



## Sumario:

### 3 Editorial

## Artículos originales:

### 5 Diseño de un decálogo informativo sobre ergonomía en el trabajo administrativo

Jesús Mateos Rodríguez

### 17 Estudio de comparación de tres abordajes de reducción del tabaco

Ana Rivas Pérez,  
José Fernando Calvo Mauri,  
Rosa Gude Ruíz

### 27 Legislación: Comunicado de Prensa de la Agencia Europea en Materia de Seguridad Laboral

### 31 Agenda de congresos

### 32 Direcciones Webb



**PUBLICIDAD  
VIOXX**

**COLOR**

Dr. Amado Cuadrado Fernández  
TIEMPO DE ERGONOMIA

# editorial



3

La Ergonomía, del griego "ERGON" (Trabajo) y "NOMOS" (Ley), se ha definido como la "CIENCIA QUE SE OCUPA DE LAS RELACIONES Y COMUNICACIONES ENTRE EL HOMBRE Y SU TRABAJO".

Adaptar el trabajo al trabajador y viceversa ha sido inquietud antigua.

En la Antigüedad, se estudió la relación entre ciertas formas de enfermar y de trabajar. Paralelamente a los avances y descubrimientos de la Ciencia, las condiciones de trabajo se fueron haciendo menos duras y se otorgaron derechos a los hombres que venían obligados a cumplir el Imperativo Bíblico "GANARÁS EL PAN CON EL SUDOR DE TU FRENTE".

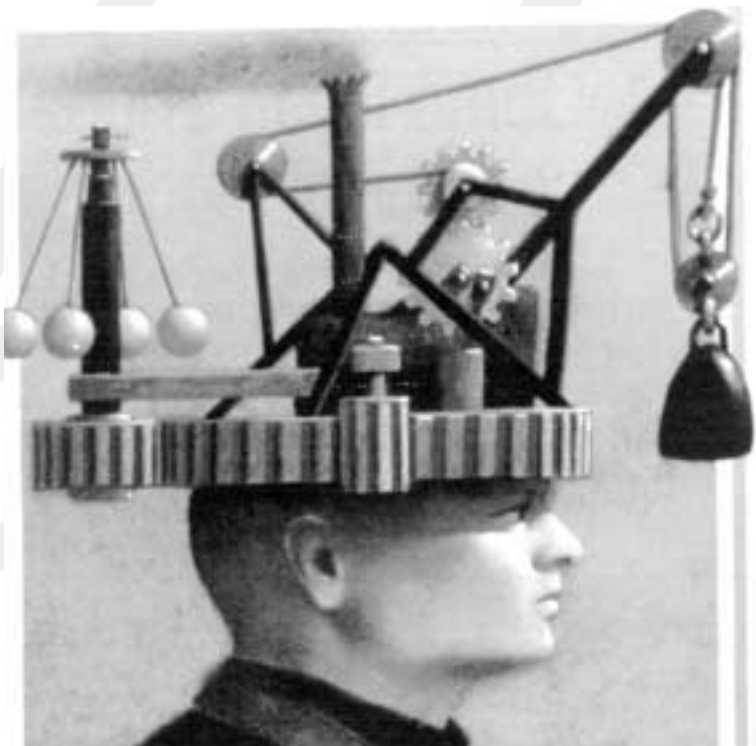
La ergonomía tiene que despertar una inquietud, individual y colectiva, en la conciencia social del mundo del trabajo, pero tenemos que tener presente las palabras del Dr. Baselga cuando hablaba sobre la salud humana:

- SIN TRABAJO NUNCA ES POSIBLE LA SALUD.
- SIN SALUD NO SE PUEDE TRABAJAR.
- TRABAJANDO SE PUEDE PERDER LA SALUD

Como nos dice el Dr. Jouvencel, del trabajo, se ha dicho, constituye un factor de liberación para el género humano, pero también puede adquirir un carácter opresivo y violento, hasta el punto de ser capaz de aniquilar a los individuos.

De la contundencia que caracteriza a las máximas y reglas jurídicas, participa la que recuerda que:

- "OFFICIUM SUUM NEMINI DANMOSUM ESSE DEBET"



## Director

AMADO CUADRADO FERNANDEZ

## Asesor de Dirección

JUAN JOSE SANCHEZ MILLA

## Consejo de Redacción

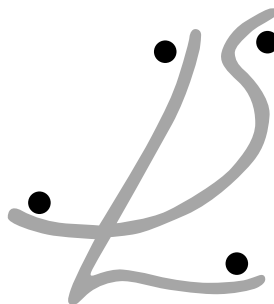
CARLOS BELTRAN DE GUEVARA BERICIBAR

JOSEBA SOLOETA ERASO

IÑIGO APELLANIZ GONZALEZ

JUAN GOIRIA ORMAZABAL

JAVIER GONZALEZ CABALLERO



## Comité Científico

FRANCISCO VICENTE FORNES UBEDA. Ayuntamiento de Valencia

JESUS ALBERT SANZ. Ayuntamiento de Valencia

ANTONIO DOCE FELIZ. Ayuntamiento de A Coruña

FRANCISCO J. TRILLO HUERTAS. Tesorería General de la Seguridad Social de Málaga

JESUS MATEOS RODRIGUEZ. INSALUD de Cáceres

JOSE MANUEL ALVAREZ GOMEZ. Parque de Bomberos de Valencia

JUAN JOSE DIAZ FRANCO. Servicio de Prevención del Hospital Carlos III de Madrid

JESUS HERNANDEZ MANSO. INSALUD de Madrid

JOSE E. DE LA PUENTE VEGA. Servicios Sanitarios de la Dirección General de la G.C.

BEATRIZ RAVINA CORTES. Cabildo Insular (Canarias)

MARIA PILAR MORENO MARTINEZ. Ayuntamiento de Zaragoza

JUAN PABLO TORRES ANDRES. Ayuntamiento de Valladolid

### Secretaría de Redacción:

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD LABORAL EN LA ADMINISTRACION PUBLICA  
CENTRO CLINICO DONOSTI  
c/ Urbietta, 39 1º Izqda.  
20006 SAN SEBASTIAN

**Edita:** S.E.S.L.A.P.

**Diseño de portada:** Juan Carmona Rodríguez  
Rafael Marchena Estrada

Tirada de 500 ejemplares. Publicación semestral (2 números al año).


Reservados todos los derechos. No puede ser reproducida ninguna parte de la publicación, ni total ni parcialmente, sin autorización de los editores.

SESLAP no se hace responsable del contenido de los artículos. Su difusión no implica conformidad con los artículos que publica, los cuales reflejan únicamente las opiniones individuales de los autores.

Deposito legal: BI-2529-99

ISSN: 1575-8524

Publicación autorizada por  
La Viceconsejería de Sanidad  
como Soporte Válido.

Imprime:  imprenta garcinuño

# Diseño de un decálogo informativo sobre ergonomía en el trabajo administrativo.

## Design of a ten points informative list on ergonomics in the administrative work.

Jesús Mateos Rodríguez\*

\* Doctor en Medicina y Cirugía. Médico de Empresa  
Técnico de Prevención (Seguridad y en Ergonomía)  
Facultativo del Servicio de Prevención del Complejo Hospitalario de Cáceres.



5

Premio de la FUNDACIÓN MAPFRE MEDICINA al mejor trabajo de investigación sobre prevención de riesgos laborales en los trabajadores de la Administración Pública, en el año 2000.

### RESUMEN

El trabajo de tipo administrativo o "de oficinas" es de gran importancia cuantitativa y cualitativa en el seno de la Administración Pública. Desde la Ergonomía puede hacerse una notable contribución a la salud laboral de estos trabajadores. En el presente estudio se proyecta una forma sencilla de hacerles llegar los aspectos ergonómicos más básicos y significativos de su puesto de trabajo de una manera que atraiga su atención sobre el tema. Se materializa en un decálogo escrito en verso, acompañado de dibujos ilustrativos.

**Palabras clave:** Ergonomía. Trabajo administrativo. Información

### INTRODUCCIÓN

El desarrollo de las sociedades conlleva, además de la tecnificación y mecanización del trabajo industrial, un incremento del número de trabajos que se desarrollan en posición de sentado. Los trabajos administrativos o "de oficina" pueden considerarse el paradigma de este tipo de actividad laboral y en la Administración Pública constituyen además un colectivo profesional de gran importancia cuantitativa y cualitativa.

La Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, extiende la prevención de riesgos y la promoción de la salud laboral al ámbito de las Administraciones Públicas y el Real Decreto 39/1997, que aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, consagra a la Ergonomía como una de las especialidades de los Servicios de Prevención.

