



industriales
etsii

Escuela Técnica
Superior
de Ingeniería
Industrial

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CARTAGENA

PROPUESTA DE IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN LA UPCT

TRABAJO FIN DE MÁSTER

MÁSTER INTERUNIVERSITARIO EN
PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Autor: Marina Ibeas Esteban

Director: Dolores Ojados González

Codirector: Marcos Ros Sempere

Cartagena, 2 de Octubre de 2018.



Universidad
Politécnica
de Cartagena

RESUMEN

Definición: Un programa de deshabituación tabáquica se define como aquel recurso que la persona fumadora utiliza para dejar de fumar, que es llevado a cabo por profesionales, mediante terapias cognitivo-conductuales que facilitan y ayudan al abandono del hábito tabáquico, desarrolladas en consultas individuales y/o colectivas. Consultas que se pueden desarrollar junto con otros tratamientos, farmacológicos o no farmacológico, que ayuden en la desintoxicación.

Objetivos: Analizar, tanto los programas de deshabituación tabáquica de otras universidades saludables españolas, así como los resultados de las encuestas elaboradas y aplicadas para conocer su opinión a cerca de un plan de deshabituación tabáquica; así como proponer un programa de deshabituación propio para su posible implantación en la UPCT.

Metodología: Búsqueda de material bibliográfico que permita conocer los programas de deshabituación tabáquica utilizados en otras universidades saludables. Elaboración y aplicación, sobre la población universitaria de la UPCT, de una encuesta personal que evalúe la necesidad y efectividad de implantación de un programa de deshabituación, así como el análisis de otros resultados de importancia y redacción de conclusiones. Y finalmente, la elaboración de un programa de deshabituación tabáquica propio de la UPCT que sirva como propuesta para una posible implantación.

Resultados: Las evidencias encontradas aportan que las universidades saludables españolas proporcionan información suficiente para desarrollar un programa de deshabituación tabáquica propio. Por otro lado, las encuestas arrojan resultados positivos e importantes, como por ejemplo: el 78,6% de no fumadores y el 78,8% de fumadores creen que la UPCT debería tener un plan de deshabituación tabáquica, y el 75,8% de fumadores y el 91,6% de ex fumadores utilizarían dicho programa como recurso para iniciar o mantener la abstinencia. Lo que proporciona información suficiente para elaborar un programa de deshabituación tabáquica propio de la UPCT.

Conclusiones: Se concluye elaborando un plan de cesación tabáquica para la comunidad universitaria de la UPCT, que podría resultar de gran utilidad y ayuda para que esta comunidad consiguiera abandonar el hábito tabáquico. Lo que aumentaría la salud general al fomentar hábitos de vida y ambientes saludables, logrando que la UPCT cumpla otro de sus objetivos como universidad promotora de salud.

Palabras Clave: Programa; plan; deshabituación; cesación; tabaco; tabaquismo; población/comunidad universitaria; universidad saludable/promotora de salud.

ABSTRACT

Definition: A tobacco detoxification program is a resource available for frequent smokers in order to give up the habit of smoking. Such program is developed by professionals and by the use of cognitive and behavioral techniques – carried out either in individual or group meetings – that aid the individual through the process of giving up smoking. These meetings can progress together with other treatments, pharmaceutical or not, that help the detoxification process.

Objectives: To analyze other tobacco detoxification programs at Spanish health universities and the results obtained from polls to know individuals' opinions on tobacco detoxification. Additionally, the program also aims to elaborate its own detoxification program in order to establish it at UPCT.

Methodology: Searching bibliography references to get to know other detoxification programs at other health universities. Creating and sending a poll regarding the issue of tobacco detoxification's effectiveness to students and staff at UPCT as well as the analysis of the results obtained by previously done polls for the analysis of their conclusions and their importance. Finally, elaborating and developing a tobacco detoxification program at UPCT that serves as a proposal for its possible development.

Results: Current evidence in the field shows that Spanish health universities provide enough information to develop our own a tobacco detoxification program. On the other hand, polls show positive and important results such as: 78,6% of the individuals characterized as non-smokers and the 78,8% of the smokers believe that UPCT should have its own tobacco detoxification. Additionally, the 75,8% of the smokers and the 91,6% of the ex-smokers said they would use such program as a resource to give up smoking or maintain the habit of not smoking.

Conclusions: It can be concluded that, by elaborating a plan to stop smoking at UPCT, this community could be assisted, and it could be resourceful for them to give up the habit of smoking. Such plan would improve the general health of the community by encouraging to follow a healthier lifestyle and getting UPCT to achieve another objective as a university promoting health.

Key Words: Program; plan; detoxification; giving up; tobacco; smoking; university; community; healthy university/health promoter.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	9
1.1.	LA UNIVERSIDAD COMO ENTORNO PROMOTOR DE SALUD.....	9
1.2.	HÁBITOS SALUDABLES EN LAS UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE SALUD.....	11
1.3.	TABAQUISMO.....	13
1.3.1.	Definiciones.....	13
1.3.2.	Composición del cigarrillo y el humo del tabaco.....	13
1.3.3.	Enfermedades y riesgos para la salud del tabaco.....	15
1.3.4.	Datos epidemiológicos sobre el tabaquismo.....	17
1.4.	EL ROL DE LA UNIVERSIDAD EN EL ABORDAJE DEL TABAQUISMO.....	19
1.4.1.	Definición de <i>Deshabitación Tabáquica</i> y <i>Programa de Deshabitación Tabáquica</i>	19
1.4.2.	Beneficios de la implementación de un programa de deshabitación tabáquica.....	20
1.4.3.	Dificultades en la implementación del programa.....	20
1.5.	RELACIÓN ENTRE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y EL HÁBITO TABAQUICO: LEYES ANTITABACO.....	21
1.6.	JUSTIFICACIÓN.....	23
2.	OBJETIVOS.....	24
2.1.	OBJETIVO GENERAL.....	24
2.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
3.	MATERIAL Y MÉTODO.....	25
4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	27
4.1.	PROGRAMAS DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA DE OTRAS UNIVERSIDADES SALUDABLES.....	27
4.2.	ENCUESTAS Y RESULTADOS ESTADÍSTICOS OBTENIDOS.....	32
4.3.	PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA PARA LA UPCT. .	35
4.3.1.	Denominación de la Actividad.....	35
4.3.2.	Entorno del Programa.....	35

4.3.3.	Antecedentes.....	36
4.3.4.	Consideraciones sobre el consumo del tabaco en la Universidad.	36
4.3.5.	Características del Programa.	36
4.3.6.	Objetivos perseguidos.	36
4.3.7.	Destinatarios.	37
4.3.8.	Actividades.	37
1)	Actividades Generales.....	37
2)	Actividades Sectoriales.	38
3)	Actividades Individuales.....	38
4.3.9.	Periodo de Ejecución.....	44
4.3.10.	Evaluación y Control del Programa.	45
4.3.11.	Recursos Humanos y Materiales.	45
4.3.12.	Organización y Responsables de la actividad.....	46
4.4.	RELACIÓN ENTRE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS Y LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA.....	46
5.	CONCLUSIONES.....	55
5.1.	LIMITACIONES DE LOS PROGRAMAS REVISADOS.....	56
5.2.	LIMITACIONES DEL PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN.....	56
6.	BIBLIOGRAFÍA.....	59
7.	ANEXOS.....	63
	ANEXO I: ENCUESTAS.....	63
	ANEXO II: TEST DE VALORACIÓN DEL FUMADOR.....	66
8.	ABREVIATURAS.....	73

1. **INTRODUCCIÓN.**

1.1. **LA UNIVERSIDAD COMO ENTORNO PROMOTOR DE SALUD.**

La *salud* como concepto ha evolucionado desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 la definiese como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad”. Actualmente, el concepto de *salud* centra gran parte de su atención en el estilo de vida y el entorno, principales determinantes del bienestar psicológico y físico de las personas. [1]

Esta última concepción de la salud queda incluida dentro del concepto de Promoción de la Salud (PS) descrito por la *Carta de Ottawa* [2], elaborada por la OMS en 1986 en la 1ª Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, “en la que se propone que la PS evolucione del enfoque tradicional de la prevención de enfermedades a un enfoque holístico, en el que se fomente el desarrollo personal y social” [1], y cuyo objetivo principal es que la población sea responsable de gestionar su propia salud, dentro del entorno donde viven, ya que éste influye de manera determinante sobre la misma.

La *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud* [2] establecía como una de las cinco áreas de acción prioritarias “la creación de entornos que apoyen la salud”, definiendo estos entornos como “aquellos lugares y contextos sociales donde las personas desarrollan actividades diarias y en los que interactúan factores ambientales, organizativos y personales, que afectan a la salud y el bienestar de los que viven, trabajan y aprenden en ellos”. Por tanto, podemos considerar la universidad dentro de esta definición, puesto que reúne muchas de las características descritas; por un lado, es un centro de trabajo, y por otro, es un centro educativo y, además, se trata de una institución de especial relevancia, en tanto que investiga y garantiza el avance de nuestra sociedad a través de la formación de los profesionales del futuro.

Tras la Carta de Ottawa, en la que la universidad empezó a considerarse como entorno determinante para la salud, se desencadenaron en Europa dos eventos importantes en relación con la PS en la universidad. Por un lado, en 1996, la universidad de Lancaster convocó la I Conferencia sobre Universidades Saludables, dando como resultado el movimiento de “Universidades Promotoras de Salud” (UPS), tras la cual se han celebrado otros 6 congresos internacionales de UPS. Y por

otro lado, en 1997, en el evento favorecido por la Oficina Regional de la OMS, se fijaron los criterios y estrategias para una Red Europea de UPS. [1,3]

También es necesario mencionar otros dos documentos importantes: La *Carta de Edmonton para universidades e instituciones de educación superior promotoras de la salud* [4], elaborada en 2005, en la II Conferencia Internacional de UPS, en la que se plantean varios objetivos dirigidos, en general, a que estos centros adquieran el compromiso de impulsar los principios, valores y propuestas de promoción de la salud; y la “*Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*” [5], elaborada en 2005, en la VI Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, en la que se establecen los principales retos, medidas y compromisos necesarios para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado y que demanda la necesidad de involucrar a numerosos agentes e interesados directos que son fundamentales para alcanzar la salud para todos.

Todos estos documentos anteriormente citados ofrecen distintas acepciones sobre el concepto y características que debe cumplir una UPS para poder categorizarse como tal, sin embargo, la definición que parece más adecuada viene de la mano de Arroyo y Rice (2009), que definen las universidades saludables como las “entidades de Educación Superior que fomentan una cultura organizacional orientada por los valores y los principios asociados al movimiento global de la PS, y se constata a través de una política institucional para la mejora continua y sostenida de las acciones de la PS” [6]. En definitiva, la Universidad Saludable (US) o Universidad Promotora de Salud (UPS), además de ser motor de investigación y formación de los profesionales del futuro, deben ser aquellas que incorporen la promoción de la salud en su proyecto educativo y laboral, con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de los que estudian y trabajan en ella, y además, formarlos con el fin de que actúen como modelos de conductas saludables también con sus familias, futuros entornos laborales y en la sociedad en general. [1,3]

En los últimos años algunas universidades y estructuras de salud pública de las Comunidades Autónomas (CCAA), han trabajado en este tema con el objetivo de lograr universidades más saludables, con diversas perspectivas, distintos enfoques, actividades y líneas de actuación. Estos proyectos se encuentran en diferentes grados

de desarrollo y la constitución de una red nacional que apoye este proceso parece el camino más adecuado para avanzar y profundizar en estos proyectos.

En un mundo globalizado, el trabajo en red resulta imprescindible y es esencial en la promoción de la salud. De esta manera, se entiende por *red* una “agrupación de individuos, organizaciones y agencias, organizados de forma no jerárquica en torno a temas o preocupaciones comunes, que se abordan de manera activa y sistemática, sobre la base del compromiso y la confianza”.

Lo anteriormente citado sentó, en España, las bases que motivaron que el 22 de septiembre de 2008 se constituyera la Red Española de Universidades Saludables (REUS), con el objetivo de reforzar el papel de las universidades como entidades promotoras de la salud y el bienestar de sus estudiantes, su personal, y de la sociedad en su conjunto, liderando y apoyando procesos de cambio social. Esta red es una iniciativa a favor de la salud en la que actualmente participan, entre otros, la Conferencia de Rectores de Universidades Españolas (CRUE), el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, - entre los que existe un Acuerdo Marco de Colaboración- , universidades de toda España y algunas estructuras autonómicas de salud pública, cuyo objetivo es apoyar y favorecer el desarrollo de esta red y potenciar el desarrollo de los proyectos de universidades saludables. Además, invitan a unirse a esta red a todas las universidades interesadas. Y puesto que la Universidad Politécnica de Cartagena (UPCT) es una de las Universidades que forma parte de la REUS, se centrará en ella este proyecto. [7]

1.2.HÁBITOS SALUDABLES EN LAS UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE SALUD.

La OMS definió los *estilos de vida* o *hábitos* como “una forma de vida basada en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales”, e incidía en la importancia de distinguir y separar esta definición de la de *estilo de vida* o *hábito saludable*.

En definitiva, los hábitos o estilos de vida pueden ejercer un efecto sobre la salud del propio individuo y en la de otros. Por lo que para mejorar la salud individual mediante cambios en el estilo de vida y hábitos, la acción debe ir dirigida no sólo al

individuo, sino también a las condiciones sociales que le rodean. Por tanto, es sabido que no existe un estilo de vida adecuado u óptimo, puesto que dependen de otros muchos determinantes como la cultura, ingresos, estructura familiar, edad, capacidad física, entorno doméstico y laboral, etc, que son los determinantes de nuestras formas y condiciones de vida. [3]

Es por este motivo que la estrategia que deben adoptar las US es incluir la Promoción de la Salud dentro de su cultura universitaria, ya que ésta es un componente fundamental para la vida de sus académicos, personal de apoyo y, con mayor hincapié, sus estudiantes, tanto en su formación profesional como personal.

Dentro de la población universitaria, se debe hacer referencia a los estudiantes como foco principal de PS, puesto que son ellos los que necesitan una mayor adaptación, sobre todo en el inicio de la vida universitaria, con nuevas exigencias, horarios, cultura organizacional, etc. que afectan directamente al estilo de vida. Frecuentemente se ven sometidos a un estrés y desorientación al encontrarse en un ambiente menos protegido y de menos restricciones, lo que podría favorecer el inicio o incremento de hábitos y estilos de vida poco saludables, como consumo de alcohol, tabaco u otras drogas.

Es en estas situaciones donde las universidades pueden influir y apoyar a los estudiantes en procesos de cambio, ayudándoles a promover estilos de vida saludables y favorecer su autoestima y asertividad.

Aunque si bien es cierto que los estudiantes son el foco de esta iniciativa, no se debe pasar por alto la necesidad de ofrecer las mismas oportunidades de alcanzar una vida saludable al resto de población universitaria, como es el personal docente e investigador (PDI) y de administración y servicios (PAS), aunque sea más difícil lograr sobre este grupo de la comunidad que la vida saludable se convierta en algo integral, perdurable y sustentable. Pues ellos también pueden requerir herramientas que les faciliten la adquisición de estilos de vida saludables, pudiendo beneficiarse tanto ellos, como sus familias y transformarse en modelos positivos para los estudiantes.

En relación a los temas que aborda la salud integral de las personas que estudian o trabajan en la universidad, existe una larga lista. Sin embargo, hay algunos temas

concretos que influyen sobre el bienestar e inciden de manera directa sobre la productividad, tanto académica como laboral. Entre ellos destacamos: factores psicosociales como el estrés, la violencia y la seguridad; factores ambientales; alimentación y nutrición; actividad física y deporte; y el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias. Estos 5 temas suelen ser abordados de forma separada, sin embargo, existen interrelaciones e interacciones entre ellos, lo que impide demostrar la sinergia y complementariedad entre las diferentes actividades de Promoción de la Salud, puesto que una única acción puede tener beneficios en múltiples ámbitos.

En definitiva, parece necesario y fundamental incorporar el concepto de Promoción de la Salud dentro los planes de estudios universitarios. [8]

En este Trabajo Fin de Máster (TMF) y llegados a este punto, se ahondará en el consumo del tabaco de manera más concreta, y métodos que la universidad puede utilizar como recurso para reducir la incidencia en su comunidad universitaria.

1.3.TABAQUISMO.

1.3.1. Definiciones.

El *Tabaco* es considerado como droga legal, estimulante del Sistema Nervioso Central (SNC). Se trata de una planta herbácea de origen tropical, que suele resistir también las temperaturas de la zona mediterránea, de la que existen más de 50 especímenes que se diferencian, entre otras cualidades, por su contenido en nicotina. Para la fabricación de las distintas variedades de tabaco la especie más utilizada es la *Nicotina tabacum*, que curada y preparada, se fuma, se masca y/o se aspira.

