instaure un plan de deshabituación tabáquica.
- Entre los resultados específicos, se obtiene que entre el mayor número de personas que han manifestado ser fumadoras en el Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor, pertenecen al colectivo de los auxiliares. En cuanto a intención de dejar de fumar, son los enfermeros quienes han manifestado tener intención de abandonar su adicción en totalidad de los casos de personas fumadoras encuestadas; y por otro lado, entre los colectivos en el que un mayor número de personas han manifestado su aprobación para la implantación del programa de deshabituación tabáquica, han destacado tanto los auxiliares como los médicos y se han situado a los celadores como

el colectivo encuestado en el que menos gente estaría de acuerdo (o le daría igual) en que se implantase.

- El hecho de que haya tal cantidad de trabajadores de carácter eventual, hace mucho más difícil el seguimiento a dichos trabajadores y esto puede constituir un sesgo de envergadura que ya se ha obtenido en muchos estudios de este tipo y se cataloga como un sesgo común.
- Los test empleados en el programa a implantar son el Test de Glover-Nilsson, el Test de Richmond o de motivación para dejar de fumar, el test de Fagerström o test de dependencia de la nicotina, el Test de Russell y el test para la escala de disnea (MRC modificado). Estos test serán clave en el modelo propuesto.
- El modelo de deshabituación tabáquica propuesto tratará, en primer lugar, de llevar a cabo la captación de trabajadores que deseen dejar de fumar, bien mediante folletos informativos donde se especifique teléfono de contacto, bien mediante la charla informativa mencionada anteriormente o mediante la anamnesis realizada por el enfermero de salud laboral, el médico o el técnico en prevención de riesgos laborales durante cualquier visita de los trabajadores al servicio de Medicina Preventiva.

Seguidamente, tendrán lugar seis visitas individuales que abarcarán desde los test pertinentes para entender el grado de adicción y la motivación del paciente a dejar de fumar, hasta un control de abstinencia y seguimientos periódicos con apoyo farmacológico.

Dicho programa terminará con, al menos, dos sesiones grupales donde se concienciará al trabajador para que abandone su adicción.

6. BIBLIOGRAFÍA

- 1- Pégola F, García Puga A. Por el camino del tabaco. EGE El Guión Editores. Buenos Aires 2003.
- 2- Arias A. Sin filtro (Memorias). Diario "Clarín" 5 de julio de 1992.
- 3- Borio G. (2001) <http://www.tobacco.org/History/Tobacco-History.html>.
- 4- Calvo Fernández JR, López Cabanas A. El Tabaquismo. Universidad de Las Palmas-Gran Canaria-Vicerrectorado de Investigación, Desarrollo e Innovación. Título Universitario y Experto en Tabaquismo 2003.
- 5- Orden Ministerial de 9 de marzo de 1971. BO E nº 60, 11 de marzo de 1971, 4017-4019.
- 6- Baetica. *Estudios de Arte, Geografía e Historia*, 33 2011, 399-411. ISSN: 0212-5099, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Málaga.
- 7- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Public Health Service, Office of the Surgeon General, Rockville, MD 2014.
- 8- Karim ZA, Alshbool FZ, Vemana HP, Adhami N, Dhall S, Espinosa EV, Martins-Green M, Khasawneh FT. Third Hand Smoke: Impact on Hemostasis and Thrombogenesis. *J Cardiovasc Pharmacol* 2015 Apr 7.
- 9- Jiang J, Pang H, Liu B, Nasca PC, Zhang B, Wu Y, Han W, Gates M, Lu T, Zou X, Xue F, Hou L, Wang Z, Wang Y, Chen Y, Li J. Effects of active, passive, and combined smoking on cervical cancer mortality: a nationwide proportional mortality study in Chinese urban women. *Cancer Causes Control* 2015 Jul;26(7):983-91. doi: 10.1007/s10552-015-0580-x.
- 10- Voss M, Wonnenberg B, Honecker A, Kamyschnikow A, Herr C, Bischoff M, Tschernig T, Bals R, Beisswenger C. Cigarette smoke-promoted acquisition of bacterial pathogens in the upper respiratory tract leads to enhanced inflammation in mice. *Respir Res* 2015 Mar 20;16:41. doi: 10.1186/s12931-015-0204-8.
- 11- Schüz J, Espina C, Villain P, Herrero R, Leon ME, Minozzi S, Romieu I, Segnan N, Wardle J, Wiseman M, Belardelli F, Bettcher D, Cavalli F, Galea G, Lenoir G, Martin-Moreno JM, Nicula FA, Olsen JH, Patnick J, Primic-Zakelj M, Puska P, van Leeuwen FE, Wiestler O, Zatonski W. European Code against Cancer 4th edition: 12 ways to reduce your cancer risk. *Cancer Epidemiol* 2015 Jul 8. pii: S1877-7821(15)00127-7. doi: 10.1016/j.canep.2015.05.009.
- 12- Vellisco García A, Álvarez Gutiérrez FJ, Elías Hernández T, Romero J, Toral Marín J, Bordoy Sánchez C, Castillo Gómez J. Resultados de un programa psicoterapéutico de deshabituación tabáquica tras 12 meses de seguimiento. *Arch Bronconeumol* 2001;37(1):14-8.
- 13- Glover ED, Nilsson F, Westin A, Glover PN, Laflin MT, Persson B. Developmental history of the Glover-Nilsson smoking behavioral questionnaire. *Am J Health Behav* 2005 Sep-Oct;29(5):443-55.
- 14- Richmond RL1, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction* 1993 Aug; 88(8):1127-35.

- 15- Fagerström KO, Kunze M, Schoberberger R, Breslau N, Hughes JR, Hurt RD, Puska P, Ramström L, Zatoński W. Nicotine dependence versus smoking prevalence: comparisons among countries and categories of smokers. *Tob Control* 1996 Spring;5(1):52-6.
- 16- Russell MAH, Peto J, Patel UA. The Classification of Smoking by Factorial Structure of Motives. *Journal of the Royal Statistical Society Series A (General)* 1974; 137(3):313. DOI: 10.2307/2344953.
- 17- Peter MA Calverley. Cough in chronic obstructive pulmonary disease: is it important and what are the effects of treatment?. *Calverley Cough* 2013; 9:17.
- 18- Holman WJ. Medical Research Council. Committee on research into chronic bronchitis: instruction for use on the questionnaire on respiratory symptoms. *Devon* 1966.
- 19- Brooks SM (Chairman). Task group on surveillance for respiratory hazards in the occupational setting. Surveillance for respiratory hazards. *ATS News* 1982; 8:12-16.



7. ANEXOS

ANEXO 1

La encuesta elaborada y dirigida a auxiliares, celadores, enfermeros y médicos del Hospital General Universitario de los Arcos del Mar Menor es la siguiente:

¿ES Ud. FUMADOR/A?

SI NO

¿QUIERE DEJAR DE FUMAR?

SI NO

¿A QUÉ COLECTIVO PERTENECE?

AUXILIARES

CELADORES

ENFERMEROS

MÉDICOS

¿CONSIDERA NECESARIA LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA DENTRO DEL HOSPITAL?

SI NO