Muchas son las definiciones de ergonomía que pueden encontrarse en la bibliografía. Citaremos aquí la propuesta

### ABSTRACT

The administrative work or "offices work" has one quantitative and qualitative importance in the Public Administration. From the ergonomics a remarkable contribution to the occupational health of these workers can become. The present study projects a simple form to make get the more basic and significant ergonomic aspect of their job to attract their attention on the subject. It is materialized in a written in verse ten point list, accompanied by illustrative drawings.

**Key words:** Ergonomics. Administrative work. Information.

por la Asociación Española de Ergonomía, que define a ésta como *"la ciencia aplicada de carácter multidisciplinario que tiene como finalidad la adecuación de los productos, sistemas y entornos artificiales a las características, limitaciones y necesidades de sus usuarios para optimizar su eficacia, seguridad y confort"*.

En el trabajo administrativo, donde los riesgos higiénicos y de seguridad están en general bien controlados, el confort laboral cobra una especial relevancia y la ergonomía se constituye en herramienta principal de la prevención de patologías derivadas del trabajo.

La información al trabajador acerca de los problemas de salud relacionados con el trabajo y de cómo manejarlos es un derecho de éste contemplado en la normativa sobre prevención de riesgos laborales y uno de los cometidos de los profesionales de los servicios de prevención.

## OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo es diseñar un método de información a los trabajadores que desempeñan tareas de tipo administrativo, de una forma que atraiga su atención y que comunique con sencillez los aspectos más importantes de un correcto diseño ergonómico de su puesto de trabajo.

La técnica del decálogo ha sido utilizada en diversas campañas preventivas en otras áreas y puede servir de idea básica.

En el abordaje ergonómico del trabajo administrativo habrá que tener en cuenta fundamentalmente los siguientes factores: el ambiente de trabajo (condiciones de temperatura, humedad, ventilación, iluminación, ruidos, etc.), la silla de trabajo, la mesa de trabajo, la pantalla de visualización de datos, los espacios de trabajo, la carga de trabajo y la organización del mismo.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se desarrollan los aspectos citados, sobre la base de diversa bibliografía y de lo establecido en los Reales Decretos 486/1997, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo y 488/1997, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización, así como en la guía técnica del INSHT para trabajos con pantallas.

Con los datos de interés relativos a los aspectos que a continuación se detallan, se elabora un decálogo informativo consistente en un escueto texto escrito en rima libre, que capte la atención y el interés del trabajador, acompañado de algunos dibujos ilustrativos.

Los aspectos que nos interesa contemplar en la información ergonómica al trabajador administrativo y que habrán de resumirse y condensarse en este decálogo informativo son los siguientes:

### El Ambiente de Trabajo

El citado R.D. 486/97 establece en su anexo III, para los trabajos sedentarios, una temperatura de 17 a 27 °C, una humedad relativa del 30 al 70 %, una velocidad del aire menor de 0,25 metros por segundo (0,50 si el ambiente es caluroso) y una renovación del aire de 30 m<sup>3</sup>/hora por trabajador (50 m<sup>3</sup>/hora si el ambiente es caluroso y/o existe humo de tabaco). La Guía Técnica del INSHT sobre pantallas de visualización recomienda temperaturas de 20 a 24 °C en invierno y de 23 a 26 °C en verano y una humedad relativa entre el 45 y el 65 %.

En lo que respecta a la iluminación, el citado R.D. 486/97 estipula que sea preferentemente natural, y de ser artificial preferentemente general, evitando deslumbramientos, y fija

unos límites mínimos según las tareas, estableciendo el de 200 lux/m<sup>2</sup> para exigencias visuales moderadas, el de 500 lux/m<sup>2</sup> para exigencias visuales altas y el de 1000 lux/m<sup>2</sup> para exigencias visuales muy altas.

En lo referente al ambiente sonoro, el Decreto no hace mención específica al respecto, pero la Guía Técnica del INSHT sobre pantallas de visualización establece el límite de nivel sonoro equivalente, Laeq, en 55 dB(A), en línea con lo que es habitual en la bibliografía.

### La Silla de Trabajo

Se considera que la postura sentada menos patógena es la que mantiene el tronco suavemente inclinado (lo que evita la cifosis lumbar) con el peso descansando sobre los glúteos, no sobre los muslos, que han de formar un ángulo mayor de 90° con el tronco, los pies apoyados en el suelo con las piernas ligeramente abiertas y los brazos libres y debe permitir cambios posturales. En general, lo más parecida a la bipedestación o similar a la que se adopta estando semisumergido en el agua.

En general, la silla debe permitir libertad de movimientos (giratoria) con suficiente estabilidad (cinco puntos de apoyo). Los ajustes de altura de asiento, de altura e inclinación del respaldo, deberán ser accionables desde la posición normal de sentado. El revestimiento deberá ser de material flexible y transpirable, sin aristas ni ángulos pronunciados.

El asiento, de altura regulable para poder situarse a la altura del hueco poplíteo o unos centímetros por debajo sobre todo si existe patología circulatoria, medirá unos 40 por 40 centímetros y será horizontal, pudiendo llevar un calzaespaldas en la parte posterior para favorecer la conservación de la lordosis lumbar fisiológica.

El respaldo puede ser corto, reclinable y ajustable, con un espacio libre de unos 12 centímetros entre él y el asiento para la expansión de los glúteos, o bien largo, con una inclinación de entre 110 y 115 grados y provisto de apoyo lumbar. Los respaldos largos permiten un mayor relax durante las pausas, pero son menos adecuados para trabajos que requieran movimientos de hombros y brazos.

De forma opcional, la silla puede llevar reposabrazos, de 6 a 10 centímetros de anchura, que son de gran utilidad en las pausas y también como ayuda para incorporarse. Así mismo, opcionalmente pueden utilizarse reposapiés de altura variable según las características del sujeto, que medirán unos 40 por 40 centímetros y tendrán una inclinación de 10 grados con la horizontal.

### La Mesa o Plano de Trabajo

Lo importante es la relación entre el plano del asiento y el de trabajo (binomio silla-mesa) que generalmente han de estar a una distancia de 27 a 30 centímetros (de 22 a 34, según otros autores), si bien la altura del plano de trabajo varía con las tareas a desarrollar: más alto para los trabajos

de precisión y más bajo para los de mecanografía. Cuando el trabajo supone gran esfuerzo, el plano de trabajo se sitúa a la altura de las rodillas. No deben existir cajones que dificulten la posibilidad de cruzar las piernas y el fondo del hueco para las piernas ha de tener la suficientemente profundidad. No debe haber distancia entre el borde del asiento y el de la mesa, incluso la silla debe penetrar en parte debajo de la mesa para evitar posturas escolióticas. La superficie de trabajo debe ser de colores no muy oscuros y mate, para evitar deslumbramientos.

La distribución espacial del trabajo en la superficie de la mesa debe situarse, de manera que permita el alcance cómodo y con el menor gasto energético de los objetos utilizados con asiduidad, dentro del arco de extensión de ambos brazos (áreas de Farley y de Squires).

No obstante, es difícil establecer criterios absolutos sobre medidas de sillas/mesas ideales para todo tipo de sujetos con diferentes estaturas, complejones y circunstancias fisiológicas o patológicas, lo que hará necesaria la individualización en muchos casos. En general se diseña el mobiliario de oficina para un 90% de la población, en función de los valores antropométricos correspondientes a los percentiles 5 y 95.

#### La Pantalla de Visualización de Datos

La Guía Técnica del INSHT sobre pantallas de visualización considera trabajador usuario de pantallas a quienes superan las 4 horas diarias o las 20 semanales de trabajo efectivo con dichos equipos, así como aquellos que realicen entre 2 y 4 horas diarias (o de 10 a 20 semanales) de trabajo efectivo con pantallas, si cumplen

al menos cinco de los siete requisitos siguientes: a) depender del equipo con PVD para hacer su trabajo, sin poder disponer fácilmente de medios alternativos con resultados equiparables, b) no poder decidir voluntariamente si utiliza o no el equipo con PVD para realizar su trabajo, c) necesitar experiencia o formación específica en el uso del equipo, exigida por la empresa, d) Utilizar habitualmente PVD durante períodos continuos de una hora o más, e) utilizar equipos con PVD diariamente o casi diariamente en la forma descrita en el apartado anterior, f) que la obtención rápida de información por parte del usuario a través de la pantalla constituya un requisito importante del trabajo, g) que las necesidades de la tarea exijan un nivel alto de atención por parte del usuario.