Otro concepto diferente, aunque relacionado y también importante es el de *Tabaquismo*, que no es más que la enfermedad o patología causada por la manifestación de dependencia a esta droga. [9,10]

1.3.2. Composición del cigarrillo y el humo del tabaco.

El tabaco, y el humo que su combustión desprende, originan más de 4.000 sustancias químicas, de entre ellas, 400 son sustancias muy tóxicas, alrededor de 50 son cancerígenas y 12 son gases tóxicos. A continuación se destacan algunas de estas sustancias, por su especial peligrosidad y por las enfermedades a las que pueden asociarse, aunque el listado es extenso.

- 1) **Nicotina**: Sustancia con capacidad psicoactiva y estimulante del SNC. También considerada como droga, puesto que es adictiva y es su consumo el que produce dependencia física. Su mecanismo de acción consiste en favorecer la producción de Dopamina, que estimula la sensación de satisfacción y bienestar en el cerebro, proporcionando euforia al individuo que la consume. Entre otras características, la vida media aproximada de esta sustancia es 2 horas, y a medida que disminuye su concentración en sangre se incrementa el deseo de fumar, creando en el individuo el deseo/necesidad de consumo de tabaco. Algunos de los efectos negativos que se enumeran son: vasoconstricción, aumento del gasto cardíaco, aumento de la presión arterial, etc.
- 2) **Alquitranes**: Son los principales agentes cancerígenos contenidos en el humo del tabaco. Y está demostrada su relación directa con distintos tipos de cáncer y tumores, como los de pulmón entre otros.
- 3) **Monóxido de Carbono (CO)**: Se trata del componente más nocivo del cigarrillo, procedente de la combustión del tabaco junto con el papel. Es un gas tóxico, cuya característica más importante es que presenta mayor afinidad a la hemoglobina en sangre frente al oxígeno, lo que disminuye la capacidad de dicha hemoglobina para abastecer al organismo del oxígeno necesario. Esto le hace responsable de enfermedades vasculares y cardíacas.
- 4) **Gases Irritantes (fenoles, amoníacos, ácido cianhídrico)**: Actúan alterando los mecanismos defensivos de los pulmones, favoreciendo infecciones y enfermedades respiratorias, como la faringitis, los catarros, la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar, y otros síntomas respiratorios como la tos y aumento de mucosidad.

La mayoría de las sustancias tóxicas y gases irritantes también se encuentran en el humo del tabaco. Algunos de estos componentes, como el CO, proceden de la combustión del papel, y por tanto, su concentración en el humo es mayor.

Durante la combustión del cigarro se producen 2 corrientes de humo: la principal, que es la inhalada por el fumador, y la lateral, que es la que aspira el fumador pasivo. Esta última supone un 75% del total del humo, y contiene componentes más dañinos que la corriente principal, puesto que procede de una combustión incompleta. De esta manera, los fumadores pasivos quedan

expuestos a sustancias irritantes para los ojos y las vías respiratorias como el amoníaco, dióxido de carbono (CO₂), azufre..., y a unas 50 sustancias químicas cancerígenas de tipo orgánico, inorgánico (arsénico, cromo...) y radiactivo (polonio-210). [9,10]

Estos componentes son algunos de los que, como se ha comentado, se liberan durante la combustión del tabaco, pero se puede encontrar una lista más detallada y explícita de estas sustancias, además de otra información de interés en la *Guía para dejar de fumar* (2005), escrita por el Ministerio de Sanidad y Consumo y Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) [11].

1.3.3. Enfermedades y riesgos para la salud del tabaco.

El tabaco ejerce sus efectos lentamente y la mayoría de las enfermedades asociadas se manifiestan después de varios años de consumo. Pero desde el inicio se pueden observar algunos efectos para la salud que se pueden considerar “cotidianos” o de menor levedad, como: fatiga; mayores resfriados; tos y expectoración; aumento del riesgo de amigdalitis; pérdida de apetito; sequedad, coloración grisácea y envejecimiento prematuro de la piel, triada que se conoce como “rostro del fumador”; manchas o color amarillento en los dientes, mal aliento o halitosis, infecciones y caries dentales; mal olor corporal por impregnación del olor del tabaco; manchas amarillentas en uñas y dedos; y alteraciones del ritmo cardíaco.

También existen riesgos asociados que afectan con más frecuencia a fumadores pasivos frente a los consumidores de tabaco, como irritación ocular, cefaleas, tos, faringitis, afonía, alergias, asma, incremento del riesgo de cáncer de pulmón... entre otros.

En referencia a los efectos más graves y patologías crónicas y/o terminales que puede ocasionar el consumo del tabaco, se enumeran a continuación en función de los aparatos del organismo que resultan afectados:

- Aparato Respiratorio: Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC) como son la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar, patologías que, además, aumentan el riesgo de neumonía; así como distintos tipos de cáncer (pulmón, tráquea y bronquios).
- Aparato Circulatorio: Arritmias, enfermedades coronarias (cardiopatía isquémica, angina de pecho, infarto de miocardio...), accidentes

cerebrovasculares (ACV) (trombosis, hemorragias y embolias), hipertensión, enfermedades vasculares periféricas y leucemia.

- Aparato Digestivo: Gastritis crónica, úlcera gastroduodenal, esofagitis y reflujo, distintos tipos de cáncer (boca, lengua, laringe, esófago, páncreas, hígado...), hipertrofia papilas gustativas y su consecuente déficit del sentido del gusto y del olfato.
- Otros órganos y aparatos: el tabaco también afecta al aparato reproductor (cáncer de cérvix, mama y próstata), al aparato urinario (cáncer de vejiga y riñón) y sobre la fertilidad, tanto masculina como femenina, que se ve reducida, además de aumentar la impotencia sexual.

Además de lo anteriormente descrito, es importante mencionar que en función del sexo y en determinados grupos de edad son característicos otros riesgos derivados del tabaco.

En caso de ser del sexo femenino, algunos de estos riesgos son: mayor probabilidad de padecer enfermedades cardíacas por la ingesta simultánea de anticonceptivos orales; vulnerabilidad mayor a sufrir EPOC; aumento del riesgo de cáncer de cuello uterino; mayor riesgo de sufrir embarazos ectópicos e infertilidad; trastornos menstruales e incluso adelanto de la menopausia en unos 3 años respecto a las no fumadoras, lo que también aumenta el riesgo de osteoporosis y de fracturas óseas.

En cuanto a los embarazos de mujeres fumadoras se ha observado una mayor frecuencia de alteraciones como: embarazos ectópicos, retrasos en el crecimiento intrauterino del feto, bajo peso del recién nacido, parto prematuro, abortos espontáneos, alteraciones placentarias y mayor mortalidad perinatal.

Y en caso de que el embarazo llegue a término, los recién nacidos y niños de madres y/o padres fumadores, que les convierte en fumadores pasivos, también ven aumentadas las probabilidades de sufrir algunos de los siguientes riesgos: Síndrome de muerte súbita infantil; rechazo de la leche materna motivado por la alteración en el sabor que la nicotina produce en dicha leche, además de ocasionar en el bebé irritabilidad, llantos, cólicos intestinales y alteraciones del sueño; y mayor frecuencia de afecciones y enfermedades respiratorias del recién nacido y niño (resfriados, bronquitis, asma...)

Por último, es importante señalar los efectos a corto plazo que el tabaco produce sobre las personas que empiezan a fumar a una edad temprana. Ya que, aunque los jóvenes no suelen conceder importancia a los efectos que el tabaco producirá sobre su salud a largo plazo, existen otros efectos que han sido demostrados en población juvenil y que pueden constatarse sin necesidad de que exista cronicidad en el consumo de tabaco, como son: aumento de catarrros de repetición, aumento de la tos, disminución del rendimiento deportivo y pérdida de apetito entre otros. [9, 10]

1.3.4. Datos epidemiológicos sobre el tabaquismo.

Puesto que no todos los fumadores desarrollan estas patologías, parece necesario ofrecer datos y cifras tangibles para hacer del tabaquismo un riesgo real y concienciar a toda la población del peligro que conlleva continuar expuesta a este factor de riesgo, puesto que se trata de una de las principales causas de defunción, enfermedad y empobrecimiento.

Según la OMS, el tabaco es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura a nivel mundial y se trata de una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo.

Este hábito es capaz de matar hasta a la mitad de sus consumidores, y cada año produce la muerte de más de 7 millones de personas en el mundo, de las que más de 6 millones son consumidores y alrededor de 890.000 son no fumadores expuestos. En países desarrollados 4 millones de muertes al año son debidas al tabaco. En Europa es la primera causa de mortalidad evitable, siendo 1,2 millones las muertes producidas por esta causa en el continente. Y sólo en España, fallecen más de 55.000 personas al año a consecuencia de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, una cifra significativamente mayor que la de fallecimientos por accidentes de tráfico junto a la de fallecimientos por consumo de drogas ilegales.

Otro dato de relevancia es que casi el 80% de los más de mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios, donde es mayor la carga de morbilidad y mortalidad asociada al tabaco. Estos consumidores de tabaco que mueren prematuramente, privan a sus familias de ingresos, aumentan el costo de la atención sanitaria y dificultan el desarrollo económico.

En cuanto a las patologías asociadas, el consumo de tabaco incrementa en un 70% el riesgo de morir prematuramente por enfermedades derivadas. Este mayor riesgo es directamente proporcional al tiempo que se lleva fumando, a la cantidad de cigarrillos diarios, a la profundidad de la inhalación del humo y al contenido en nicotina y alquitrán de la marca.

El 80% de las muertes que el tabaco ocasiona son por cáncer de pulmón, bronquitis y enfisemas, mientras que casi un 17% son debidas a paros cardíacos. El tabaquismo está directamente relacionado con la aparición de 29 enfermedades (de las cuales 10 son diferentes tipos de cáncer) y es la principal causa de: más del 90% de los casos de bronquitis; del 95% de los casos de cáncer de pulmón y del 30% de todas las cardiopatías coronarias, además de ser parte importante de los casos de cáncer de esófago, vejiga urinaria, cavidad bucal y laringe. [10, 11, 12]

Además de todo lo anterior, también es importante conocer datos que representen a los fumadores pasivos. Entre estos datos se destaca que:

- La exposición durante 1 hora al aire contaminado por humo de tabaco (ACHT) es el equivalente a fumar 3 cigarrillos.
- En España: El 12% de no fumadores se ven involuntariamente sometidos a respirar el humo de tabaco hasta 8h/día; el 40% de no fumadores se ven involuntariamente sometidos a respirar en ACHT al menos 1h/día; y cada año mueren una media de 700 personas no fumadoras por enfermedades relacionadas con su condición de fumadores pasivos.
- Los actuales sistemas de ventilación no son eficaces para limpiar estos ambientes, puesto que su capacidad suele ser baja.
- Los no fumadores sufren más esta exposición, comparados, por ejemplo, con los ex fumadores, por la falta de habituación a estos componentes. Incluso con exposiciones cortas se observa la reducción de algunas funciones corporales y, en general, se incrementa el riesgo de padecer o empeorar enfermedades respiratorias, coronarias y cerebrovasculares. En concreto, tienen un 25-30% de posibilidades de sufrir alguna enfermedad cardíaca, y un porcentaje similar de posibilidades de cáncer de pulmón.

- Este riesgo también aumenta en caso de niños fumadores pasivos, pues la deshabituación y vulnerabilidad de su organismo a estas sustancias es aún mayor. [10]

1.4.EL ROL DE LA UNIVERSIDAD EN EL ABORDAJE DEL TABAQUISMO.

La *Guía para Universidades Saludables* [8] expone que dada la complejidad que presenta el hábito tabáquico, tanto en sus orígenes como en sus consecuencias individuales y sociales, la intervención en este problema no puede ser de carácter aislado. Para tratar este tema la guía que se menciona cree necesaria la implantación de un programa, en este caso de deshabituación tabáquica, que proponga:

- Fomentar ambientes libres de humo de tabaco.
- Proteger a los no fumadores.
- Favorecer el abandono del consumo de tabaco.
- Modificar la aceptación social del acto de fumar.

Este programa debe hacer cumplimiento de la legislación vigente, aunque la aplicación efectiva de la legislación antitabaco se conseguirá después de lograr un cambio cultural en un grupo de alto consumo social de tabaco, como podría ser la población universitaria objeto de este trabajo. Por ello, unido a la acciones de fiscalización que garanticen el cumplimiento de la ley, resulta necesario un proceso de sensibilización e información sobre la necesidad de proteger la salud, manteniendo ambientes libres de humo para la comunidad universitaria. [8]

1.4.1. Definición de *Deshabituación Tabáquica* y *Programa de Deshabituación Tabáquica*.

La *deshabituación tabáquica* consiste en el proceso de aprender a vivir sin tabaco, proceso que requiere tiempo y esfuerzo. No sólo se trata de olvidar la nicotina, sino que el cerebro sea capaz romper las asociaciones al tabaco que ha establecido y reforzado durante mucho tiempo, y la clave está en la práctica y el entrenamiento.

Dejar de fumar es percibido por la persona como un reto a su autoestima y autoeficacia, tanto que algunos de los fumadores, cuando logran mantenerse abstinentes, describen esta situación como uno de los principales acontecimientos y satisfacciones logrados en su cambio de vida, con percepción de una mayor seguridad en sí mismos, mayor capacidad y mayor gestión de la

propia salud. Pues la salud, que consta de 3 componentes: salud física, emocional y mental; debe abordarse desde las 3 vertientes para abandonar el tabaco, mediante el control de la ansiedad, la irritabilidad y del nerviosismo. [13]

El siguiente concepto se encuentra ligado al anterior, motivo por el cual parece necesario que se dote al *programa de deshabituación tabáquica* de su propia definición. Entendiendo a dicho programa como el conjunto de recursos, que se encuentran al alcance del fumador, y que éste utiliza como método para dejar de fumar. Llevado a cabo por profesionales expertos en el tema que centran su atención en terapias cognitivo-conductuales que facilitan y ayudan el abandono del hábito tabáquico, desarrolladas en consultas individuales y/o colectivas, dependiendo de la evolución del fumador. Además, estas terapias se pueden desarrollar al tiempo que el paciente sigue tratamientos concomitantes, tanto farmacológico como no farmacológico que le ayuden en su desintoxicación.

1.4.2. Beneficios de la implementación de un programa de deshabituación tabáquica.

Una vez conocidas estas definiciones, se enumeran algunos de los beneficios que proporciona la implantación de un plan de cesación tabáquica: por un lado el aumento en el bienestar, la salud y la productividad, que son mayores en una universidad que disfruta de un ambiente libre de humo de tabaco (ALHT). Un claro ejemplo de ello es la reducción de los absentismos, menos costos en atención en la salud y un aumento en la productividad de los profesionales.

Otro aspecto positivo de los ALHT es que las restricciones al acto de fumar en los espacios compartidos con no fumadores, unido a la reducción de fumadores que consigue el cumplimiento adecuado del programa, alientan a las personas a fumar menos o incluso a dejarlo.

Y por último, los ALHT disminuyen el gasto en limpieza, los equipos y muebles sufren menores daños y el riesgo de incendio se minimiza. Esto último es un aspecto importante a considerar en el caso de facultades que tengan laboratorios donde se manejen productos inflamables. [8]

1.4.3. Dificultades en la implementación del programa.

El proceso de implementación, tanto de un programa de deshabituación como de los ALHT en la universidad, previsiblemente se encontrará algunas dificultades.

Para superarlas es necesario generar conciencia del tabaco como un problema para la salud, especialmente la exposición al humo de no fumadores. Aunque las acciones de apoyo a los fumadores son igual de importantes, ya que éstos podrían sentirse invadidos y amenazados en una elección que se considera como personal e individual, o que esa adicción no es fácilmente manejable. Para conseguir un efectivo cumplimiento de la legislación dentro de la universidad, es necesario lograr un compromiso en todos los niveles y estamentos universitarios, así como contar un programa como el que se propone, que facilite y permita a los fumadores severos poder integrarse en terapias de cesación tabáquica, como el que se propone más adelante. [8]

1.5.RELACIÓN ENTRE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y EL HÁBITO TABAQUICO: LEYES ANTITABACO.

Parece lógico y necesario dedicar un apartado de este TFM que encuentre una relación entre la Prevención de Riesgos Laborales (PRL) y el Tabaquismo, debido a que este trabajo sirve para completar los contenidos del Máster de Prevención de Riesgos Laborales y el Tabaquismo, que es el tema del que se ocupa. Pues no se puede separar el hábito tabáquico, y los riesgos que este conlleva, de la prevención de riesgos laborales, puesto que parte importante de la población universitaria se encuentra formada por personal docente e investigador y el personal de administración y servicios, trabajadores que, tanto fumadores como no fumadores, se encuentran al amparo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, como la más importante, entre otras, que les permite beneficiarse de un plan de deshabituación tabáquica.