En el diseño ergonómico de los equipos habrá de considerarse lo siguiente:

El teclado ha de ser independiente de la pantalla, inclinable (menos de 25 grados) y con una altura máxima a nivel de la tercera fila (central) de unos 30 mm. Los símbolos serán

legibles desde la posición de trabajo y superficie mate. Existen distintos perfiles aceptables.

El ratón debe estar adaptado a los percentiles y a la curvatura de la mano, de fácil movimiento (la bola se situará bajo los dedos mejor que bajo la palma) y deberá poder ser manejado por diestros y por zurdos.

La pantalla será orientable, inclinable, sin reflejos molestos, con imagen estable (centelleo menor de 0,002 % de la distancia visual), con los caracteres bien definidos, configurados y dimensionados. La luminosidad y el contraste serán ajustables. Se situará a una distancia de visión no mayor de 40 cm. y con un ángulo de visión máximo de 40 grados. Debe mantenerse un equilibrio de luminancias entre las distintas partes del ergorama, con relaciones máximas de 10 a 1.

Pueden utilizarse portadocumentos (de superficie mate y con dimensiones algo menores que los documentos, para pasar más fácilmente la hoja) así como soportes para manos y muñecas (incorporados a l teclado o independientes) que reducen la carga estática de los miembros superiores y una correcta alineación de las muñecas.

También pueden utilizarse filtros de pantalla que reducen el brillo, las cargas estáticas y las radiaciones, si bien el nivel de radiaciones de las pantallas actuales está muy por debajo de los considerados seguros.

En cuanto al software utilizado, ha de ser adecuado a la tarea, con posibilidad de adaptación individual, de fácil manejo y con tolerancia al error.

#### Ubicación del puesto y espacios de trabajo

En la ubicación del puesto debe tenerse en cuenta cómo incide la luz, tanto natural como artificial, sobre la pantalla y las superficies de trabajo, a fin de evitar deslumbramientos directos o indirectos, que en caso de producirse pueden corregirse mediante la adecuada orientación de la pantalla o colocando cortinas, persianas, mamparas, etc.

Los cables deben tener un adecuado mantenimiento y es aconsejable que vayan recogidos en guías recogecables.

En la distribución de los espacios habrá que considerar la proxémica ambiental para evitar sensaciones de aislamiento o hacinamiento. El R. D. 486/1997 sobre lugares de trabajo establece unas dimensiones mínimas para los lugares de trabajo de 2,5 metros de altura para los locales destinados a oficinas, así como 2 metros cuadrados de superficie libre por trabajador y 10 metros cúbicos no ocupados por trabajador. También es importante el estudio cromático del



ambiente y la estética del lugar de trabajo para contribuir al confort laboral inherente a los objetivos de la ergonomía.

### Organización del Trabajo

Es muy importante también prestar atención a este aspecto y establecer una adecuada distribución de la carga de trabajo, así como intercalar pausas para evitar la fatiga, tanto física (postural) como mental en el sujeto; considerándose más adecuado hacer varias pausas de pequeña duración autoadministradas a lo largo de la jornada laboral.

Muchos autores recomiendan la realización de ejercicios de micropausa, de baja intensidad y corta duración, aprovechando estos pequeños descansos.

Por último la consideración de aspectos como la satisfacción, la motivación en el trabajo o el clima laboral son indispensables para un completo abordaje del puesto

de trabajo, pero su análisis con detenimiento excedería de los objetivos de este trabajo.

### **RESULTADOS**

De los datos obtenidos del estudio que precede, se escogen aquellos más básicos y representativos para llamar la atención del trabajador hacia las características ergonómicas de su puesto de trabajo y se elabora el decálogo informativo escrito en rima libre que se observa en las páginas siguientes.

Este decálogo puede presentarse, como apéndice resumen, inserto en un pequeño manual en el que se desarrollen en mayor profundidad los temas tratados; o bien en forma de carteles (único o múltiple) tal como aquí se presenta.

### **DECÁLOGO**

## 1.- Condiciones Generales de Trabajo

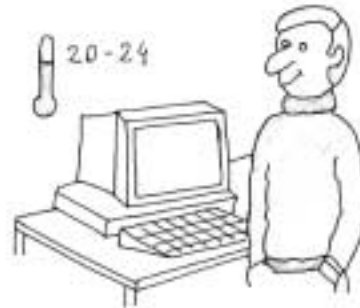
De tu puesto de trabajo  
habrás de considerar  
y controlar con cordura  
del aire: velocidad  
renovación y humedad;  
también la temperatura.  
Correcta iluminación,  
que el ruido no sea muy alto,  
ergonómico el sillón,  
buena mesa de trabajo.  
Una postura adecuada  
con algunas pausas cortas  
en medio de la jornada.  
Y aunque sea de común uso  
recurrir a la informática,  
no utilizar con abuso  
la consabida pantalla.





## 2.- Temperatura Ambiental

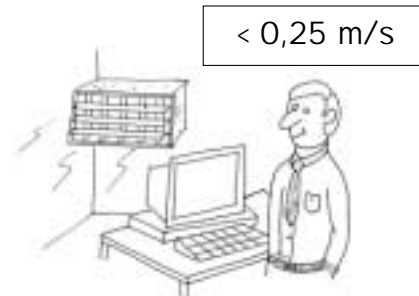
Desde veinte a veinticuatro, eso nos parece justo, serán en invierno grados para trabajar a gusto sin estar muy abrigados.



En verano, sin embargo, déjase aquí referido, veintitrés a veintiséis es lo que está establecido como lo más adecuado.

## 3.- Humedad. Velocidad/Renovzc. Aire

De los treinta a los setenta, en porcentajes hablando, es la humeada relativa que en la actual normativa se viene considerando como norma general; pero tratándose aquí de un ambiente peculiar unos límites más cortos se han decidido aplicar: cuarenta y cinco es lo menos sesenta y cinco es lo más.



H.R. = 45 - 65%

El aire ha de circular a unos metros por segundo y se ha llegado a acordar tras estudiar con ahínco correcta velocidad a los cero veinticinco; aunque si el calor aprieta y el trabajo es quietecito, se sube a cero cincuenta.

Y ha de renovarse el aire treinta metros<sup>(3)</sup> a la hora por cada trabajador, que se aumentan a cincuenta si hay humo o hace calor.

## 4.- Iluminación

Al trabajar  
buena luz  
totalmente es necesaria.  
Al menos quinientos lux  
para una precisión alta,  
si es moderada doscientos  
y al menos mil si es muy alta

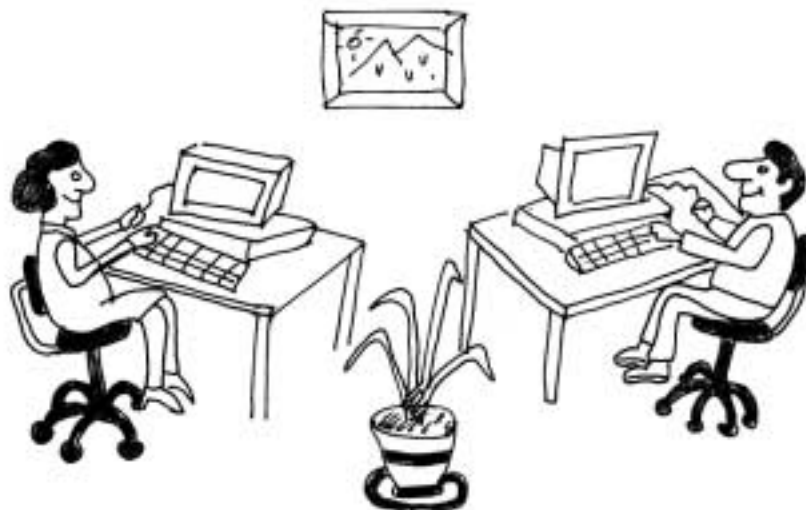


Para cuidarnos la vista,  
ya que de ojos no hay un ciento,  
hay que tratar de evitar  
cualquiera deslumbramiento  
que nos pueda molestar,  
sea directo o indirecto.

## 5.- Ruido

Para poder escucharnos  
y hablar con tranquilidad  
sin que se haga necesario  
gritar con fuerza y ahínco,  
superar no se aconseja  
ciertos decibelios A  
y estos son cincuenta y cinco.

< 55 dB(A)



## 6.- La Silla de Trabajo

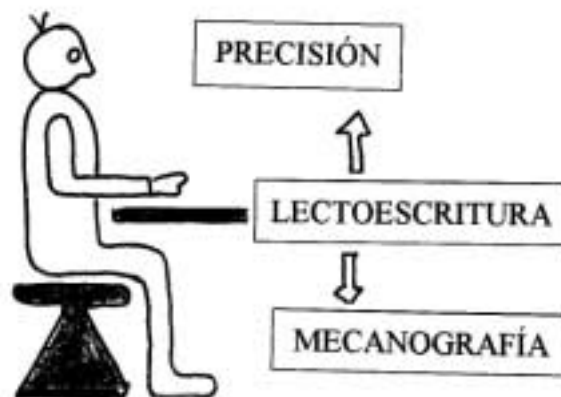
La silla en la que te sientas no puede ser tu tortura. Para ser buena herramienta debe cuidar bien tus vértebras y permitir buena postura. Transpirable el material, sin aristas en los bordes y ha de permitir que apoyes la curvatura lumbar.



## 7.- La Mesa de Trabajo

La mesa se situará en relación con la silla y espacio habrá de dejar suficiente a las rodillas.

La altura será variada para distintos trabajos: de precisión, más alzada; si de fuerza, más abajo.



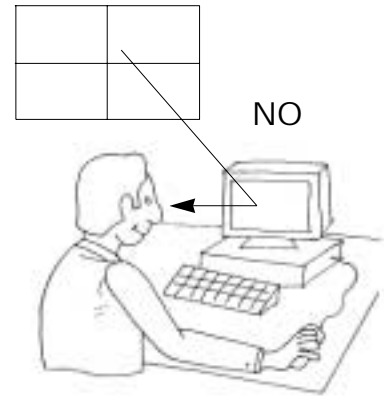
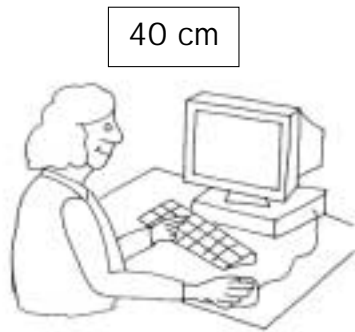
ZONA DE DISTRIBUCIÓN DE LAS TAREAS

La superficie sea mate para que no nos deslumbre y las tareas colocadas, como ya es casi costumbre, de las manos al alcance y sin esfuerzo encontradas.



## 8.- La Pantalla de Visualización

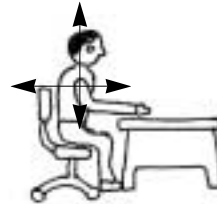
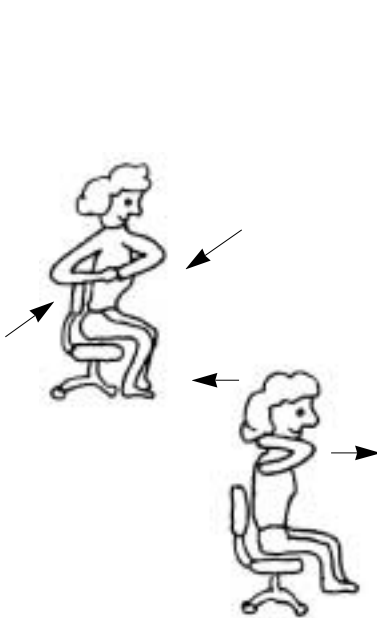
Instrumento de trabajo será nuestro ordenador. Instrumento, quede claro, que manda el trabajador. La pantalla situarás a una distancia precisa para poder trabajar sin forzar mucho la vista. En esto se recomienda, pues se cree de utilidad los centímetros cuarenta.



Brillo y contraste adecuados, las letras de buen tamaño. Cuando el ratón manejamos, séase zurdo o séase diestro, la bola bajo los dedos mejor que bajo la mano.

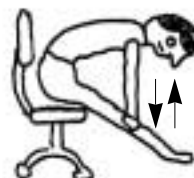
Al colocar la pantalla hay que cuidar con esmero que lámparas y ventanas no se reflejen en ella molestando todo el tiempo.

## 9.- Ejercicios de Micropausa

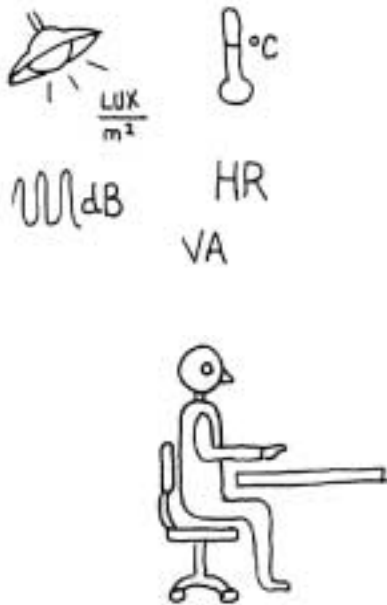


La fatiga evitaremos de posturas mantenidas si pausas establecemos de descanso, merecidas. Cada noventa minutos pararnos debemos diez y con ejercicio oportuno nuestros músculos mover

También es buena costumbre adquirir hábitos sanos, como hacer algún deporte en los días de descanso.



## 10.- Epílogo



Estas tan sencillas normas  
en malos versos escritas  
pretenden colaborar  
en el confort laboral  
del trabajo oficinista.



### ANEXO

#### Descripción de algunos ejercicios de micropausa recomendados

- Con las manos apoyadas en la mesa, flexionar el tronco arqueando la espalda. Después enderezar la espalda lo más recta posible.
- Con las manos sobre la mesa, o con los brazos sueltos, elevar alternativamente cada hombro, descendiendo el otro. Después, elevar ambos hombros. Mover ambos hombros adelante y atrás alternativamente.
- Sentado, con la espalda derecha, sacar el pecho hacia fuera y con los brazos abiertos y flexionados por el codo, apretar un puño contra el otro.
- En la misma posición anterior, enlazar las manos detrás de la cabeza y situar los codos hacia delante empujando con las manos en esa dirección al tiempo que con la cabeza se empuja hacia atrás.
- Sentado, inclinarse hacia delante colocando las manos en la parte interior de la rodilla contralateral separando ligeramente los pies. Intentar unir las rodillas, contrarrestando la fuerza con las manos.
- Sentado, con las piernas juntas estiradas, inclinado hacia delante y agarrando las piernas por debajo de las rodillas; presionar con las manos hacia abajo, haciendo fuerza con las piernas hacia arriba.

Pueden encontrarse diferentes ejercicios recomendados en diferentes publicaciones. Aquí sólo se han consignado algunos de fácil y rápida ejecución, que pueden ser realizados dos o tres veces cada uno durante las micropausas.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Bustamante A. (1995) Diseño ergonómico en la prevención de la enfermedad laboral. Madrid; Díaz de Santos.
- De Antonio M. Factores ergonómicos en el diseño de una silla de oficina. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 1987, 153: 41-49.
- De Antonio M. Ergonomía del puesto de trabajo de oficina. *Revista Castellana de Medicina y Seguridad del Trabajo* 1995,3(6):29-41.
- Fundación Mapfre Medicina (1995). Manual de Ergonomía. Madrid; MAPFRE, S.A.
- Gherardi, E.P. "Oficinas". En: O.I.T. (1989). Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Madrid; Mº de Trabajo y Seguridad Social.
- INSHT (1987). Condiciones de Trabajo y Salud. Barcelona; INSHT.
- INSHT (1994) Manual de normas técnicas para el diseño de puestos con pantallas de visualización. Madrid; INSHT.
- INSHT (1998) Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la utilización de Pantallas de visualización.
- Mateos J. (1999). Diseño ergonómico del puesto de trabajo del personal de oficinas. Tesis para la obtención de la capacitación como Técnico de Prevención de Riesgos Laborales (nivel superior) en la especialidad de Ergonomía. Suffolk University.
- Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo (BOE de 23 de abril).
- Real Decreto 488/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización (BOE de 23 de abril).
- Zambrana J.M. (1986). Deporte para todos....los adultos. Madrid; Alhambra Longman S.A.