Además de la anteriormente citada, “el marco normativo en el que se debe situar para que sea posible la inclusión y proposición de un plan de deshabituación tabáquica en España” [14], región y en concreto en la UPCT, sería el siguiente:

- La ya citada **Ley 31/1995, del 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales** (Boletín Oficial del Estado [BOE] 10-11-1995).
- **Ley 54/2003, del 12 de Diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales** (BOE 31-1-1997).
- **Real Decreto 39/1997, del 17 de Enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención** (BOE 31-1-1997).” [14]

En cuanto a la legislación antitabaco, que atañe su cumplimiento a toda la población universitaria, incluyendo también a los estudiantes, se debe abordar de manera más incisiva, puesto que adquiere mayor relevancia. Aunque se evaluarán sólo las prohibiciones que la legislación exigía y exige actualmente sobre centros educativos y centros de trabajo:

- La primera ley promulgada, conocida como **“Real Decreto 192/1988, del 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población”**, prohibía fumar excepto en áreas reservadas donde no entraran menores de 16 años para el caso de centros educativos, o si había embarazadas o existía riesgo para los trabajadores por contaminantes industriales para los centros de trabajo. [15]
- En las dos siguientes modificaciones, tanto la de 1992, como la de 1999, no existieron ni hicieron variaciones respecto a los centros educativos ni los centros de trabajo.
- Fue con la **Ley 28/2005, del 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; y su Decreto nº198/2008, del 11 de Julio**, por el que se desarrolla, cuando se introdujeron nuevas variaciones. A saber: desaparecen las zonas para fumadores; no se podrá fumar en colegios, institutos y universidades; y se prohíbe fumar en todos los centros de trabajo salvo al aire libre. De hecho, en esta ley, en concreto, el Artículo 5. Medidas de promoción de la salud, prevención y deshabituación, se enuncia que: “la Región de Murcia impulsará medidas tendentes al apoyo de la prevención y control del tabaquismo, de la promoción y la protección de la salud y de la deshabituación tabáquica de las personas que quieran abandonar el hábito del tabaco.” [16]
- Por último, **la Ley 42/2010, de 30 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**, más conocida como nueva Ley Antitabaco. Ésta modificaba la anterior y prohibía fumar en ninguna parte del recinto del centro educativo, aunque esté al aire libre, con la excepción de las universidades y centros de adultos. Pero no tuvo variación para los centros de trabajo [17]. El artículo 7 de la norma establece la prohibición de fumar, entre otros lugares, en:

- Centros de trabajos públicos y privados, salvo en los espacios al aire libre.
- Centros y dependencias de las Administraciones públicas y entidades de Derecho público.
- Instalaciones deportivas y lugares donde se desarrollen espectáculos públicos, siempre que no sean al aire libre.
- Zonas destinadas a la atención directa al público.
- Centros docentes y formativos, salvo en los espacios al aire libre de los centros universitarios y de los exclusivamente dedicados a la formación de adultos, siempre que no sean accesos inmediatos a los edificios o aceras circundantes.
- En todos los demás espacios cerrados de uso público o colectivo, considerándose espacios de uso público los lugares accesibles al público en general o lugares de uso colectivo, con independencia de su titularidad pública o privada.

1.6.JUSTIFICACIÓN.

Toda la información aportada en páginas anteriores y en vista de las cifras de mortalidad que se aportan, y de la gran cantidad de repercusiones y efectos negativos que el hábito tabáquico produce sobre la salud de la población, en general, y sobre la comunidad universitaria, en concreto, unido a la ausencia de un plan de deshabituación tabáquica dentro del programa de prevención de riesgos laborales que ofrece la UPCT, se encuentran motivos razonables y suficientes para plantear los objetivos que se enumeran a continuación y centrar este TFM en una Propuesta de implantación de un Programa de Deshabituación Tabáquica (PDT), pues forma parte de los objetivos de una US como ésta, y de las tareas del Técnico de Prevención de Riesgos Laborales (TPRL), como son mantener y promover la salud y prevenir cualquier tipo de enfermedad de la población universitaria.

2. OBJETIVOS.

2.1.OBJETIVO GENERAL.

- Proponer desde el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) un Programa de Deshabitación Tabáquica para una posible implantación en la UPCT destinado a su población universitaria.

2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Examinar otros planes de deshabitación tabáquica que se estén implantando o hayan sido implantados en las diferentes universidades saludables de España.
- Elaborar una encuesta, anónima y personal, relacionada con la implantación de un método de deshabitación del hábito tabáquico y aplicar dicha encuesta sobre la población universitaria de la UPCT.
- Analizar los resultados de las encuestas realizadas.
- Observar la efectividad y aceptación que tendría la implantación del programa propuesto en función de los resultados obtenidos en las encuestas.

Es importante dar respuesta a estos objetivos, para que de esta manera se elabore un programa de deshabitación tabáquica adecuado y que tuviera posibilidad de implantarse y poder darle uso en un futuro ya que la UPCT no posee ningún programa de este tipo que poder ofrecer a su población universitaria.

3. **MATERIAL Y MÉTODO.**

Para cumplir el objetivo general es necesario llegar a él logrando los objetivos específicos que se han mencionado anteriormente. Éstos se han conseguido a través de la siguiente metodología:

- Para examinar otros programas de deshabituación tabáquica, se ha realizado una búsqueda de información mediante una revisión en bases de datos y páginas web, con el objetivo de identificar otros planes de cesación tabáquica implantados en las universidades saludables de España. Dicha búsqueda se realizó en las páginas web de las universidades promotoras de salud que aparecen en el listado de la REUS, así como en las páginas web de las consejerías y servicios de salud de las regiones y CCAA en las que se encontraban dichas universidades. Dentro de los criterios de inclusión y exclusión utilizados para incluir los programas a este trabajo fueron: tener acceso al método de deshabituación completo sin necesidad de ser usuario de la universidad procedente, y que dicho plan se estuviera aplicando a la población universitaria. Finalmente, de todos los programas encontrados, sólo resultaron válidos 4 de ellos.
- El siguiente objetivo consistió en la elaboración propia de una encuesta anónima y personal, dirigida a evaluar en qué medida desea la población universitaria de la UPCT la implantación de un método para abandonar el hábito tabáquico y si éste sería utilizado como herramienta para tal fin. Este objetivo es una parte metodológica importante del trabajo, y para su desarrollo se buscaron las mejores ideas de otros métodos implantados en universidades promotoras de salud españolas, así como otros test sobre dependencia y/o para abandonar el hábito tabáquico. Una vez elaboradas las encuestas (ANEXO I), se aplicaron a la población universitaria de la UPCT de dos maneras: por vía electrónica mediante la página de *Google Encuestas*, y de manera presencial repartiendo las mismas en formato papel en los espacios de la UPCT. En ambos casos de forma totalmente anónima y al azar. Una vez obtenidas las encuestas, se marcaron unos criterios de inclusión y exclusión, que quedan definidos en el apartado 4.2. *Encuestas y resultados estadísticos obtenidos* (pág. 25), que permitieron desechar las encuestas nulas, obteniendo finalmente un total de 150 encuestas contestadas como válidas.

- Obtenidas las encuestas, los datos se unificaron en un único documento de *Microsoft Excel*, tanto de las obtenidas en formato papel como en formato electrónico. Posteriormente, para su análisis estadístico se ha realizado un análisis descriptivo de las variables principales, en el que los datos han sido tratados adecuadamente para poder mostrarlos en forma de gráficas y tablas, así como para obtener sus porcentajes, mediante los programas de *Microsoft Excel* y *Microsoft Word*.
- Estos resultados dieron la información necesaria para cumplir el último objetivo, pudiendo comparar si el plan de deshabituación tabáquica resultaría aceptado y tendría efectividad a la hora de implantarse en la comunidad universitaria de la UPCT.
- Con la información necesaria y una vez obtenidos y comparados los resultados, éstos se redactaron junto con las conclusiones del trabajo, lo que permitió elaborar el Programa de Deshabituación Tabáquica para una posible implantación en la UPCT.

4. **RESULTADOS Y DISCUSIÓN.**

4.1. PROGRAMAS DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA DE OTRAS UNIVERSIDADES SALUDABLES.

Previo análisis de los resultados de las encuestas realizadas, resulta necesario revisar el trabajo de otras universidades saludables españolas en este campo, o de las CCAA o provincias de las que estas universidades dependen, que en ocasiones son las que elaboran los programas de deshabituación que posteriormente implantan en sus universidades. De esta manera se utilizarán otros planes de deshabituación tabáquica elaborados y ya implantados o que se estén implantando en estas universidades y guías para dejar de fumar, que sirvan de respaldo y como modelo para poder elaborar el programa de deshabituación tabáquica de la UPCT que se propondrá.

Así mismo, el primer plan de cesación tabáquica revisado para elaborar este nuevo programa es el **“Programa de Ayuda, Prevención y Deshabituación Tabáquica” de la Universidad de Almería** [18], elaborado por su Comité de Seguridad y Salud. Este método de deshabituación lo que busca es llevar a cabo acciones vinculadas a la prevención, la protección de los colectivos tanto de fumadores como de no fumadores y desarrollar actuaciones de ayuda a la deshabituación tabáquica.

La duración del plan es de 8 semanas y las actividades se clasificarán dentro de las diferentes fases del proyecto en función del ámbito en el que se desarrollen:

- **Ámbito General:** Instaurar una política institucional antitabaco; suscripción y desarrollo de convenios; campaña de sensibilización, concienciación, disuasión e información; incorporación de información sobre el programa en la web de la Universidad; declaración de “espacios libres de humo”; y remisión de circulares sobre la prohibición y señalización.
- **Ámbito Sectorial:** Reparto de folletos informativos, carteles y circulares; realización de sesiones informativas; distribución de “Guías prácticas para dejar de fumar”.
- **Ámbito Restringido:** Formación específica y capacitación de los profesionales sanitarios que intervienen en el programa; puesta en marcha de la Unidad de Deshabituación Tabáquica; acciones de apoyo asistencial al personal fumador

de la universidad, facilitando los recursos de ayuda para dejar de fumar. En el caso de este programa los recursos consisten en: habilitar un horario semanal con actuaciones de apoyo psicológico y tratamientos de ayuda adecuados para cada persona, además de efectuar un seguimiento cuando se sometan a dichos tratamientos.

En todo momento, tanto la universidad como el personal sanitario, velarán por garantizar las condiciones de confidencialidad, dignidad y voluntariedad inherentes a esta actividad.

Otro de los planes encontrados es el “**Dejar de Fumar con la UMU**” de la **Universidad de Murcia (UMU)** [10], ofertado a todos los fumadores pertenecientes a esta universidad que hayan tomado la decisión de dejar de fumar, además de manera gratuita. Este método lo desarrollan profesionales especializados en el tabaquismo (médicos, psicólogos, enfermería, personal de apoyo, etc.). Y aunque no especifica la duración del programa, sus actividades se desenvuelven en el contexto de varias fases:

- **Fase de Preparación:** Primera sesión en la que se realiza un estudio médico y clínico para elaborar el historial de cada participante, y se comentan los pasos de los que consta el programa.
- **Consultas Individuales:** Realizadas por un médico y un psicólogo especialista en tabaquismo que determinan, por medio de una evaluación, el grado de motivación para dejarlo y dependencia al tabaco. También se analizan las ventajas para dejar de fumar y cómo mantener la abstinencia, además de tratar las motivaciones personales para dejarlo y establecer unas pautas para hacerlo.
- **Terapia de Grupo:** Inclusión en un grupo acorde a las características de la persona (grado de dependencia, motivación...). Aportación de material de apoyo como folletos o vídeos en función de las necesidades.
- **Otras actividades:**
 - Seguimiento semanal a través de mensajes al móvil, online, etc.
 - Uso de la relajación como facilitadora del control de la ansiedad.
 - Creación de grupos de ocio con actividades que faciliten el proceso.
 - Fomento del deporte.

El siguiente método de deshabitación es el de la **Clínica de la Universidad de Navarra**, que ofrece un **“Programa de Deshabitación al Tabaco”** [19], cuyo objetivo es facilitar a los fumadores el abandono del tabaco de forma exitosa, mediante el seguimiento médico y el apoyo profesional continuado. Además de ofrecer información sobre los riesgos del hábito tabáquico, se estudian los grados de adicción y de motivación. Y, puesto que cada fumador es diferente, sus motivaciones y grado de adicción son distintos, así como su estado de salud y sus riesgos, por lo que el programa es personalizado y se adecúa a las necesidades del paciente. En cuanto a la duración del programa, depende del paciente, dado que se trata de programas individualizados. De manera resumida, el programa consiste en:

- Consulta con un médico, neumólogo en este caso, para una valoración inicial, estudio de su historia clínica, antecedentes familiares, y su estado de salud.
- Realización de una espirometría¹.
- Una sesión de enfermería, en la que se cumplimentan los cuestionarios de grado de dependencia física a la nicotina, de valoración de la motivación para dejar de fumar, y de fase de preparación para dejar de fumar.
- Diagnóstico del grado de dependencia física al tabaco, a través del cálculo de paquetes/año y de una cooximetría².
- Seguimiento personalizado: durante el período de un año, se realizará un seguimiento (generalmente por vía telefónica), con el objetivo de apoyar y guiar al paciente en las distintas etapas de deshabitación, valorando su evolución, posibles recaídas, etc.

Adicionalmente al programa, y según la situación y estado de salud del fumador, el médico podría recomendar un tratamiento no farmacológico o farmacológico para reducir el síndrome de abstinencia.

¹ Prueba médica que examina los volúmenes de aire que son capaces de movilizar los pulmones.

² Técnica espectrofotométrica para detectar la pérdida en la capacidad de oxigenación de la hemoglobina. Consiste en determinar el nivel de CO en el aire espirado por un individuo. El aparato para realizar esta prueba se llama Cooxímetro, un monitor de alta precisión que mide la concentración de CO en ppm (partes por millón). Se utiliza para determinar el hábito tabáquico de los pacientes y puede orientar para prescribir el tratamiento farmacológico. Es una prueba rápida, fácil de realizar, barata, no invasiva. Se utiliza para validar la abstinencia.

El cuarto programa que se ha tomado como referencia ha sido el de **“Unidad de Deshabituación Tabáquica”** de la Universidad de Valencia [13]. En esta Unidad, el apoyo a la deshabituación de tabaco incluye varias sesiones:

- Durante la primera sesión se realizará una valoración del paciente fumador y elaboración la Historia Clínica; test diagnósticos, interpretación (análisis de la conducta, adicción a la nicotina, motivación, resistencias, validación). La evaluación de los datos obtenidos determinará el tipo de tratamiento a seguir.
- El resto de sesiones se basarán en un seguimiento de la evolución, pudiendo ser semanal, quincenal o mensual, según las características del tratamiento y las necesidades de cada paciente. Durante estas sesiones se dará información sobre riesgos y se proporcionarán consejos; motivación del abandono; y apoyo sanitario y, en su caso, intervención con ayuda conductual individualizada y/o grupal. La segunda sesión será individual y el resto serán grupales. La modalidad de tratamiento grupal está especialmente indicada en el ámbito de las adicciones, pues proporciona un beneficio específico, ya que la interacción entre los integrantes del grupo y la oportunidad de compartir experiencias, problemas y resoluciones de los mismos, permite una mayor adhesión al tratamiento y disminución de la ansiedad.

Los tiempos son aproximados según las características de la intervención, tratamiento y las necesidades de cada paciente, pero en general se seguirán los siguientes:

- 1ª sesión: 1 hora y media.
- 2ª sesión o seguimiento individualizado: 1 hora.
- Resto de sesiones de terapia grupal: 1 hora y media, grupos de 10-15 personas.

Los tratamientos ofertados son:

- Exploración física y pruebas complementarias: cooximetría, tensión arterial, pulsaciones, auscultación, talla, peso e IMC.
- Estudio de test diagnósticos: análisis de la conducta, adicción a la nicotina, motivación, resistencias, validación.
- Técnicas psicológicas cognitivo-conductuales.
- Terapias farmacológicas de ayuda.
- Control del síndrome de abstinencia. Prevención de recaídas y seguimiento.

- Talleres sobre hábitos de comportamiento, rediseño ambiental y facilitador, técnicas motivacionales, identificación de barreras en los pacientes, técnicas de relajación.
- Talleres de hábitos saludables: ejercicio físico, alimentación...
- Adquisición de nuevas habilidades sociales (como responder ante situaciones en las que antes necesitaba fumar).

Por último, se menciona no un programa, sino un **Curso de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo** ofrecido por de la Universidad de Huelva, en el que durante 4 días se trataron diferentes aspectos sobre el tema, desde la influencia de la industria tabacalera; la composición del tabaco y el humo; la nicotina como droga, el diagnóstico del tabaquismo y su tratamiento; el tabaquismo como problema de salud pública y epidemiología, y estrategias de prevención del mismo; el consumo de tabaco y factores asociados; y la aplicación de la terapia psicológica cognitivo-conductual, previo análisis de los test de dependencia y motivación.

Estos planes citados son los pilares fundamentales a partir de los que se desarrolla el programa de deshabituación tabáquica para la UPCT. Sin embargo, en España también se utilizan **guías para dejar de fumar**, que son proporcionadas por las CCAA y sus servicios de salud para facilitar a los fumadores el abandono del tabaco, y que los participantes del programa podrían utilizar como complemento o recurso.