14

**Quomem 150 mg Comprimidos de liberación prolongada. ACTÚA COMO AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR.**

**NOMBRE DEL MEDICAMENTO QUOMEM® 150 mg Comprimidos de liberación prolongada. COMPOSICIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA.** Cada comprimido contiene 150 mg de hidrocloreuro de bupropión y excipientes (celulosa microcristalina, hipromelosa, hidrocloreuro de cisteína monohidrato, estearato de magnesio, Macrogol 400, óxido de titanio (E171), cera carnáuda, óxido de hierro negro). **DATOS CLÍNICOS:** Indicaciones terapéuticas: QUOMEM® Comprimidos, conjuntamente con un apoyo motivacional, está indicado para ayudar a dejar de fumar en pacientes con dependencia a la nicotina. Posología y forma de administración. Los pacientes deberán ser tratados durante 7 - 9 semanas. Aunque no se prevé la aparición de reacciones debidas a la suspensión del tratamiento con QUOMEM®, podría considerarse realizar una suspensión gradual. El tratamiento deberá ser interrumpido, si no se observa efecto alguno a las siete semanas. Adultos. Se recomienda comenzar el tratamiento mientras el paciente todavía fuma y fijar una "fecha para dejar de fumar" dentro de las dos primeras semanas de tratamiento con QUOMEM®, preferiblemente en la segunda semana. La dosis inicial es de 150 mg al día durante tres días, aumentando a 150 mg dos veces al día. Deberían transcurrir al menos 8 horas entre dosis sucesivas. La dosis única máxima no deberá exceder 150 mg y la dosis diaria total no deberá exceder 300 mg. Niños y adolescentes. No se recomendó el uso en pacientes menores de 18 años. Ancianos. QUOMEM® deberá administrarse con precaución a pacientes ancianos. La dosis recomendada es 150 mg una vez al día. Insuficiencia hepática/ Insuficiencia renal. QUOMEM® deberá administrarse con precaución a pacientes con insuficiencia hepática o insuficiencia renal. La dosis recomendada es 150 mg una vez al día. **Contraindicaciones.** La administración de QUOMEM® está contraindicada en pacientes con hipersensibilidad a bupropión o a cualquiera de los excipientes, trastorno convulsivo actual o pasado, diagnóstico actual o previo de bulimia o anorexia nerviosa, cirrosis hepática grave o historia de trastorno bipolar. Está contraindicado el uso concomitante de QUOMEM® e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). Deberán transcurrir por lo menos 14 días entre la interrupción de la administración de IMAO irreversibles y el inicio del tratamiento con QUOMEM®. En cuanto a IMAO reversibles, el período depende de la semivida de eliminación plasmática del producto específico. **Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Convulsiones. No deberá excederse la dosis recomendada de QUOMEM®, ya que la administración de bupropión está relacionada con riesgo de convulsiones en función de la dosis. A dosis de hasta la dosis diaria máxima recomendada (300 mg de QUOMEM® al día), la incidencia de convulsiones es aproximadamente de un 0,1% (1/1.000). Se administrará QUOMEM® con extrema precaución a pacientes con o más condiciones que predisponen a un umbral de convulsiones más bajo (historia de traumatismo craneal, tumor en el sistema nervioso central (SNC), administración concomitante de otros medicamentos de los que se conoce que disminuyen el umbral de convulsiones) (p. ej.: antipsicóticos, antihipertensivos, teofilina, esteroides sistémicos). Deberá tenerse precaución en aquellas circunstancias clínicas relacionadas con un mayor riesgo de convulsiones (uso abusivo de alcohol, interrupción repentina de la administración de alcohol o benzodiazepinas, diabetes tratada con hipoglucemiantes o insulina y uso de estimulantes o productos anorexígenos). **Interacciones.** Debido a interacciones farmacocinéticas, podría aumentar la posibilidad de aparición de acontecimientos adversos (p. ej., sequedad de boca, insomnio, convulsiones). Se tendrá precaución cuando bupropión se administre conjuntamente con fármacos que pueden inducir o inhibir el metabolismo de bupropión. Se aconseja tener precaución cuando se administren conjuntamente fármacos que se metabolizan por el citocromo P450D6. Datos clínicos limitados indican que pueden alcanzarse porcentajes de abandono del uso de tabaco más altos, combinando QUOMEM® junto con un Sistema Transdérmico de Nicotina (STN). No obstante, si se usa terapia combinada con un STN, deberá tenerse precaución y se recomienda realizar un seguimiento semanal debido a la potencial aparición de elevaciones de la presión arterial. **Hipersensibilidad:** Deberá interrumpirse la administración de QUOMEM® si los pacientes experimentan hipersensibilidad o reacciones anafilácticas (p. ej.: "rash" cutáneo, prurito, urticaria, dolor torácico, edema o disnea) durante el tratamiento. También se ha comunicado la aparición de artralgia, mialgia y fiebre junto con "rash" y otros síntomas indicativos de una hipersensibilidad retardada. Estos síntomas pueden parecerse a la enfermedad del suero. En la mayoría de los pacientes, los síntomas mejoraron tras interrumpir la administración de bupropión e iniciar tratamiento con antihistamínicos o corticosteroides y se resolvieron con el tiempo. Grupos de pacientes específicos: QUOMEM® deberá usarse con precaución en pacientes con insuficiencia hepática leve a moderada y la dosis recomendada en estos pacientes es de 150 mg una vez al día. Todos los pacientes con insuficiencia hepática deberán ser vigilados estrechamente para determinar posibles efectos adversos (p. ej., insomnio, sequedad de boca, convulsiones). La dosis recomendada es 150 mg una vez al día para pacientes con insuficiencia renal. El paciente deberá ser vigilado estrechamente para detectar posibles efectos adversos. En pacientes ancianos la función renal está probablemente reducida, de aquí la dosis recomendada en estos pacientes sea de 150 mg una vez al día. Como la farmacología de bupropión se parece a la de algunos antidepresivos, existe el riesgo de que pueda precipitar episodios de psicosis en pacientes susceptibles. Los datos obtenidos en animales indican que puede hacerse uso abusivo del fármaco. No obstante, los estudios sobre uso abusivo realizados con personas y la gran experiencia clínica demuestran que el potencial de uso abusivo de bupropión es bajo. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción. Tras dejar de fumar, puede disminuir el aclaramiento de medicamentos metabolizados por la CYP1A2. Esto puede ser particularmente importante para los que son fundamentalmente metabolizados por la CYP1A2 con margen terapéutico estrecho (p. ej., teofilina, tacrina y clozapina). Se desconocen las consecuencias clínicas de dejar de fumar sobre otros medicamentos que son parcialmente metabolizados por la CYP1A2 (p. ej., imipramina, clonazapina, clomipramina y fluvoxamina). Además, datos limitados indican que fumar puede también inducir el metabolismo de flecainida o pentocicina. **In vitro** bupropión y su principal metabolito hidroxibupropión son inhibidores de la ruta de la CYP2D6. En humanos, la administración concomitante de hidrocloreuro de bupropión y desipramina a voluntarios sanos, que eran metabolizadores amplos de la isoenzima CYP2D6, dio lugar a un aumento de cinco veces del AUC y a un aumento de dos veces de la C<sub>max</sub> de desipramina. La inhibición de la CYP2D6 estuvo presente durante por lo menos 7 días tras administrar la última dosis de hidrocloreuro de bupropión. La terapia concomitante con medicamentos predominantemente metabolizados por esta isoenzima con índices terapéuticos estrechos incluyendo ciertos antidepresivos (p. ej., desipramina, imipramina, paroxetina), antipsicóticos (p. ej., risperidona, tioricazina), bloqueantes del receptor b (p. ej., metoprolol) y antiarrítmicos de Tipo C1 (p. ej., propafenona) puede tener un margen más bajo del que se espera. Deberá tenerse precaución concomitante. Si se añade QUOMEM® al régimen de tratamiento de un paciente que ya recibe un medicamento metabolizado por la CYP2D6, deberá considerarse la necesidad de disminuir la dosis del medicamento original. Bupropión no afectó la farmacocinética de lamotrigina o su metabolito glucurónico, cuando se administró conjuntamente. **In vitro**, bupropión es metabolizado a su principal metabolito activo hidroxibupropión, principalmente por el citocromo P450 2B6 (CYP2B6). Deberá tenerse precaución cuando QUOMEM® se administre conjuntamente con medicamentos de los que se conoce que afectan la isoenzima CYP2B6 (p. ej.: orfenadrina, ciclofosfamida, ifostamida). La nicotina, administrada en forma de parches transdérmicos, no afectó la farmacocinética de bupropión y sus metabolitos. Se aconseja tener precaución cuando se administra bupropión conjuntamente con medicamentos que pueden afectar su eficacia y seguridad clínica, fenobarbital, fenitoina) o inhiben el metabolismo (p. ej., valproato), pues pueden afectar su eficacia y seguridad clínica. En un estudio la C<sub>max</sub> y el AUC de bupropión, trehidrobupropión y eritrohidrobupropión disminuyeron un 85% y los de hidroxibupropión aumentaron un 50% cuando se administró bupropión (comprimido de Liberación Inmediata) junto con carbamazepina (en el estado de equilibrio). En un estudio el AUC de hidroxibupropión casi se duplicó cuando se administró bupropión (comprimido de Liberación Inmediata) junto con valproato (en el estado de equilibrio). La administración de QUOMEM® a pacientes que reciben levodopa concurrentemente deberá realizarse con precaución. Datos clínicos limitados señalan que hay una mayor incidencia de efectos indeseables (p. ej., náuseas, vómitos, excitación, entumecimiento y temblor postural) en pacientes que reciben conjuntamente bupropión y levodopa. Embarazo y lactancia. No se ha establecido la seguridad de uso de QUOMEM® en el embarazo humano. Se deberá informar a las mujeres embarazadas dejen de fumar sin usar farmacoterapia. QUOMEM® no deberá utilizarse en el embarazo. Bupropión y sus metabolitos se excretan en leche materna humana. Se aconsejará a las madres que dejen de amamantar mientras tomen QUOMEM®. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar maquinaria. Como con otros fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central, bupropión puede afectar la capacidad para realizar tareas que requieren discernimiento o habilidades motoras y capacidades cognitivas. Se ha notificado que QUOMEM® causa mareo y aturdimiento. Los pacientes tendrán precaución antes de conducir o de usar maquinaria hasta que estén seguros de que QUOMEM® no afecta adversamente su capacidad. **Reacciones adversas:** La relación siguiente facilita información acerca de los efectos indeseables identificados a partir de la experiencia clínica. Es importante advertir que dejar de fumar está frecuentemente relacionado con síntomas de retirada de nicotina (p. ej., agitación, insomnio, temblor, sudoración), algunos de los cuales son también acontecimientos adversos conocidos relacionados con QUOMEM®. **Habituales (>1/100):** Generales (organismo): Fiebre. Gastrointestinales: Sequedad de boca, alteración gastrointestinal incluyendo náuseas y vómitos, dolor abdominal, estreñimiento. Sistema Nervioso Central: Insomnio, temblor, alteración de la concentración, cefalea, mareo, depresión, agitación, ansiedad. Cutáneas/Hipersensibilidad: "Rash", prurito, sudoración, reacciones de hipersensibilidad tales como urticaria. Sentidos especiales: Alteraciones del sentido del gusto. No habituales (>1/1.000, <1/100): Generales (organismo): Dolor torácico, astenia. Cardiovasculares: Taquicardia, aumento de la presión arterial (a veces grave), rubor. Sistema Nervioso Central: Confusión. Endocrinas y metabólicas: Anorexia. Sentidos especiales: Tinnitus, alteración de la visión. Raras (>1/10.000-1/1.000): Cardiovasculares: Vasodilatación, hipotensión postural, síncope. Sistema Nervioso Central: Convulsiones (ver debajo). Cutáneas/Hipersensibilidad: Reacciones de hipersensibilidad más graves incluyendo angioedema, disnea/broncoespasmo y shock anafiláctico. También se han notificado artralgia, mialgia y fiebre junto con "rash" y otros síntomas indicativos de hipersensibilidad retardada. Estos síntomas pueden parecerse a la enfermedad del suero. También se han notificado eritema multiforme y síndrome de Stevens Johnson. La incidencia de convulsiones es aproximadamente 0,1% (1/1.000). El tipo más frecuente de convulsiones es el de convulsiones tónico-clónicas generalizadas, un tipo de convulsión que puede dar lugar en algunos casos a confusión post-comicial o a alteración de la memoria. Sobredosificación. Se ha comunicado la ingestión aguda de dosis superiores a 19 veces a dosis terapéutica máxima. Además de los efectos referidos en Reacciones adversas, la sobredosificación puede originar a la aparición de síntomas que incluyen somnolencia, alucinaciones y pérdida de consciencia. Tratamiento: En caso de sobredosificación, se aconseja ingresar en un hospital. Asegurar una vía respiratoria, una oxigenación y una ventilación adecuadas. Puede indicarse lavado gástrico si se efectúa poco después de la ingestión. También se recomienda el uso de carbón activado. No se conoce un antídoto específico para bupropión. **DATOS FARMACÉUTICOS:** Incompatibilidades: No procede. Instrucciones de uso/manipulación. No se requieren instrucciones especiales. **NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN:** Laboratorios Dr. ESTEVE, S.A. Avda. Mare de Déu de Montserrat, 221 - 08041 Barcelona. Condiciones de Prescripción y Dispensación: Con receta médica. Presentaciones y Precio Venta al Público: Envase con 60 comprimidos. PVP: 12,254 Pta (M.R.), PVP (IVA 4): 12,744 Pta. Condiciones de la Prestación Farmacéutica del Servicio Nacional de Salud. No financiado por el Sistema Nacional de Salud. Para más información, consúltese la Ficha Técnica completa del medicamento. FECHA DE AUTORIZACIÓN DE LA FICHA TÉCNICA: Mayo 2000. **Bibliografía:** 1. Durcan MJ, Deener G, White, JD et al. Factors associated with relapse: Lessons from a bupropion SR relapse-prevention trial (Study 406). Sixth Annual Conference of the Society for Research on Nicotine and Tobacco. 18-20 Febrero 2000. Arlington, Virginia USA. 2. Grasel T, Glover E, Sachs DPL, Jonsson JA. The effect of bupropion SR on craving in tobacco dependence. Collegium International NeuroPsychopharmacologicum. Glasgow, 12-16 julio de 1998 [Abstract PW 13027]. 3. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard ST, Johnston JA, Hughes AR, Smith SS, Mirmiran ML, Daughton DM, Koltan K, Fiore MC, Baker TB. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. N Engl J Med 1999; 340(9): 685-91.

© Laboratorios Esteve S.A. 2001.

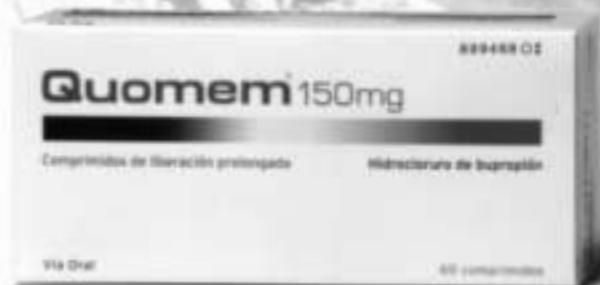
novest **ESTEVE**

# Quomem<sup>®</sup>

Bupropión HCl

El tratamiento para dejar de fumar que no contiene nicotina.

Nicotina: 0,0 mg.



• Actúa sobre el deseo incontrolado de fumar (craving) y los síntomas de abstinencia. (2). • Es dos veces más eficaz que los parches. (3). • Cuenta con una eficacia demostrada a corto, medio y largo plazo. (3). • Tiene una excelente tolerabilidad. (1, 3).

# sabias que...?



16

## XIII Edición PREMIO FUNDACION MAPFRE MEDICINA

SE RECUERDA QUE LA PRESENTACIÓN DE  
TRABAJOS FINALIZA EL 31-12-01  
ANIMAMOS A PRESENTAR TRABAJOS

La Consejería de Trabajo de la Junta de Extremadura ha instituido los Premios de Prevención de Riesgos Laborales a trabajos de investigación en este área. En su primera convocatoria, año 2001, ha concedido el premio en la modalidad de trabajos publicados al artículo *“Propuesta de protección ocular específica para el medio sanitario”* publicado en nuestra Revista de SESLAP (vol. I, nº 3, 2000), del que es autor Jesús Mateos Rodríguez.

### NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

- Título completo (español e inglés)
- Autor/es, indicando puesto de trabajo
- Procure incluir los siguientes epígrafes: Introducción, método, resultados, discusión y/o conclusiones, bibliografía
- Remitir un ejemplar mecanografiado y un disquete con el artículo, en formato Word (versiones 6 ó 97) a la dirección de la S.E.S.L.A.P.



# Estudio de comparación de tres abordajes de reducción del tabaco.

## Three tobacco reduction method approaches comparison study.

Ana Rivas Pérez, Médico de empresa. Consejería de Personal del Ayuntamiento-Asamblea de Ceuta.

José Fernando Calvo Mauri. Psicólogo. Consejería de Sanidad. Junta de Comunidades de Castilla la Mancha.

Rosa Gude Ruiz. Médico especialista en medicina familiar y comunitaria.

Dirección: José F. Calvo Mauri. Dirección General de planificación y Atención Sociosanitaria. Consejería de Sanidad. Junta de Comunidades de Castilla La Mancha. Avenida de Francia, 4. 4. 45071-Toledo

### RESUMEN

Se realiza un estudio con tres grupos para la reducción del consumo tabáquico: sustituto de nicotina (N=15), sensibilización (N=15) y entrenamiento conductual (N=9). Un análisis cuantitativo entre el consumo total de los tres grupos no muestra diferencias significativas, aunque sí se encuentran diferencias al comparar cualitativamente las tasas de conducta y la evolución temporal del consumo a lo largo del tiempo en cada grupo. Los resultados muestran un decremento significativo igual de eficaz (sobre el 40% de tasa de reducción y 30% de sujetos abstinentes) para los grupos primero y tercero a medio plazo (3 meses) mantenido a largo plazo (18 meses), mientras que el de sensibilización no muestra resultados significativos excepto a muy corto plazo (2 semanas).