La información que se proporciona es común a la mayoría de estas guías y de forma resumida consta de: una introducción sobre el tabaco, la salud y la adicción; ventajas y motivos para dejar de fumar; inconvenientes del hábito tabáquico; mitos del tabaco y de dejar de fumar; dificultades que se puede encontrar el usuario antes y durante la deshabituación; información sobre cómo prepararse para dejar el hábito, además de otra información sobre apoyos adicionales, lugares donde buscar ayuda y terapias sustitutivas de la nicotina; los pasos a seguir durante la deshabituación y otros consejos, además de advertir de los problemas más frecuentes; medidas para abstenerse de fumar y combatir el Síndrome de Abstinencia e información sobre qué hacer en caso de que se sufra una recaída; también algunas proporcionan información sobre cómo ayudar a otras personas a dejar de fumar. [20 – 25]

A continuación se enumeran algunas de estas guías, de las que también se ha recabado información para el programa:

- “Se puede dejar de fumar. Claves para conseguirlo” del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo y el Ministerio de Sanidad y Consumo. [20]
- “Si quieres, puedes dejar de fumar” del Gobierno de Aragón, elaborada Departamento de Salud y Consumo. [21]
- “Dejar de fumar es posible” del Plan Integral de Tabaquismo de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de Ceuta. [22]
- “Guía para dejar de fumar” del Gobierno de Cantabria, proporcionada por la Consejería de Sanidad. [23]
- “Guía práctica para dejar de fumar” de la Junta de Castilla y León. [24]
- “Guía práctica para dejar de fumar” del Gobierno de La Rioja, en colaboración con la Sociedad Riojana de Medicina de Familia y Comunitaria. [25]

4.2.ENCUESTAS Y RESULTADOS ESTADÍSTICOS OBTENIDOS.

Una vez analizados los programas de deshabituación de otras universidades y escogidas las ideas más importantes y efectivas, se presenta la encuesta que se ha elaborado (ANEXO I) con el objetivo de verificar la aceptación de un futuro plan de deshabituación tabáquica en la Universidad Politécnica de Cartagena, así como también se muestran los resultados que ésta ha proporcionado de la disponibilidad y participación de su población universitaria para abandonar el hábito.

Previo análisis de dichos resultados, se ha de mencionar que no se han tenido en cuenta todas las respuestas, ya que una vez obtenidas las encuestas se desecharon aquellas consideradas como “no válidas” siguiendo los criterios de inclusión y exclusión fijados.

Por lo tanto, se clasificaron como nulas todas aquellas encuestas que cumplían los siguientes criterios: aquellas en las que no se respondiera a todas las preguntas necesarias; que se respondiera de manera incoherente o poco concisa; que no contase con los datos suficientes; que fueran ilegibles, respondidas con poca claridad o dieran lugar a error o confusión en la respuesta; y que se mostrara la identidad de la persona en la misma. Siguiendo los criterios anteriores, de las 162 encuestas obtenidas en total, tuvieron que ser desestimadas un total de 12

encuestas. De las cuales, 8 se consiguieron en formato papel y 4 en formato electrónico. Resultando finalmente un total de 150 encuestas válidas, de las cuales, 113 en formato electrónico y 37 en formato papel.

RESULTADOS ENCUESTA: FUMADORES		
Total de Encuestados: 150 (100%)	Total de Encuestados Fumadores: 66 (44%)	
COLECTIVO AL QUE PERTENECEN:		
PAS: 11 (16,7%)	PDI: 8 (12,1%)	Estudiantes: 47 (71,2%)
SEXO:		
Hombres: 32 (48,5%)	Mujeres: 34 (51,5%)	
PREGUNTAS	SÍ	NO
1. ¿Cuántos cigarrillos consume al día? - < 10 cig./día: 20 (30,3%) - 10 – 20 cig./día: 30 (45,4%) - 21 – 30 cig./día: 10 (15,2%) - 31 – 50 cig./día: 6 (9,1%)	X	X
2. ¿Se considera fumador esporádico?	13 (19,7%)	53 (80,3%)
3. ¿Ha pensado dejar de fumar?	53 (80,3%)	13 (19,7%)
4. ¿Ha intentado dejar de fumar?	39 (59,1%)	27 (40,9%)
5. En caso de que haya intentado dejar de fumar y haya recaído, ¿volvería a intentarlo?	35 (89,7%)	4 (10,3%)
6. ¿Suele fumar en los espacios habilitados de la universidad?	59 (89,4%)	7 (10,6%)
7. ¿El consumo de cigarrillos es mayor durante el tiempo que pasa en la universidad?	36 (54,5%)	30 (45,5%)
8. ¿El consumo de cigarrillos es mayor cuando se encuentra con otros compañeros fumadores?	62 (93,9%)	4 (6,1%)
9. ¿Disminuiría su consumo de tabaco si nadie le acompañara a la hora de fumar?	45 (68,2%)	21 (31,8%)
10. ¿Piensa que su inicio en el hábito tabáquico podría estar relacionado con su trabajo o sus estudios en la UPCT?	48 (72,7%)	18 (27,3%)
11. ¿Cree que las temporadas en las que aumenta su consumo de cigarrillos pueden relacionarse con el aumento del estrés en el trabajo o sus estudios en la UPCT?	53 (80,3%)	13 (19,7%)
12. ¿Cree que la UPCT debería tener un Programa de Deshabituación Tabáquica?	52 (78,8%)	14 (21,2%)
13. Si su universidad tuviera un programa de deshabituación tabáquica, ¿participaría en él como recurso para dejar de fumar?	50 (75,8%)	16 (24,2%)

14. ¿Cree que las medidas antitabaco que utiliza la UPCT son las adecuadas? (Señalización, espacios sin humo, lugares para fumadores, legislación antitabaco, etc.)	48 (72,7%)	18 (27,3%)
15. ¿Ha sufrido algún problema secundario al consumo de tabaco? (Enfermedad, pérdida de capacidades, deterioro físico, etc.)	17 (25,8%)	49 (74,2%)
16. ¿Realiza algún tipo de actividad física?	23 (34,8%)	43 (65,2%)

Tabla 1: Resultados de la encuesta de fumadores. (Elaboración propia)

RESULTADOS ENCUESTA: NO FUMADORES		
Total de Encuestados: 150 (100%)	Total de Encuestados NO Fumadores: 84 (56%)	
COLECTIVO AL QUE PERTENECEN:		
PAS: 6 (7,1%)	PDI: 7 (8,3%)	Estudiantes: 71 (84,5%)
SEXO:		
Hombres: 41 (48,8%)	Mujeres: 43 (51,2%)	
PREGUNTAS	SÍ	NO
1. ¿Es ex fumador?	12 (14,3%)	72 (85,7%)
2. ¿Utiliza algún sustitutivo del tabaco? En caso afirmativo señale cuál: - Vaporizador sin nicotina: 2 (40%) - Parches de nicotina: 2 (40%) - Spray bucal de nicotina: 1 (20%)	5 (41,7%)	7 (58,3%)
3. ¿Suele ser fumador/a pasivo/a en el recinto de la UPCT? (Al menos 1 o más veces al día, al menos 2 o más días a la semana)	36 (42,9%)	48 (57,1%)
4. ¿Se considera fumador/a pasivo/a con más frecuencia a raíz de iniciar su trabajo o estudios en la UPCT?	23 (27,4%)	61 (72,6%)
5. El hecho de ver a otras personas fumar o ser fumador/a pasivo/a, ¿le ocasiona deseos de fumar?	20 (23,8%)	64 (76,2%)
6. ¿Le resulta desagradable que otras personas fumen cerca de usted o el olor/humo del tabaco, a pesar de estar en los lugares permitidos?	62 (73,8%)	22 (26,2%)
7. ¿Cree que la UPCT debería tener un Programa de Deshabituación Tabáquica?	66 (78,6%)	18 (21,4%)
8. En caso de ser Ex fumador, ¿Utilizaría el Programa de Deshabituación Tabáquica para no volver a fumar?	11 (91,6%)	1 (8,4%)
9. ¿Cree que las medidas antitabaco que utiliza la UPCT son las adecuadas? (Señalización, espacios sin humo, lugares para fumadores, etc.)	54 (64,2%)	30 (35,8%)
10. ¿Ha sufrido algún problema derivado de ser fumador o fumador pasivo? (Enfermedad, pérdida de capacidades, deterioro físico...)	4 (4,8%)	80 (95,2%)

11. ¿Realiza ejercicio físico?	58 (69%)	26 (31%)
--------------------------------	----------	----------

Tabla 2: Resultados de la encuesta de no fumadores (Elaboración propia)

4.3.PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA PARA LA UPCT.

Según los datos obtenidos en las encuestas y tras el análisis de los métodos de cesación implantados en otras universidades saludables, el programa de deshabituación tabáquica para la comunidad universitaria de la UPCT parece un recurso considerablemente demandado para su implantación a través del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Dicho programa consistirá en:

4.3.1. Denominación de la Actividad.

Programa de deshabituación tabáquica de la Universidad Politécnica de Cartagena.

4.3.2. Entorno del Programa.

El tabaco se considera un problema de salud pública, y en el caso concreto de la UPCT, no sólo es un problema de salud pública, sino también laboral, puesto que su consumo afecta a una parte importante de la población universitaria como son el PDI y el PAS. Este hábito acarrea sobre esta parte de la población efectos negativos, tanto para la salud laboral de los fumadores (absentismo laboral, disminución del rendimiento), como sobre la de los no fumadores como fumadores pasivos. Tratándose de una cuestión que atañe al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la UPCT, motivo por el cual sería necesario establecer una serie de acciones a cumplir por los trabajadores, como: conocimiento y observación de medidas de prevención; observación y cumplimiento de la normativa antitabaco; familiarización con los espacios libres de humo; mantenimiento de un espíritu proactivo a favor de la salud en el espacio de trabajo, etc.

Aunque las acciones anteriores han sido descritas para los trabajadores, también debería ser extrapolable al resto de población universitaria para su cumplimiento. De tal manera que se lograrse una universidad más saludable, siendo ésta un derecho y deber, tanto individual como colectivo, y una tarea común que beneficia a toda su población.

4.3.3. Antecedentes.

La Universidad Politécnica de Cartagena se encuentra al día en lo referente a la Legislación en Prevención de Riesgos Laborales, al igual que en Legislación Antitabaco, además forma parte de la Red de Universidades Saludables Española. Sin embargo, no se ha encontrado información sobre campañas, acciones preventivas, programas, etc., relacionados frente al consumo del tabaco o al tabaquismo que se hayan realizado con anterioridad. Motivo por el cual se elabora este programa.

4.3.4. Consideraciones sobre el consumo del tabaco en la Universidad.

Resulta evidente que el hábito tabáquico es una conducta con un gran contenido social, esto se ve demostrado por el aumento en el consumo de este producto en fumadores que se encuentran en presencia de otro fumador, de compañeros o amigos fumadores, o en momentos o situaciones de estrés. Pero esto no sólo ocurre en personas fumadoras, sino que en no fumadores, estas situaciones también incitan al inicio del hábito tabáquico o la recaída.

A esta problemática se le añade la mayor capacidad de ser influenciado que tiene la gente joven para iniciarse o aumentar el consumo de tabaco, sobre todo al encontrarse en un ambiente que les incita a ello. Información que resulta de gran importancia dado que gran parte de la población de nuestro estudio son jóvenes, a los que se le suma el factor de riesgo de encontrarse en un entorno nuevo, como es el ambiente universitario, en el que suelen conseguir la mayoría de edad y se les concede una mayor libertad individual.

4.3.5. Características del Programa.

De manera resumida, este proyecto se centra realizar acciones relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, enfocadas en ayudar a personas fumadoras a abandonar el hábito tabáquico y en proteger a las personas no fumadoras, así como prevenir y evitar el consumo o aumento de consumo de tabaco en la UPCT.

4.3.6. Objetivos perseguidos.

- Incentivar la promoción de la salud y la educación para la salud, así como la prevención de la enfermedad en la comunidad universitaria.
- Fomentar hábitos de vida saludables, principalmente la deshabituación tabáquica.

- Prevenir y/o disminuir el consumo de tabaco en la población universitaria.
- Dotar de las herramientas necesarias a los fumadores que deseen dejar de fumar y a los no fumadores que deseen ayudar a dejar de fumar a otras personas.
- Mejorar la convivencia entre fumadores y no fumadores, respetando los derechos de ambos colectivos dentro de los espacios de la UPCT.
- Favorecer la tolerancia y medidas efectivas, incidiendo en el respeto a la voluntariedad de los destinatarios de las actividades y su libre elección personal, de manera que se eviten situaciones de acoso a la población fumadora.

4.3.7. Destinatarios.

Las actividades que se proponen se dividen en función de los destinatarios a los que van dirigidas, diferenciando así entre:

- Actividades Generales: Dirigidas a toda la comunidad universitaria.
- Actividades Sectoriales: Dirigidas a colectivos concretos, o a determinados departamentos, servicios y/o unidades de la universidad.
- Actividades Individuales: Dirigidas a profesionales y estudiantes de la UPCT.

4.3.8. Actividades.

1) Actividades Generales.

- **Definición de la política antitabaco**, en caso de que no la haya. Tomar medidas respecto al consumo de tabaco, actualizar los derechos de los fumadores y no fumadores y limitar el consumo según la legislación actual.
- Establecer un **convenio de colaboración o asociación entre la UPCT y otra entidad que proporcione al personal cualificado** para llevar a cabo las actividades del programa en caso de que la universidad no precise de los profesionales para llevarlo a cabo.
- **Realizar una campaña de sensibilización, concienciación, disuasión e información**. Esta campaña podría hacerse coincidir con el Día Mundial Sin Tabaco (31 de Mayo).
- **Incorporar a la web de la UPCT información** sobre: tabaquismo, legislación antitabaco, señalización, recomendaciones sobre cómo dejar de fumar y otra información de utilidad.

- Comprobar que la **señalización** de las dependencias universitarias “libres de humo” y los “**espacios libres sin humo**” son los adecuados.

2) Actividades Sectoriales.

- **Remisión de circulares** a Departamentos, Servicios y Unidades recordando la prohibición del consumo de tabaco en los lugares no autorizados.
- **Dentro de la campaña de sensibilización** se realizarán además otras actividades focalizadas como podrían ser:
 - Distribuir folletos y carteles sobre los riesgos del consumo del tabaco y sus consecuencias.
 - Realizar sesiones informativas en las que, además, se proporcione información sobre el método que se propone para dejar de fumar y se faciliten los recursos para que, en caso de que lo desee, cualquiera se inscriba en el mismo. De esta manera se realizará una captación de los participantes del programa de manera adecuada.
 - Distribuir “Guías Prácticas para dejar de fumar” como la que ofrecen el Ministerio de Sanidad y Consumo y Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo [8], o una de elaboración propia.

3) Actividades Individuales.

- **Puesta en marcha de la Unidad de Deshabituación Tabáquica**, tras el reclutamiento del personal que quiera participar en el programa. Este programa podrá ir dirigido tanto a fumadores, como ex fumadores o personas no fumadoras que deseen ayudar a otras personas a dejar de fumar.
- **Inicio del Programa de Deshabituación Tabáquica.** Este programa constituye el tratamiento psicológico-conductual básico necesario para dejar de fumar, puesto que el Tabaquismo es un problema que exige un cambio de conducta. **El programa consta de las siguientes fases:**

FASE I. INICIAL O DE PREPARACIÓN:

Consiste en una primera visita individual para fumadores que deseen dejar de fumar o ex fumadores que expresen deseos de volver a fumar.

En esta visita se realizará un estudio médico y clínico para elaborar la historia clínica del paciente en el que se solicitará información acerca de:

- **Datos de filiación.**

- **Anamnesis general:** Antecedentes personales y familiares patológicos, tratamientos y/o medicación en curso, etc. Orientada hacia procesos y sintomatología relacionada con el tabaquismo.
- **Antecedentes de tabaquismo:** Historia familiar, edad de inicio, hábito tabáquico (en el domicilio, en el trabajo, durante el tiempo de ocio...), patrón de consumo y sus variaciones a lo largo de la vida del paciente, intentos de abandonar el hábito y recaídas (cuantas veces, cuánto tiempo, motivos por los que volvió a fumar...)
- **Pauta de tabaquismo actual:** N° de cigarrillos diarios y valoración del patrón de consumo (si inhala el humo, si es fumador social, si fuma sólo en determinadas situaciones, si se levanta durante la noche para fumar...)
- **Nivel de exposición al tabaco:** Cantidad de cigarrillos consumidos y tiempo que ha mantenido el hábito, estos datos se engloban dentro del concepto de *Índice Paquetes-Año*³. Este dato es un marcador de exposición al tabaco, y manifiesta el riesgo que presenta el paciente de presentar una enfermedad relacionada con el tabaquismo, así como las probabilidades de éxito o fracaso en su intento en el abandono del tabaco.
- **Valoración del Fumador:** Para los participantes fumadores, en esta fase se realizará una valoración de la situación en la que se encuentra mediante un estudio de test diagnósticos. Los test (ANEXO II) que se utilizarán serán:
 - *Test de Glover – Nilsson* [26], para analizar el grado de dependencia psicológica, social y gestual frente al tabaco y el grado total de dependencia conductual.
 - *Test de Richmond* [27] de motivación para dejar de fumar, que determina las razones de la abstinencia en fumadores.
 - *Test de Fagerström* [28], evalúa el grado de dependencia física a la nicotina.
 - *Test de Russell* [29], que distingue entre distintos tipos de fumador: psicosocial, indulgente, sensorial, estimulado, adictivo y automático.