**Palabras Clave:** Tabaco, reducción, tratamiento farmacológico, tratamiento psicológico

### INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco como problema sanitario de grandes proporciones está bien documentado a partir de los años cincuenta (Wynder & Graham, 1991; Doll & Hill, 1991). La Organización Mundial de la Salud desde los años ochenta ha calificado al tabaquismo como la enfermedad previsible más extendida contemporáneamente al constituirse como un factor de riesgo de primer orden en la aparición de enfermedades cardio-vasculares, respiratorias, digestivas y en varios tipos de cáncer (Muñoz, Figueras, Martínez & Ruiz, 1994; González Pérez & Vega López, 1995). Pudiendo incluso concluirse que es más relevante identificar y actuar sobre la reducción del consumo de tabaco antes que atajar las causas de mortalidad de enfermedades relacionadas con él para disminuir estas tasas de mortalidad, además del consecuente aumento de la expectativa y calidad de vida de los ciudadanos (González Pérez & Vega López, 1995).

### ABSTRACT

A three group tobacco consumption reduction study was done: Nicotine substitute (N=15), sensibilization (N=15) and behavioral training (N=9). Quantitative results not shows statistical differences about whole consumption between the groups, but qualitative analysis on consumption rates and temporal distribution shows it in every groups. Results shows a similar decreasing pattern in first and third groups (near to 40% decreasing rate and 30% of absolute abstinence subjects) at middle (3 month) and long (18 month) term. Sensibilization group only shows significant results in short long term (2 weeks)

**Key Words:** Tobacco, reduction, pharmacological treatment, psychological treatment.

El coste sanitario del tabaquismo se puede estimar en función del número de consultas sanitarias, gastos de hospitalización y farmacia, y, además, se ha hecho referencia a su coste por pérdida de capacidad productiva en cuanto a absentismo laboral y mortalidad prematura. Es posible establecer con la suma de coste sanitario y de la estimación de pérdida de capacidad productiva una aproximación a su coste social. Es importante destacar que los costes estimados por pérdida de capacidad productiva doblan los sanitarios. Estableciendo, a modo de ejemplo, la Generalitat de Cataluña este coste social para el año 1977 en más de quince mil millones de pesetas (Departamento de Sanidad, 1982).

En líneas generales diversos estudios realizados a partir de los años setenta permiten constatar como hallazgos de mayor consenso sobre el tabaquismo: una prevalencia del 40% de la población fumadora en los países con mayor



desarrollo económico; un incremento notable de fumadores en países de menor desarrollo; y una disminución sustancial de la diferencia en el consumo según el sexo (González Pérez & Vega López, 1995).

Los abordajes de reducción del consumo de tabaco pueden ser divididos en tres grandes grupos generales:

- Información y educación sanitaria.
- Legislación sobre la industria tabaquera: en la regulación de la venta, obligación de impresión de avisos sanitarios y de composición, regulación de las cantidades máximas de sustancias y restricciones sobre el consumo en lugares públicos.
- Programas terapéuticos de ayuda a la reducción del hábito tabáquico.

Dentro del último grupo pueden distinguirse varios tipos de tratamientos: los farmacológicos de deshabituación utilizando lobelina, clonidina, ansiolíticos y antidepresivos para el tratamiento sintomático; aversivos como el acetato de plata (Barham, 1990); y de sustitutos de nicotina (Russel, Merriman, Stapleton & Taylor, 1983; Fageström, 1984). Así como la existencia de entrenamientos psicológicos, bien aversivos, bien de reducción progresiva, bien multicomponentes (Lichtenstein, 1982; Foxx & Brown, 1979; Becoña & Lista, 1989).

La eficacia de los tratamientos ha sido revisada en programas aversivos y de sustitutos de la nicotina estableciéndose como patrón de buena eficacia aquellos en los que los resultados al año de seguimiento presentan una tasa de sujetos abstinentes del 50%, frente a otras más clásicas que no pasan del 20% de sujetos abstinentes al año (Leventhal & Cleary, 1980).

El objetivo del presente trabajo, dentro de unos generales de disminuir el coste social del consumo tabáquico en el Ayuntamiento-Asamblea de Ceuta y reforzar el cumplimiento de la normativa vigente en relación al tabaco, es el de proporcionar datos empíricos sobre la utilidad de diferentes tipos de abordajes y tratamientos específicos.

## MATERIAL, SUJETOS Y MÉTODOS

### Sujetos

El proceso de reclutamiento se realizó mediante la inclusión en una encuesta sobre hábito tabáquico de un ítem específico a fumadores sobre si estarían interesados en participar en un programa de ayuda para dejar de fumar. 56 sujetos respondieron afirmativamente al ítem y fueron distribuidos aleatoriamente en tres grupos mediante un sorteo informático que respetaba aproximadamente la misma proporción de varones y hembras en cada grupo. Asimismo se le adjudicó a cada grupo de forma aleatoria uno de los tres tratamientos contemplados.

Grupo 1: quedó constituido por 18 personas; una fue redistribuida al grupo tercero por angor inestable (incompatible con el tratamiento); tres solicitaron su exclusión de forma voluntaria antes de comenzar el programa; una no se integró en el programa; fueron incluidos dos voluntarios más que en la fase de reclutamiento no habían solicitado participar en el programa aunque sí posteriormente. El grupo quedó constituido por 15 personas (40% de mujeres) con una media de edad de 38.00 años y desviación tipo (DT) de 6.65.

Grupo 2: quedó constituido por 18 personas; tres solicitaron su exclusión del programa voluntariamente antes de comenzar el programa. Quedando compuesto por 15 sujetos (46.66% de mujeres) con una media de edad de 40.47 años y DT de 12.42.

Grupo 3: quedó constituido por 20 personas; una solicitó de forma voluntaria su exclusión antes de comenzar el programa; seis no se integraron y cinco no completaron el tratamiento. El grupo quedó compuesto por 9 personas (44% de mujeres), con una media de edad de 44.33 y DT de 9.78.

### Tratamientos

Grupo 1: Abordaje con sustituto de nicotina (parches de nicotina). Tratamiento consistente en la autoadministración diaria durante cuatro semanas de un parche transdérmico de 30 mg de nicotina, procediéndose a la reducción progresiva cada 4 semanas de dosis a 20 y a 10 mg de nicotina. Los parches fueron distribuidos gratuitamente a los sujetos del grupo.

Grupo 2: Abordaje mediante información y educación sanitaria (sensibilización). Se les refirió mediante una conferencia el catálogo de recomendaciones de la Asociación Española contra el Cáncer para dejar de fumar, como material de apoyo a la actividad se entregó un tríptico especialmente editado para la ocasión con los mismos contenidos.

Grupo 3: Abordaje mediante tratamiento psicológico (entrenamiento conductual). Con una metodología de grupo cerrado se les entrenó durante tres sesiones en técnicas de autorregistro contemplando número de cigarrillos fumados y número de cigarrillos demorados, fijar objetivos de reducción semanales, evitar situaciones con la contingencia de la conducta hábito y se les proporcionó entrenamiento en técnicas de relajación con el método de Jacobson.

Las charlas de acogida fueron idénticas para los tres grupos a excepción de las instrucciones de tratamiento y realizadas a lo largo del mismo día y con el guión:

- Beneficios de salud de abandonar la conducta
- Repaso de normativa legal específica
- Problemas sanitarios relacionados con el hábito



- Referencia expresa a que habían sido seleccionados para cada grupo de tratamiento en función de su patrón de hábito ya que el tratamiento era el más adecuado para ellos. Advirtiéndoles que si no conseguían una reducción en la conducta a medio plazo existía la posibilidad de en un futuro considerar su redistribución en alguno de los otros grupos.

Esta última posibilidad fue establecida considerando que si alguno de los tratamientos no hubiera mostrado efectividad a medio plazo no sería ético mantener a un sujeto bajo uno inoperante y en contra de su deseo expreso de reducir la tasa de consumo.

### Variables

La variable dependiente en el estudio se operativizó mediante el número de cigarrillos fumados, tasa de conducta y número de sujetos abstinentes a lo largo del tiempo. Para ello se establecieron medidas periódicas mediante autorregistro del número de cigarrillos fumados durante una semana (lunes a domingo) y se procedió al cómputo de la media de cigarrillos diarios, su reducción a tasa porcentual sobre el pretest y cómputo de sujetos abstinentes.