³ Se calcula multiplicando el n° de cigarrillos consumidos al día por el n° de años fumando esa cantidad, ese resultado se divide entre 20, dando como respuesta el n° total de paquetes consumidos en un año.

- *Test para la escala de disnea (MRC modificado)* [30], que determina el grado tolerancia de la actividad física en función de la disnea.

La elección de estos test se basa en su amplio uso tanto nacional como internacional y por su eficacia a la hora de catalogar posibles grados de adicción, perfiles de fumadores, motivación para dejar de fumar y valorar la disnea, además de permitir a los profesionales dividir a los participantes en grupos para la terapia grupal de manera más sencilla.

- **Exploración física y pruebas complementarias:** Cooximetría, espirometría, toma de constantes (tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, glucemia), auscultación cardíaca y pulmonar, talla, peso e IMC.

En última instancia, se explicarán todos los pasos de los que consta el programa y se dará cita para la siguiente sesión individual.

FASE II. CONSULTAS INDIVIDUALES:

Una vez obtenida la información y realizadas las pruebas necesarias, se llevarán a cabo la cita o citas individuales, aunque este programa centra más su atención en la Terapia Grupal.

Será durante la primera consulta cuando profesional y fumador pactarán el día de abandono del tabaco, y se propondrán actividades y proporcionarán herramientas para mantener la abstinencia, así como el registro de cigarrillos consumidos. Se alentará y proporcionará ayuda a las personas que aún no tienen claro si quieren dejar de fumar pero que han decidido participar en el programa, tratando las motivaciones personales para dejar el hábito. En el caso de los ex fumadores, los profesionales del programa animarán a estos participantes a mantener la abstinencia y manejar los deseos de fumar y volver al hábito. De esta manera el equipo establecerá unas pautas a seguir en cada caso individual.

Los profesionales serán quienes determinen si alguno de los participantes necesita más consultas individuales antes del inicio de la Terapia de Grupo o, en caso contrario, se citará a los participantes para el inicio de la siguiente fase. También serán los profesionales, en este caso, el médico, quien determinará junto con el paciente, si necesita tratamiento, qué tipo de tratamiento, inicio, duración...

Además, también se podrán proporcionar consultas individuales durante el tiempo en el que se desarrollen las terapias grupales, si así lo creen necesario los profesionales o el usuario.

FASE III. TERAPIA GRUPAL:

El tratamiento grupal está especialmente indicado en el ámbito de las adicciones, así como en los problemas relacionados con la comunicación, las habilidades sociales y la autoestima. Este tipo de intervención proporciona un beneficio específico, ya que la interacción entre los integrantes del grupo y la oportunidad de compartir experiencias, problemas y resoluciones permite una mayor adhesión al tratamiento y disminuye la ansiedad.

Para el caso de los participantes no fumadores que deseen recabar recursos para ayudar a otras personas a dejar de fumar, iniciarán el programa en este punto, previamente citados por nuestros profesionales.

Para realizar esta terapia se dividirán en grupos de apoyo en función del número de participantes. En caso de que se formen grupos, los participantes se incluirán en el más acorde a sus características (grado de dependencia al tabaco, motivación para dejar de fumar, grupo de edad, etc.). Para que de esta manera los individuos sean capaces de compartir entre ellos sus experiencias, afrontar las tentativas de recaída, aportar estrategias, etc.

En todas las sesiones, independientemente del tema a tratar, se contará con un registro individual en el que se confirme la abstinencia, se valore los síntomas de la abstinencia y se revise el cumplimiento y efectividad del tratamiento farmacológico, si se sigue alguno.

1ª Terapia Grupal: Consistirá en una charla informativa en la que los profesionales hablarán acerca de los componentes del tabaco, enfermedades y riesgos para la salud, mitos.

2ª Terapia Grupal: Se centrará en la preparación del usuario que quiere dejar de fumar, se facilitará información sanitaria y sobre los beneficios de abandonar el hábito, así como los tipos de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, terapias alternativas y otra información de interés para los que no hayan iniciado ningún tratamiento y lo deseen.

3ª Terapia Grupal: Se hará énfasis en el mantenimiento y prevención de las recaídas y se aportarán recursos para el síndrome de abstinencia.

Resto de Terapias Grupales: En caso de que hayan quedado temas sin tratar o dudas sin resolver se ampliará el número de sesiones, y serán participantes y profesionales quienes elijan la temática.

En todas las sesiones grupales, los profesionales proporcionarán material de apoyo, como folletos, vídeos, etc., que se adaptarán a cada charla y a cada momento del proceso o necesidad particular.

FASE IV. SEGUIMIENTO:

En el caso de participantes que, una vez dentro del programa, no quieran continuar con el mismo, se les proporcionarán alternativas al programa, para que, aunque no desee participar, tenga la oportunidad de abandonar el hábito por su cuenta, mediante las mencionadas guías para dejar de fumar, o con métodos de deshabituación electrónicos, por medio de aplicaciones en el móvil como *RespirApp*, creada por la AECC, o la aplicación *S'acabó*, desarrollada por la Universidad de Valencia, como otro recurso para dejar de fumar.

Para los participantes del programa se les dará la opción de poder ponerse en contacto con cualquiera de los profesionales cuando necesiten ayudar, bien sea a través de mensajes al móvil, o por correo electrónico, para poder ofrecer apoyo durante el proceso.

Finalizado el programa los participantes podrán seguir en contacto entre ellos y con los profesionales en caso que lo necesiten. Además el personal determinará el seguimiento individual de cada participante en función de sus características.

TRATAMIENTO:

El tratamiento no se clasifica dentro de una etapa como tal y puede desarrollarse de manera concomitante con las fases del programa, ya que debe adaptarse a cada caso particular y cada participante necesitará un tratamiento diferente. Será el médico del programa junto con el usuario quien, una vez realizada la valoración de dependencia, evaluará si existe o no necesidad de tratamiento farmacológico.

Podemos diferenciar dos tipos de tratamientos:

- **Tratamiento Farmacológico:** Existen varios fármacos que han demostrado ser eficaces para reducir el Síndrome de Abstinencia. Los

más utilizados o de primera línea son: Tratamiento sustitutivo con nicotina o TSN (parches, chicles, espray nasal, inhalador bucal, comprimidos para chupar, etc.), el antidepresivo Bupropion o *Zyntabac*® y la Vareniclina o *Champix*®, un fármaco que disminuye el deseo de fumar. Otros fármacos de segunda línea son la Clonidina y Nortriptilina. Aunque existan gran cantidad de fármacos siempre se han de contemplar las contraindicaciones y efectos secundarios, sobre todo si existe medicación concomitante o la persona está polimedicada. También es importante saber que, aunque los fármacos son efectivos por sí solos para disminuir el deseo de fumar, el tratamiento completo de deshabituación debe incluir la intervención psicológica-conductual, donde estos fármacos serían facilitadores del cambio de conducta, pero no ocasionarían dicho cambio.

- Tratamiento No Farmacológico o Terapias Alternativas: Estas terapias son menos recomendadas que el tratamiento anterior puesto que no tienen base científica, pero en cualquier caso, su eficacia siempre dependerá de la intención de abandonar el hábito. Algunas de estas terapias son: la relajación como técnica para el control de la ansiedad, acupuntura⁴ y termoestimulación⁵, hipnosis⁶, biorresonancia⁷, homeopatía⁸, etc. Pero sobre lo que se debe hacer más hincapié es en el fomento de hábitos saludables, como una buena alimentación y ejercicio físico, que mejoran el estado de salud, favorecen el abandono del hábito y reducen el riesgo de sufrir enfermedades secundarias.

⁴ Método no farmacológico que consiste en la punción de ciertos puntos de presión del cuerpo con agujas, con el objetivo de imitar la sensación placentera que produce el encender un cigarrillo.

⁵ Método similar a la acupuntura que en lugar de agujas utiliza infrarrojos para incidir en los puntos de presión.

⁶ Método que genera un estado de semiconciencia y relajación, en el que se consigue un estado de sugestión en el paciente suficiente como para instruirle en mantener el impulso y deseo de fumar y cambiar el significado de esa señal fisiológica.

⁷ Es la ciencia que regula al ser vivo por sus ondas electromagnéticas. En esta terapia se emplean electrodos y un programa informático que detecta las ondas del organismo que se encuentran alteradas, como son las que produce el tabaco, e inserta en el organismo su “antifrecuencia” o frecuencia inversa.

⁸ Método que se fundamenta en la aplicación de pequeñas cantidades de sustancias diluidas que, aplicando grandes cantidades de la misma, produciría los mismos síntomas que se pretenden combatir.

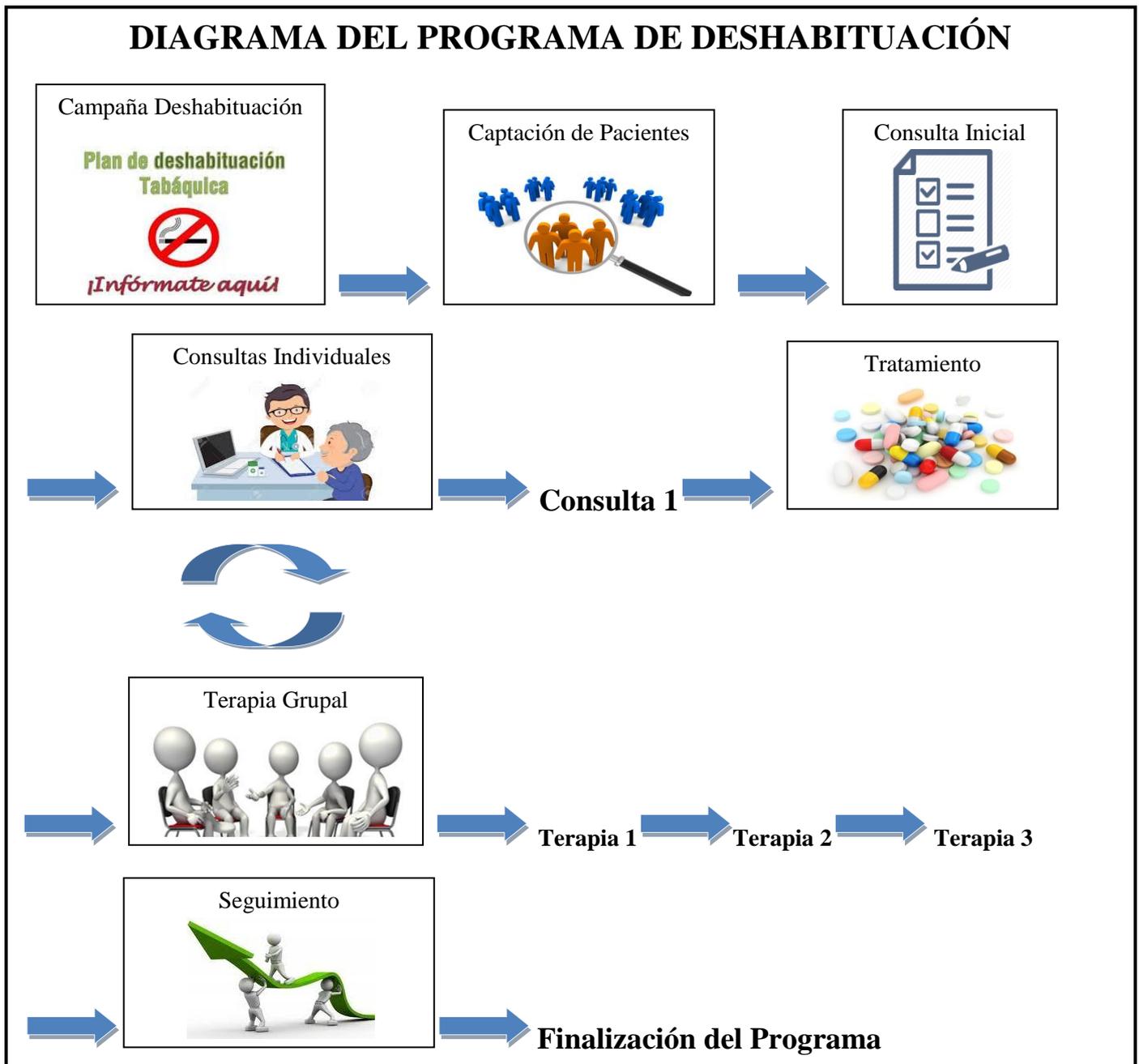


Diagrama 1: Elaboración propia.

4.3.9. Periodo de Ejecución.

Este programa está ideado para tener una duración aproximada de 10 semanas, desde el inicio de la campaña de sensibilización hasta el final del tratamiento para las personas que decidieron participar en el programa para dejar de fumar. Aunque el tiempo estimado puede variar en función de las necesidades de duración del programa. Las primeras 2 semanas formarán parte de la campaña de sensibilización y el resto del tiempo se desarrollará el programa de deshabituación. En relación a la duración de las sesiones, contarán con:

- La 1ª visita será de 1 hora y media.
- Las consultas individuales 1 hora.
- Las sesiones de terapia grupal 1 hora y media, en grupos de 10 o 15 personas máximo.

Estos tiempos son aproximados, en función de las características de la intervención, el tratamiento y las necesidades de cada usuario.

Las sesiones de terapia grupal se realizarán una vez por semana, mientras que las consultas individuales, en caso de que se necesite más de una, se espaciarán en el tiempo en función de la evolución del paciente, las características del tratamiento y las necesidades del mismo, y serán los profesionales quienes determinen las fechas.

4.3.10. Evaluación y Control del Programa.

Campaña de Sensibilización y Programa de Deshabituación Tabáquica.

- Verificación de la campaña y el plan, previo a su puesta en marcha.
- Al inicio del programa, se establecerán los procedimientos de revisión, el tipo y periodicidad de los controles.
- Se realizará un seguimiento y evaluación de los resultados, tanto de la campaña realizada como del método de deshabituación.
- Después de cada sesión informativa se someterá la actividad a evaluación mediante un cuestionario.
- Revisión de los sistemas de control cuando se introduzcan nuevos datos o incidentes.
- Ejecutado el programa se realizará una valoración del mismo (resultados, operatividad y eficiencia). Utilizando como indicadores, entre otros:
 - Acciones ejecutadas/ Acciones programadas.
 - % de consultas/ % de población fumadora.
 - N° participantes del programa/ N° fumadores.
 - N° de tratamientos concluidos/ N° asistencias.

4.3.11. Recursos Humanos y Materiales.

Los recursos humanos (RRHH) necesarios para el plan de deshabituación tabáquica deberían estar constituidos por: un enfermero, con la especialidad de enfermería del trabajo si es posible; un médico del trabajo; un psicólogo del trabajo y un técnico de prevención de riesgos laborales. Todos ellos previamente

formados en prevención del tabaquismo. Una vez iniciado y desarrollado el programa y según la demanda de la consulta y la disponibilidad de recursos de la universidad, se propondrá la contratación de más personal.

Las sesiones individuales deberán realizarse en un espacio habilitado por la universidad que respete la intimidad y confidencialidad tanto del usuario como de los profesionales. Para las sesiones grupales será necesaria un aula de formación que disponga de medios audiovisuales para la exposición de charlas.

4.3.12. Organización y Responsables de la actividad.

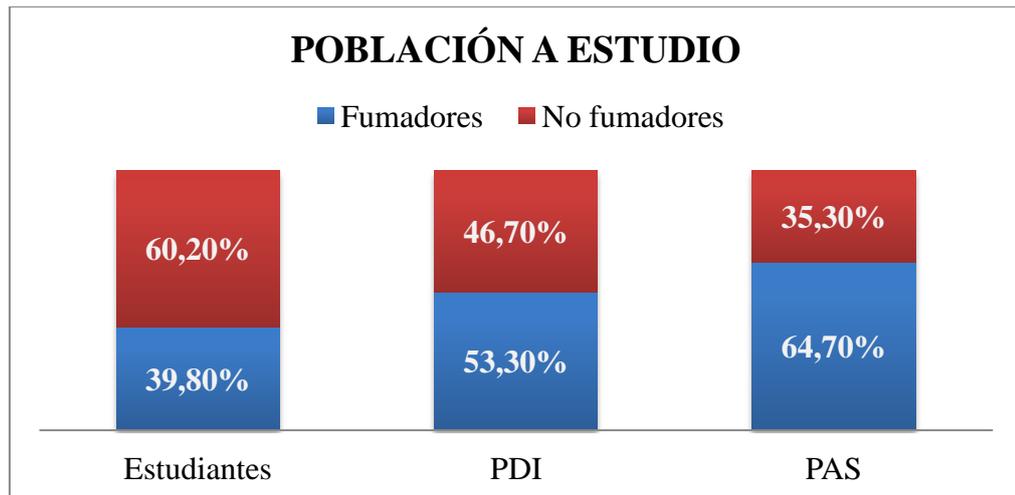
Estas tareas dependen de la UPCT en caso de que se desarrolle e implante el programa.

4.4.RELACIÓN ENTRE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS Y LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA.

Este es el apartado donde se compara cuan efectivo podría llegar a ser el programa propuesto y si sería aceptado en la comunidad universitaria encuestada, además también se realiza en este punto el análisis de otras variables que aportan datos importantes para este estudio.

El primer dato que se analiza es la **población a estudio**. Pues se obtuvo un total de 150 encuestados al azar, de los cuales 66 (44%) eran personas fumadoras y 84 (56%) eran no fumadores, y de entre los no fumadores, 12 (14,3%) son ex fumadores. Ambos grupos constituidos por (Gráfica 1):

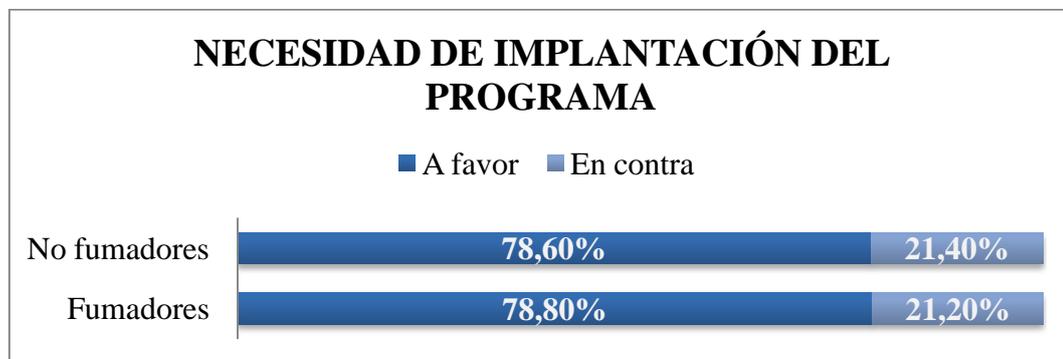
- 118 estudiantes, de los cuales 47 (39,8%) eran fumadores y 71 (60,2%) no fumadores.
- 15 PDI, de los cuales 8 (53,3%) eran fumadores y 7 (46,7%) no fumadores.
- 17 PAS, de los cuales 11 (64,7%) eran fumadores y 6 (35,3%) no fumadores.



Gráfica 1. Población a estudio. (Elaboración propia)

Con estos datos se determina que el sector del personal de administración y servicios es el que cuenta con una mayor población fumadora frente al resto y sobre el que más habría que incidir. Aunque no existe gran diferencia con el resto de sectores.

Los siguientes datos que se destacan y los que más conciernen son el número de **encuestados que creen necesario un programa de deshabituación tabáquica** en la UPCT y el porcentaje de **población dispuesta a participar en el programa**, de los que se han obtenido resultados positivos, pues un 78,8% de los fumadores y un 78,6% de no fumadores votan a favor de la presencia de un programa de deshabituación (Gráfica 2). Además, un 75,8% de los fumadores lo utilizaría como recurso para dejar de fumar y un 91,6% de los ex fumadores no fumadores también lo utilizaría para mantener la abstinencia, por lo que sería un programa ampliamente aceptado (Gráfica 3).

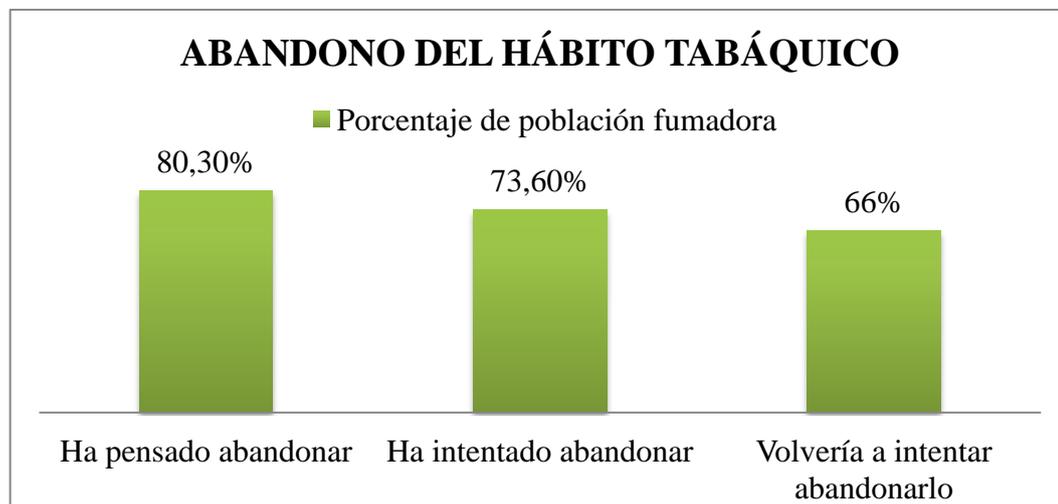


Gráfica 2. Necesidad de implantación del programa. (Elaboración propia)



Gráfica 3. Utilización del programa como recurso. (Elaboración propia)

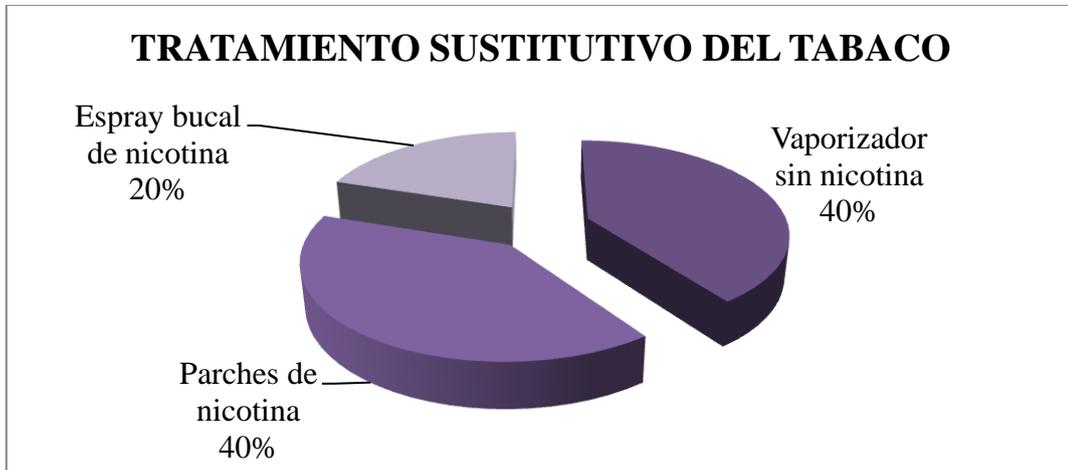
Otro dato relacionado con la efectividad de implantación y participación del programa que podría resultar de importancia es el **nº de fumadores que han pensado, intentado y/o volverían a intentar dejar de fumar**. Los resultados revelan que, de todos los fumadores, un 80,3% (53) han pensado dejar de fumar. De esos 53, un 59,1% (39) han intentado dejar de fumar. Y de los que lo han intentado dejarlo y han recaído, un 89,7% (35) volverían a intentarlo. El hecho de que hayan pensado e intentado abandonar el hábito constituye una fuente de motivación para participar y formar parte del programa. En definitiva, del total de fumadores, el 80,3% ha pensado dejar de fumar, el 73,6% lo ha intentado y el 66% volvería a intentarlo después de la recaída (Gráfica 4).



Gráfica 4. Abandono del hábito tabáquico. (Elaboración propia)

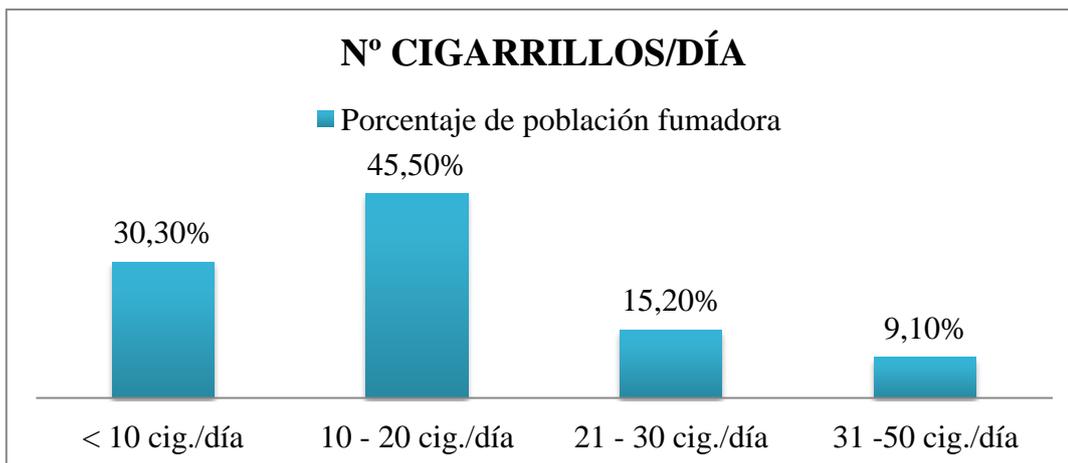
También se han de tener en cuenta otros datos relevantes relacionados con la eficacia del programa, como por ejemplo que el 41,7% de los ex fumadores utiliza algún **sustitutivo del tabaco** (Gráfica 5), tratamiento que debería revisar el médico del programa, además de valorar si el cumplimiento está siendo el adecuado y si el

tratamiento está siendo efectivo, ya que pueden afectar en el cumplimiento del programa. Y dentro de este grupo, un 40% utiliza parches de nicotina como tratamiento, otro 40% utiliza vaporizadores sin nicotina, y el 20% restante utiliza spray bucal de nicotina.



Gráfica 5. Tratamiento sustitutivo del tabaco. (Elaboración propia)

En relación con el **número de cigarrillos al día** entre los fumadores, hemos de saber que: un 19,7% se consideran **fumadores esporádicos**, porque consumen de entre 3 a 7 cigarrillos al día, y quizás sean el grupo de fumadores con más probabilidades de abandonar el hábito, mientras que el 24,3% que consumen entre 21 y 50 cigarrillos es probable que encuentren mayores dificultades (Gráfica 6).

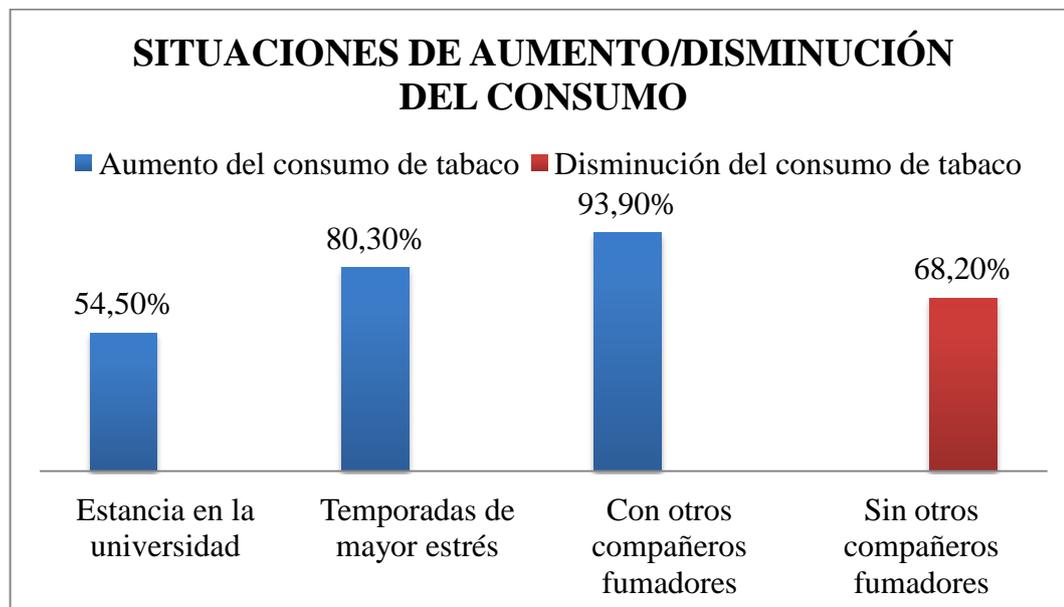


Gráfica 6. Número de cigarrillos al día. (Elaboración propia)

Como se menciona en apartados anteriores, el tabaquismo constituye un problema de salud pública, y también de salud laboral, y es considerado además un problema de índole social que se acentúa en lugares públicos, como es una

universidad. Hecho que queda representado en el ámbito de la población universitaria de la UPCT, pues los datos de las encuestas arrojan la siguiente información:

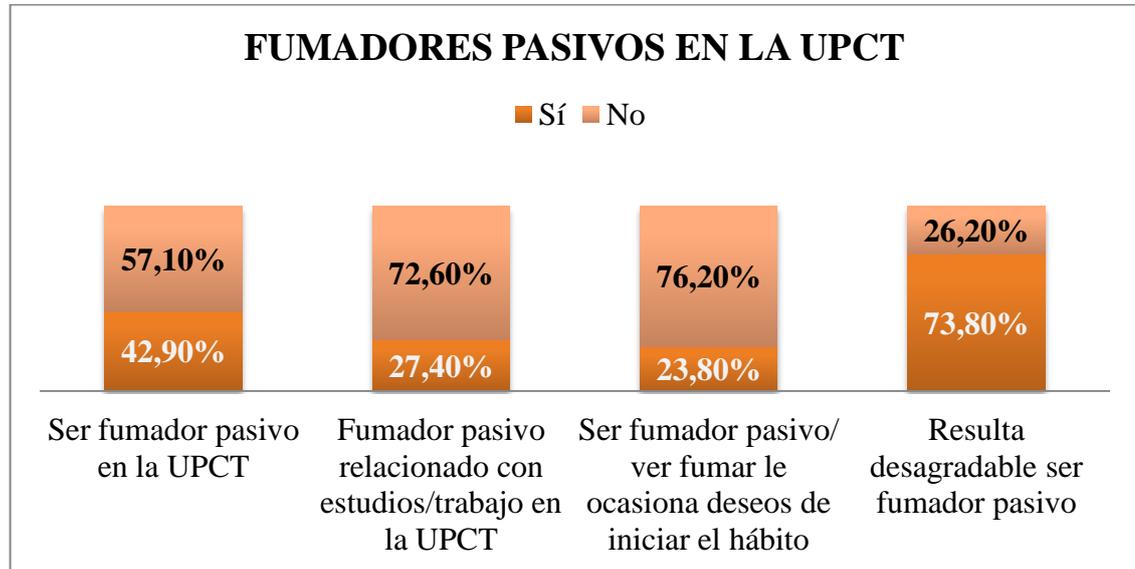
Respecto de la población fumadora se conoce que un 72,7% piensa que **su inicio en el hábito tabáquico podría estar relacionado con su trabajo/estudios en la UPCT** y que el 89,4% suele **fumar en los espacios habilitados de la UPCT**. Además, el **consumo de cigarrillos aumenta** en varias situaciones, a saber: el 54,5% de los fumadores consumen más tabaco durante el tiempo que pasan en la universidad; el 80,3% fuma más en las temporadas en las que aumenta su estrés por el trabajo/estudios; un 93,9% aumenta su consumo si se encuentra junto con otros compañeros fumadores; y el 68,2% de la población fumadora disminuiría el consumo si nadie le acompañase a la hora de fumar (Gráfica 7).



Gráfica 7. Situaciones de aumento o disminución del consumo (Elaboración propia)

El hecho de considerar el hábito tabáquico como un problema social dentro de la UPCT no sólo afecta a la población fumadora, sino también a los no fumadores, pues los resultados aportan que: un 42,9% de no fumadores son **fumadores pasivos en el recinto de la UPCT** y un 27,4% se consideran **fumadores pasivos a raíz de su trabajo/estudios** en la UPCT; a un 23,8% el hecho de ser fumador pasivo o ver a otras personas fumar le ocasiona **deseos de iniciar el hábito**; y a un

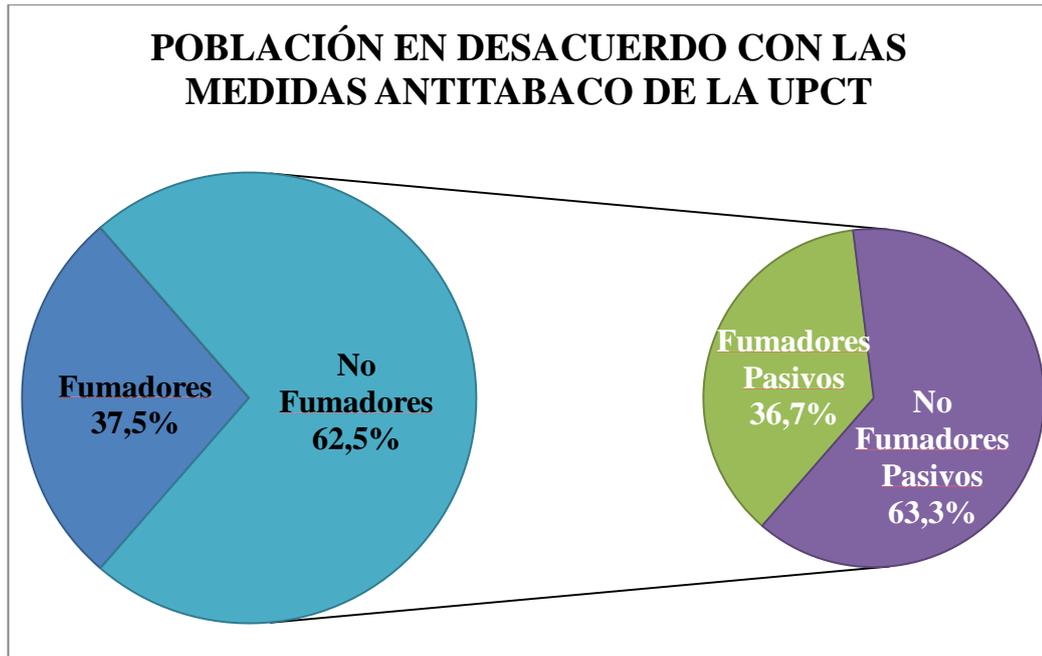
73,8% le resulta **desagradable que otros fumen** en su presencia, a pesar de ser en lugares permitidos (Gráfica 8).



Gráfica 8. Fumadores pasivos en la UPCT. (Elaboración propia)

Estos hechos esclarecen que el consumo del tabaco está bastante presente en la UPCT. Además, el humo del tabaco no sólo afecta a las personas que lo consumen, por lo que un programa de deshabituación tabáquica resultaría no sólo de gran ayuda para disminuir el consumo a los fumadores, sino también a reducir la cantidad de fumadores pasivos y personas que pueden verse afectadas por los efectos perjudiciales del humo del tabaco.

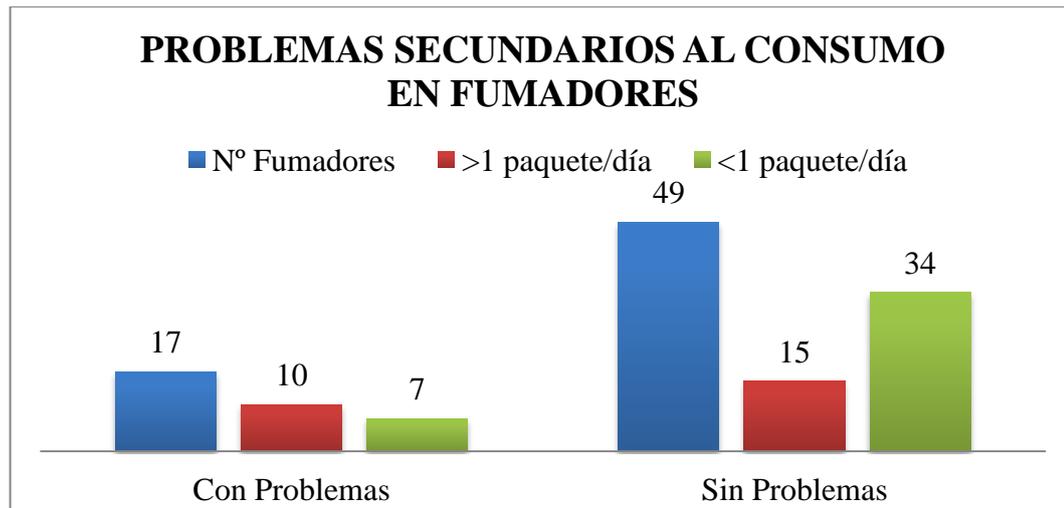
Inherente a este dato anterior es la información acerca de si las **medidas antitabaco que utiliza la UPCT (señalización, espacios sin humo, lugares para fumadores, legislación antitabaco, etc.) son las adecuadas**, pues un 27,3% (18) de los fumadores creen que no son las adecuadas, frente a un 35,8% (30) de los no fumadores que tampoco están de acuerdo con las medidas, y no sólo eso sino que dentro de los no fumadores, un 47,2% (11) de los fumadores pasivos están en desacuerdo con estas medidas. En definitiva, de todos los encuestados que se encuentran en desacuerdo con las medidas antitabaco de la UPCT, un 37,5% son fumadores y un 62,5% son no fumadores, de los cuales el 36,7% son fumadores pasivos (Gráfica 9).



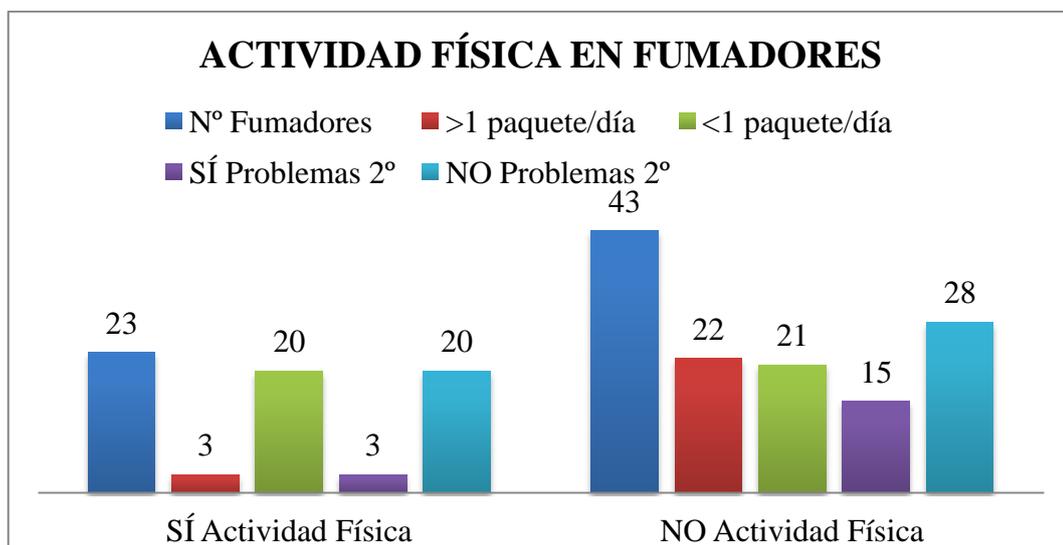
Gráfica 9. Población en desacuerdo con las medidas antitabaco de la UPCT. (Elaboración propia)

A pesar de que estas cifras no superen la media de porcentaje, deberían ser motivo para que, aunque no sea objeto de este TFM, se revisaran estas medidas, dependientes del Servicio de PRL, y se realizaran las mejoras que sean posibles, como complemento a la implantación de este programa.

Las 2 últimas variables a valorar proporcionan datos que es necesario que se relacionen entre sí y que deben conocerse, por lo que se pone en conocimiento que: un 25,8% (17) de los fumadores sí han sufrido algún **problema secundario al consumo de tabaco** (enfermedad, pérdida de capacidades, deterioro físico, etc.). Y de estos 17, el 58,8% (10) consumen un paquete (20 cigarrillos) o más al día (Gráfica 10). Además, el 65,2% (43) de los fumadores no realizan ningún tipo de **actividad física**, de los cuales, el 51,2% (22) consumen un paquete de cigarrillos al día o más y el 34,8% (15), de estos fumadores han sufrido algún problema secundario al consumo del tabaco (Gráfica 11).

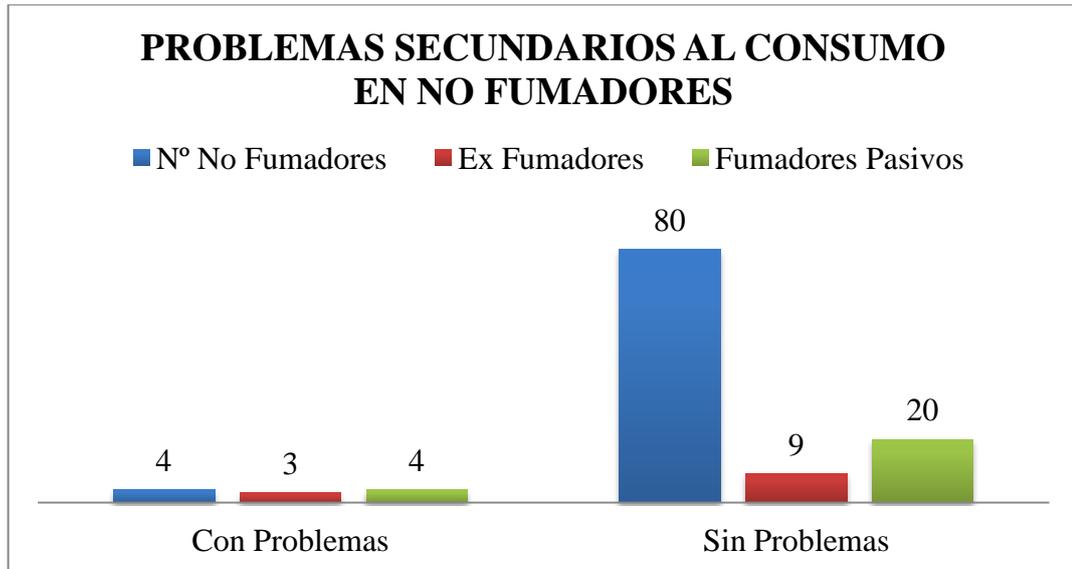


Gráfica 10. Problemas secundarios al consumo en fumadores. (Elaboración propia)

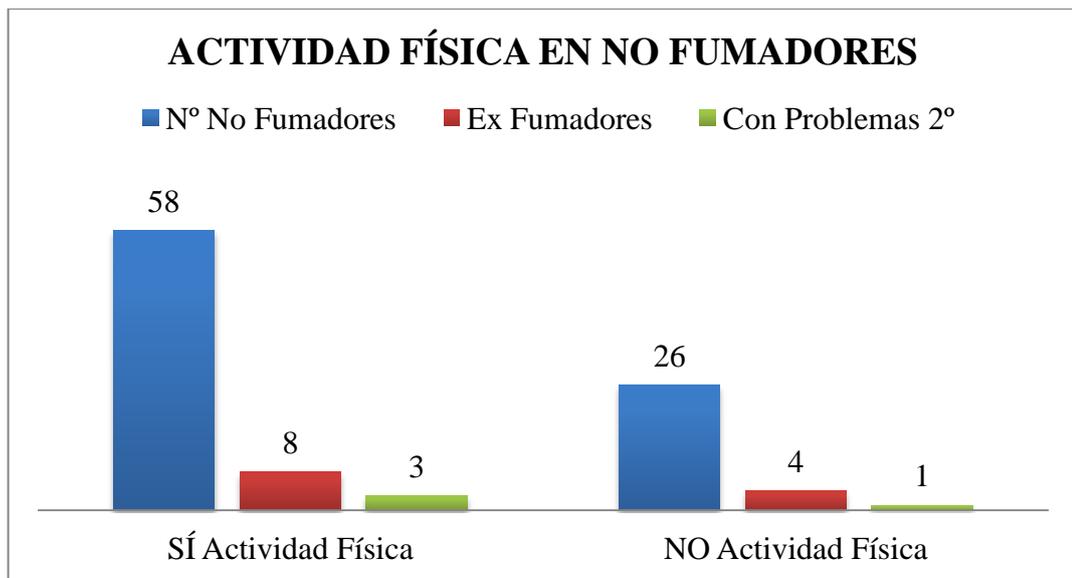


Gráfica 11. Actividad física en fumadores. (Elaboración propia)

Sin embargo, sólo el 4,8% (4) de los no fumadores han sufrido algún **problema secundario del tabaco**, de los que el 75% (3) son ex fumadores y todos son fumadores pasivos (Gráfica 12). Además, en relación con los no fumadores, sólo el 31% (26) no realiza ningún tipo de **actividad física**, de los cuales el 15,4% (4) son ex fumadores y el 3,8% (1) ha sufrido además algún problema secundario al tabaco (Gráfica 13).



Gráfica 12. Problemas secundarios al consumo en no fumadores. (Elaboración propia)



Gráfica 13. Actividad física en no fumadores. (Elaboración propia)

Estos resultados llevan a pensar que dentro del programa es necesario hacer hincapié y fomentar otros hábitos de vida saludable, como es el ejercicio físico y una buena alimentación, así como evitar el sedentarismo, ya que pueden ayudar a que se obtenga un mayor porcentaje de pacientes que han abandonado el hábito al final de programa.

5. CONCLUSIONES.

Una vez abordados los objetivos inicialmente propuestos, como fue realizar una revisión a cerca de otros programas de deshabituación en otras universidades saludables españolas; la elaboración una encuesta sobre el hábito tabáquico y su aplicación sobre la población universitaria de la UPCT; y la propuesta de un programa de deshabituación tabáquica por parte del Servicio de PRL, para su posible implantación, se redactan las siguientes conclusiones:

En primer lugar citar que, no todas las universidades saludables españolas cuentan con un programa de deshabituación tabáquica, y de las que sí cuentan con uno, no todas lo ofertan para personas de fuera de su población universitaria, pero sí se han encontrado universidades saludables españolas que ofrecen información suficiente para abandonar el hábito.

Siguiendo esta línea, se menciona que, de los programas a los que se ha tenido acceso completo, todos compartían y aportaban información muy similar, suficiente y de gran utilidad para así elaborar un plan de deshabituación tabáquica propio. Junto a estos planes se añade la información de las “guías para dejar de fumar”, disponibles en muchas de las provincias y comunidades autónomas del país que, si bien no son el apoyo presencial que se ofrece, sí proporcionan información necesaria y de utilidad para que el usuario sea capaz de gestionar el abandono del hábito por sí mismo si cuenta con la fuerza de voluntad que ello implica, algo necesario para abandonar el hábito con cualquiera de los métodos.

Esta información aportada, junto con la obtenida en otros documentos y test de interés, permitió elaborar ambas encuestas destinadas a dos grupos principales de población: fumadores y no fumadores. El hecho de dividir las encuestas de este modo fue algo necesario, puesto que el tabaco no sólo afecta a las personas fumadoras, motivando a conocer también la opinión del resto de población no fumadora, así como la posibilidad de ofrecerles también participar en el programa.

Obtenidos los resultados de estas encuestas y analizadas las variables que resultan de importancia, estos datos arrojaron respuestas positivas. Como mencionamos en el apartado 4.4. *Relación entre los resultados de las encuestas y la implantación del programa* (pág.35), dentro de la información más relevante obtenida, se observa que la mayoría de la población fumadora y la no fumadora que es ex fumadora, creen necesaria la presencia de un método de deshabituación tabáquica y estarían

dispuestos a participar en él como herramienta para abandonar el hábito, lo que sirve de respuesta al último objetivo fijado y deja concluir que, efectivamente, el programa que se propone podría resultar efectivo y aceptado sobre la población universitaria de esta universidad.

5.1.LIMITACIONES DE LOS PROGRAMAS REVISADOS.

Una vez ha sido analizada la información obtenida, en este apartado se abordan los sesgos que ésta presenta.

En primer lugar se debe señalar que se encontró cierta dificultad para hallar otros programas según los criterios de inclusión y exclusión marcados, esto podría ser debido a que no todas las universidades saludables listadas en la página de REUS tienen planes de deshabituación tabáquica y, dentro de las que sí los tienen, sólo algunas de ellas permiten el acceso a la información acerca del plan y sólo 4 daban acceso al texto completo.

Este hecho lleva a citar el siguiente sesgo, que se encuentra en relación con el anterior, pues 4 programas parecen escasos comparados con toda la información que podría proporcionarse de las 39 universidades que forman parte de la REUS si se contase con acceso a todos los programas que éstas ofrecen.

El siguiente sesgo que se menciona es que las páginas donde se han localizado los programas, a saber: páginas web de las Universidades Saludables y páginas web de las consejerías y servicios de salud de las regiones y comunidades autónomas, poseen menor fiabilidad ya que no se trata de buscadores, bases de datos, ni recursos que contengan material bibliográfico de calidad.

Además, algunas de las páginas web de determinadas universidades y provincias presentan la información en otro lenguaje distinto al castellano y al inglés, dando la opción de traducción al castellano sólo las páginas principales, sin permitir ahondar en otros apartados, entre los que podría presentarse un método de deshabituación, haciendo que la barrera idiomática constituya un último sesgo a incluir en relación con otros programas encontrados.

5.2.LIMITACIONES DEL PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN.

Redactado el programa, también es importante mencionar los sesgos con los que éste cuenta:

El primer sesgo que se menciona es en referencia a las encuestas, ya que se obtuvieron finalmente un total 150, tras desechar las no válidas. Siendo la mayoría de las encuestas descartadas las obtenidas en formato papel, puesto que el formato electrónico tiene menor posibilidad de respuesta errónea. Aunque este total de encuestas es un número aceptable para un primer estudio que buscaba conocer la opinión de la población universitaria.

Pero también hemos de tener en cuenta que, según los datos que ofrece la página de la UPCT, en el último estudio realizado, ésta cuenta con los siguientes recursos humanos: 585 PDI y 362 PAS (números obtenidos en 2016), y con los siguientes alumnos: 5467 alumnos de grado en el curso 2016/2017, 389 alumnos de máster para el curso 2015/2016 y 362 alumnos de doctorado para el mismo curso anterior, haciendo un total de 947 RRHH y 6218 alumnos. Con lo que tal vez en un futuro se deba aumentar el tamaño muestral para obtener una muestra más representativa de cada sector.

También se han de contar las respuestas de las encuestas como otro de los sesgos encontrados, sobre todo las obtenidas en formato papel, puesto que éstas son más susceptibles a ser anuladas frente a las respondidas en formato electrónico, ya que eran los usuarios quienes debían responder de su puño y letra las mismas, haciéndolas ilegibles, incomprensibles o inválidas en algunas ocasiones.

Sin embargo, tanto un formato como el otro cuentan con el sesgo de que el usuario puede no ser fiel a su respuesta, responder sin pensar, o mentir a la hora de responder al cuestionario, pero eso es algo con lo que cuentan y asumen todas las encuestas anónimas y que se realizan al azar.

En cuanto al programa de deshabituación tabáquica propuesto, también se han de nombrar algunos sesgos o inconvenientes con los que cuenta:

Por un lado, llevar a cabo tanto el programa como la campaña de sensibilización anterior a éste, supondría la necesidad de un aporte económico para su realización. Puesto que a pesar de que la campaña se podría organizar para que voluntarios sin ánimo de lucro participaran en ella, y se realizara dentro de las dependencias y espacios de la UPCT, con material propio de la misma, se necesitarían otros recursos para llevarla a cabo. Además, el programa debería contar con profesionales que se mencionan, que en caso de no poder obtenerlos de dentro de

los RRHH propios de la UPCT, se debería pedir su participación, por ejemplo, a profesionales de la Universidad de Murcia, ya que ésta cuenta con profesionales de todas las ramas sanitarias.

En referencia a toda la información utilizada para elaborar tanto el programa como el TFM en general, se ha de mencionar que no se ha utilizado ninguna bibliografía en idioma diferente al castellano, puesto que este TFM se ha centrado únicamente en métodos y trabajos de deshabituación elaborados y aplicados sólo en las universidades saludables españolas y por tanto, el idioma principal es el castellano. Sin embargo, en un futuro, la búsqueda de otros programas de deshabituación tabáquica podría ampliarse a universidades saludables europeas, logrando incluir de esta manera otros programas en idioma diferente al castellano.

6. **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Pardavila Belio, MI. Efectividad de un programa de cesación tabáquica para estudiantes universitarios, estudio de intervención [Tesis doctoral]. [Navarra]: Universidad de Navarra; 2015 [citado el 11 de julio de 2018].
2. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. [internet] Ottawa: Asociación de Salud Pública Canadiense; 1986 [citado 11 de julio de 2018]. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
3. Bennassar Veny, M. Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: La universidad como entorno promotor de la salud [Tesis doctoral]. [Islas Baleares]: Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS); 2011 [citado el 12 de julio de 2018].
4. Carta de Edmonton para Universidades Promotoras de la Salud e Instituciones de Educación Superior [internet]; 2005 [citado 11 de julio de 2018]. Disponible en:
http://javeriana.edu.co/redcups/Carta_de_Edmonton_Universidades_Promotoras_de_Salud_2005.pdf
5. Organización Mundial de la Salud. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. [internet] Ginebra: OMS; 2005 [citado 11 de julio de 2018].
http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
6. Arroyo, HV y Rice, M. Una nueva mirada al movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en las Américas. Pamplona: IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud; 2009.
7. Red Española de Universidades Saludables (REUS). Ministerio de Sanidad, Consumo y Seguridad Social [internet]; 2016. [citado el 13 de julio de 2018] Disponible en:
<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/UniversidadesSaludables/REUS.htm>
8. Lange I, VF. Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior Santiago: Vida Chile, OPS/OMS/INTA/PUC [internet]; 2006 [citado 13 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.gesundheitsfoerdernde->

- hochschulen.de/Inhalte/E_Gefoe_HS_internat/2006_Lange_Guia_Universidades_Saludables.pdf
9. Información sobre drogas y otras conductas adictivas. Plan Nacional sobre drogas [internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. España; Fecha de recuperación: 15 de julio de 2018. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/ciudadanos/informacion/tabaco/home.htm>
 10. Programa de deshabituación tabáquica [internet]. Universidad de Murcia, España. Fecha de recuperación: 18 de julio de 2018. Disponible en: <https://www.um.es/adyv/diversidad/salud/tabaco/dejar.php>
 11. Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) y Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Guía para dejar de fumar: Claves para conseguirlo [internet]; 2005 [citado 18 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/guiaTabaco.pdf>
 12. Tabaco [internet]. OMS. Marzo de 2018 [citado 20 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
 13. Unidad de Deshabituación Tabáquica [internet]. Universidad de Valencia, España. Fecha de recuperación: 22 de julio de 2018. Disponible en: <http://www.fundaciolluisalcanyis.org/clinicas/unidad-de-deshabituacion-tabaquica/>
 14. Rojo Solana, MT. Implantación de un programa de deshabituación tabáquica para trabajadores del hospital universitario de Los Arcos del Mar Menor, Murcia [Trabajo Fin de Grado]. [Elche]: Universidad Miguel Hernández; 2015 [citado el 29 de julio de 2018].
 15. Limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población. Real Decreto 192/1988 de 4 de marzo. Boletín Oficial del Estado, nº 59, (09-03-1988). BOE-A-1988-5966.
 16. Medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Ley 28/2005 de 26 de Diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 309, (27-12-2005). BOE-A-2005-21261.
 17. Medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Ley 42/2010 de 30 de

- diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 318, (31-12-2010). BOE-A-2010-20138.
18. Programa de Ayuda, Prevención y Deshabituación Tabáquica [internet]. Universidad de Almería. España; 2012 [citado 3 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://w3.ual.es/GruposInv/Prevencion/tabaco/programa.pdf>
 19. Programa de Deshabituación Tabáquica [internet]. Universidad de Navarra. España. Fecha de recuperación: 3 de agosto de 2018. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/tratamientos/deshabituacion-tabaquica>
 20. Se puede dejar de fumar. Claves para conseguirlo [internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo y Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. España; 2005 [citado 6 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/guiaTabaco.pdf>
 21. “Si quieres, puedes dejar de fumar”. Departamento de Salud y Consumo, Gobierno de Aragón. Aragón, España. Fecha de recuperación: 6 de agosto de 2018. Disponible en: https://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documentos/docs/Profesionales/Salud_publica/Indicetematico/Tabaco/DejarDeFumar/GUIA_DEJAR_DE_FUMAR.pdf
 22. Dejar de fumar es posible. Plan Integral de Tabaquismo [internet]. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de Ceuta. Ceuta, España; 2018 [citado el 7 de agosto de 2018] Disponible en: <http://www.ceuta.es/ceuta/plan-integral-tabaquismo/como-dejar-de-fumar>
 23. Guía para dejar de fumar [internet]. Consejería de Sanidad y Gobierno de Cantabria. Cantabria, España. Fecha de recuperación: 7 de agosto de 2018. Disponible en: <http://saludcantabria.es/index.php?page=quiere-dejar-de-fumar>.
 24. Guía práctica para dejar de fumar [internet]. Junta de Castilla y León. Castilla y León, España; 2017 [citado 10 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100DetalleFeed/1246988963464/Publicacion/1200319261196/Redaccion>
 25. Guía práctica para dejar de fumar [internet]. Gobierno de La Rioja y Sociedad Riojana de Medicina de Familia y Comunitaria. La Rioja, España. Fecha de

recuperación: 13 de agosto de 2018. Disponible en:
<https://www.riojasalud.es/f/rs/docs/guia-dejar-fumar.pdf>

26. 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.
27. Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction.* 1993 Aug; 88(8): 1127-35.
28. Fagerstöm KO, Kunze M, Schoberberger R, Berslau 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.
29. Russell MAH, Peto J, Patel UA. The Classification of Smoking by Factorial Structure of Motives. *Journal of the Royal Statistical Society Series A (General).* 19974; 137(3):313. DOI: 10.2307/2344953.
30. Peter MA Calverley. Cough in chronic obstructive pulmonary disease: is it important and what are the effects of treatment?. *Calverley Cough.* 2013;9-17.

7. **ANEXOS.**

ANEXO I: ENCUESTAS.

ENCUESTA SOBRE HÁBITOS TABÁQUICOS PARA FUMADORES

ESTA ENCUESTA ES ANÓNIMA. NO DEBE REGISTRAR SUS DATOS PERSONALES.

Esta encuesta tiene como objetivo analizar la respuesta de la población universitaria fumadora y no fumadora para la propuesta de un Programa de Deshabituación tabáquica para la UPCT, desarrollada como TFM para el Máster de Prevención de Riesgos Laborales.

- Señale con una X a que colectivo pertenece dentro de la Universidad Politécnica de Cartagena.
 - Estudiante
 - Personal Docente e Investigador (PDI)
 - Personal de Administración y Servicios (PAS)
- Señale con una X el sexo al que pertenece: Femenino Masculino
- ¿Cuántos cigarrillos consume de media al día? _____

<u>Marque con una X su respuesta:</u>	SÍ	NO
1. ¿Se considera fumador/a esporádico/a?		
2. ¿Ha pensado dejar de fumar?		
3. ¿Ha intentado dejar de fumar?		
4. En caso de que haya intentado dejar de fumar y haya recaído, ¿volvería a intentarlo?		
5. ¿Suele fumar en los espacios habilitados de la universidad?		
6. ¿El consumo de cigarrillos es mayor durante el tiempo que pasa en la universidad?		
7. ¿El consumo de cigarrillos es mayor cuando se encuentra junto con otros compañeros fumadores?		
8. ¿Disminuiría su consumo de tabaco si nadie le acompañara a la hora de fumar?		
9. ¿Piensa que su inicio en el hábito tabáquico podría estar relacionado con su trabajo o sus estudios en la UPCT?		
10. ¿Cree que las temporadas en las que aumenta su consumo de cigarrillos pueden relacionarse con un aumento del estrés por su trabajo o sus estudios en la UPCT?		
11. ¿Cree que la UPCT debería tener un Programa de Deshabituación Tabáquica?		
12. Si su universidad tuviera un programa de deshabituación tabáquica, ¿participaría en él como recurso para dejar de fumar?		

13. ¿Cree que las medidas antitabaco que utiliza la UPCT son las adecuadas? (Señalización, espacios sin humo, lugares para fumadores, etc.)		
14. ¿Ha sufrido algún problema secundario al consumo de tabaco? (Enfermedad, pérdida de capacidades, deterioro físico...)		
15. ¿Realiza algún tipo de actividad física?		

Figura 3: Encuesta sobre hábitos tabáquicos en fumadores (Elaboración propia)

ENCUESTA SOBRE HáBITOS TABÁQUICOS PARA NO FUMADORES

ESTA ENCUESTA ES ANÓNIMA. NO DEBE REGISTRAR SUS DATOS PERSONALES.

Esta encuesta tiene como objetivo analizar la respuesta de la población universitaria fumadora y no fumadora para la propuesta de un Programa de Deshabituación tabáquica para la UPCT, desarrollada como TFM para el Máster de Prevención de Riesgos Laborales.

- Señale con una X a que colectivo pertenece dentro de la Universidad Politécnica de Cartagena.
 - Estudiante
 - Personal Docente e Investigador (PDI)
 - Personal de Administración y Servicios (PAS)
- Señale con una X el sexo al que pertenece: Femenino Masculino

<u>Marque con una X su respuesta:</u>	SÍ	NO
1. ¿Es Ex Fumador/a?		
2. ¿Utiliza algún sustitutivo del tabaco? Señale cuál: <input type="checkbox"/> Vaporizadores sin nicotina. <input type="checkbox"/> Fármacos orales. <input type="checkbox"/> Chicles de nicotina. <input type="checkbox"/> Parches de nicotina. <input type="checkbox"/> Espray bucal con nicotina. <input type="checkbox"/> Otros.	-	-
3. ¿Suele ser fumador/a pasivo/a en el recinto de la UPCT? (Al menos 1 o más veces al día, al menos 2 o más días a la semana)		
4. ¿Se considera fumador/a pasivo/a con más frecuencia a raíz de iniciar su trabajo o estudios en la UPCT?		
5. El hecho de ver a otras personas fumar o ser fumador/a pasivo/a, ¿le ocasiona deseos de fumar?		
6. ¿Le resulta desagradable que otras personas fumen cerca de usted o el		

olor/humo del tabaco, a pesar de estar en los lugares permitidos?		
7. ¿Cree que la UPCT debería tener un Programa de Deshabituación Tabáquica?		
8. ¿Cree que las medidas antitabaco que utiliza la UPCT son las adecuadas? (Señalización, espacios sin humo, lugares para fumadores, etc.)		
9. En caso de ser Ex Fumador/a y/o Fumador/a pasivo/a, ¿ha sufrido algún problema secundario al tabaco? (Enfermedad, pérdida de capacidades, deterioro físico...)		
10. ¿Realiza algún tipo de actividad física?		

Figura 4: Encuesta sobre hábitos tabáquicos en No Fumadores (Elaboración propia)

ANEXO II: TEST DE VALORACIÓN DEL FUMADOR.

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 1: Cuestiones del Test de Glover – Nilsson. (Fuente: internet, http://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 2: Valoración del Test Glover – Nilsson. (Fuente: internet, http://prevencio.uib.cat/digitalAssets/206/206277_test-de-glover-nilsson.doc)

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 3: Test de Richmond. (Fuente: internet,
http://prevencio.uib.cat/digitalAssets/206/206276_test-de-richmond.doc)

TEST DE FAGERSTRÖM		
Pregunta	Respuesta	Puntuación
¿Cuánto tiempo tarda en fumar su primer cigarrillo después de despertarse?	< 5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-60 min.	1
	> 60 minutos	0
¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios en que está prohibido (cine...)?	Sí	1
	No	0
¿A que cigarrillo le costaría más renunciar?	El primero	1
	Otros	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	Más de 30	3
	21-30	2
	11-20	1
	Menos de 11	0
¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
¿Fuma si está tan enfermo que ha estado tan enfermo que ha estado en la cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0
Puntuación		
Menor de 4 dependencia baja		
Entre 4 y 6, dependencia media		
Igual o mayor de 7 dependencia alta		

Figura 4: Test de Fagerström. (Fuente: internet, https://www.ucm.es/data/cont/docs/3-2015-05-20-TEST_DE_FAGERSTRÖM.pdf)

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	Sucede poco.
2	Sucede bastante.	3	Sucede 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

Puntuación final: _____

Figura 5: Cuestiones del Test de Russel. (Fuente: internet,

<http://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Documents/Inf>

Pac Tests.pdf)

VALORACION DEL TEST DE RUSSEL

El test de Russel evalúa la motivación del fumador contemplando distintos aspectos:

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 6: Valoración del Test de Russel. (Fuente: internet, http://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Documents/InfPac_Tests.pdf)

ESCALA MODIFICADA DE DISNEA (mMRC)	
GRADO	ACTIVIDAD
0	Ausencia de disnea 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 para descansar al andar en llano a su propio paso.
3	La disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 100 metros o pocos minutos después de andar en llano.
4	La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse.

Figura 7: Escala Modificada de Disnea. (Fuente: internet, <http://www.laria.com/contenido/neumologia/epoc/cuestionarios-epoc/escala-disnea>)

8. **ABREVIATURAS.**

ACHT: Aire contaminado por humo de tabaco.

ACV: Accidente Cerebro-vascular.

ALHT: Ambientes Libres de Humo de Tabaco.

BOE: Boletín Oficial del Estado.

CCAA: Comunidades Autónomas.

CNPT: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo.

CRUE: Conferencia de Rectores de Universidades Españolas.

CO: Monóxido de Carbono.

CO₂: Dióxido de Carbono.

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PAS: Personal de administración y servicios.

PDI: Personal docente e investigador.

PDT: Programa de deshabituación tabáquica.

PRL: Prevención de Riesgos Laborales.

PS: Promoción de la Salud.

REUS: Red Española de Universidades Saludables.

RRHH: Recursos Humanos.

SNC: Sistema Nervioso Central.

SPRL: Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

TFM: Trabajo Fin de Máster.

TPRL: Técnico de Prevención de Riesgos Laborales.

TSN: Terapia Sustitutiva con Nicotina.

UMU: Universidad de Murcia.

US: Universidad Saludable.

UPS: Universidad Promotora de Salud.

UPCT: Universidad Politécnica de Cartagena.