La variable independiente en el estudio contemplada fue el tipo de tratamiento. Como variables intervinientes se contemplaron: las sistematizadas edad y sexo, controladas la motivación y expectativas sobre la eficacia del tratamiento generando las mismas expectativas de éxito sobre el tratamiento al comienzo de la intervención en la charla de acogida y reforzando individualmente la pertinencia a la inclusión en cada uno de los grupos de cada sujeto siempre que se presentaron dudas sobre la efectividad del tratamiento antes de la medida realizada a la cuarta semana.

### Análisis de datos y diseño

El diseño para llevar a cabo el estudio quedó constituido por uno experimental con tres grupos independientes, grupo 1 (N=15), grupo 2 (N=15) y grupo 3 (N=9). Así como tres diseños de grupos con datos apareados secuencialmente.

Las medidas sobre consumo se ordenaron secuencialmente: pretest en la semana anterior a la charla de acogida, durante el tratamiento en la segunda semana (T1) y cuarta semana (T2), coincidente con el fin del entrenamiento conductual, y en la décimo segunda semana (T3), coincidente con el fin del tratamiento de sustituto de nicotina, y de seguimiento al décimo octavo mes (S) tras la charla de acogida.

La potencia discriminadora del estudio quedó estimada en 8.60; 16.45 y 10.14 cigarrillos, respectivamente para las comparaciones entregrupos, grupos apareados de 15 sujetos y grupos apareados de 9 sujetos en las pruebas cuantitativas y de 4.35% para las cualitativas, en función de

la desviación tipo estimada para la población y número de sujetos en pruebas de significación bilaterales y riesgo alfa=riesgo beta del 5%.

El análisis de datos se realizó asumiéndose como significativos aquellos estadísticos con probabilidad alfa igual o inferior a .05. En el caso de comparaciones entregrupos se utilizó el estadístico F de Snedecor y al comparar un grupo con puntuaciones anteriores del mismo la prueba de signos de Wilcoxon para datos apareados. Al realizar estudios sobre determinación de tasas se procedió mediante la prueba de chi cuadrado (Ji).

### RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el estudio se resumen en la tabla 1, gráficos 1, 2 y 3. En ellos se puede observar una evolución en el tiempo con decremento del consumo en los grupos 1 y 3, mientras que el patrón del grupo 2 podría interpretarse como estable. También se observa como el grupo 2 fue suspendido a los tres meses de tratamiento atendiendo a la cláusula de rescisión de grupo ya señalada anteriormente.

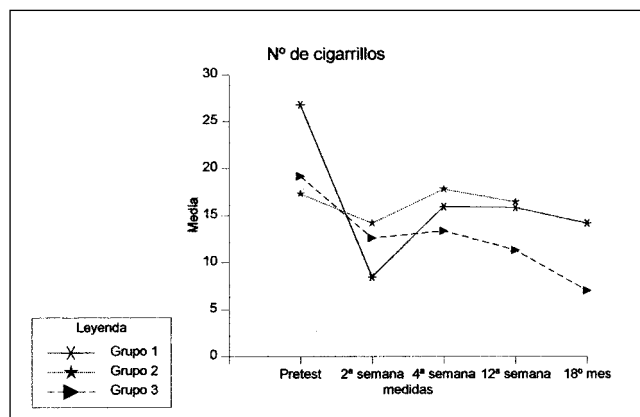




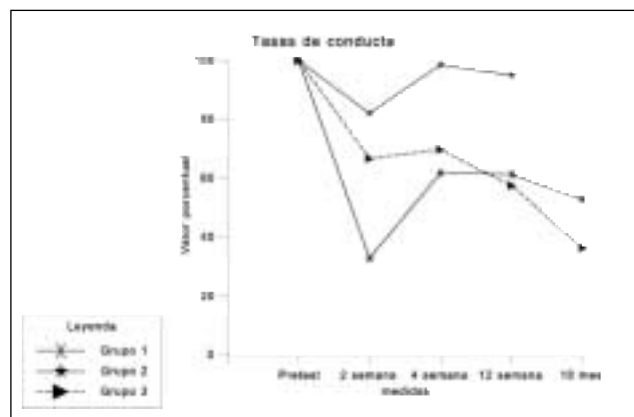
	Parches nicotina	Sensibilización	Conductual
N inicial	20	18	20
N final	15	15	9
Tasa abandono	25.00%	16.66%	55.00%
Edad final (DT)	38.00 ( 6.65)	40.47 (12.42)	44.33 ( 9.78)
% hembras final	40.00	46.66	44.00
Pretest (DT)	26.78 (21.23)	17.30 (11.57)	19.18 (15.47)
Tasa consumo	100%	100%	100%
Abstinentes	0 ( .00%)	0 ( .00%)	0 ( .00%)
Medida T1(DT)	8.46 (15.38)	14.20 (13.39)	12.57 ( 8.19)
Tasa	31.59%	82.08%	65.54%
Abstinentes	5 (33.33%)	0 ( .00%)	1 (11.11%)
Medida T2(DT)	15.92 (19.95)	17.07 (13.91)	13.35 (12.55)
Tasa consumo	59.45%	98.67%	69.60%
Abstinentes	4 (26.66%)	0 ( .00%)	2 (22.22%)
Medida T3(DT)	15.80 (19.90)	16.43 (14.60)	11.03 (12.83)
Tasa consumo	59.00%	94.97%	57.51%
Abstinentes	4 (26.66%)	1 ( 6.66%)	3 (33.33%)
Medida S(DT)	14.17 (20.07)	No contemplado	7.00 ( 9.45)
Tasa consumo	52.93%		36.49%
Abstinentes	4 (26.66%)		3 (33.33%)

**Tabla 1.** Resultados en las distintas variables por los diferentes grupos contemplando en los controles consumo medio de cigarrillos, desviación típica (DT), tanto por ciento de la conducta hábito con referencia al momento de pretest y número y porcentaje de sujetos abstinentes.

Se realizaron las comparaciones entre grupos, en primer lugar sobre las distribuciones de edad mediante el estadístico F de Snedecor, sin encontrar diferencia entre grupos ( $F=1.15$ ,  $P<.32$ ). Mediante una distribución de Ji con respecto al sexo, tampoco significativa ( $Ji=.76$ ,  $gl=2$ ,  $P<.68$ ), de donde se concluyó que los tres grupos eran equivalentes en cuanto a las variables intervinientes sistematizadas.



**Gráfico 1**



**Gráfico 2**

En cuanto a los resultados en la variable dependiente, los resultados tampoco demostraron significación estadística en la prueba al comparar los tres grupos entre sí en el pretest ( $F=1.30$ ,  $P<.28$ ), T1 ( $F=.73$ ,  $P<.48$ ), T2 ( $F=.15$ ,  $P<.86$ ) y S1 ( $F=.33$ ,  $P<.71$ ). En la medida S2 tampoco se observa diferencia significativa entre los grupos 1 y 3 ( $F=1.36$ ,  $P<.26$ )

Se procedió, seguidamente, al estudio por separado de la evolución de cada grupo, comparándolo consigo mismo a lo largo de los distintos controles mediante la prueba de signos de Wilcoxon para datos apareados.

Los resultados obtenidos para el grupo 1 (tabla 2, gráfica 1) muestran diferencia estadística significativa entre todas las medidas con el pretest y la medida T1 con el resto a excepción de S. Esto es, se produce una caída altamente significativa al comienzo del tratamiento para elevarse la media de consumo de forma significativa tras esta bajada y con tendencia a la estabilidad, pero la reducción experimentada es significativamente inferior al momento de comenzar el tratamiento.

	Medida T1	Medida T2	Medida T3	Medida S
Pretest	Rangos / Casos - 7.50 / 14 + .00 / 0 = / 1 <b>Z=-3.296</b> P< .001	Rangos / Casos - 7.00 / 13 + .00 / 0 = / 2 <b>Z=-3.179</b> P< .001	Rangos / Casos - 6.50 / 12 + .00 / 0 = / 3 <b>Z=-3.059</b> P< .002	Rangos / Casos - 7.64 / 11 + 3.50 / 2 = / 2 <b>Z=-2.690</b> P< .007
Medida T1		Rangos / Casos - .00 / 0 + 4.50 / 8 = / 7 <b>Z=-2.520</b> P< .011	Rangos / Casos - 1.00 / 1 + 4.50 / 6 = / 8 <b>Z=-2.197</b> P< .028	Rangos / Casos - 3.50 / 4 + 6.83 / 6 = / 5 Z=-1.376 P< .16
Medida T2			Rangos / Casos - 2.83 / 3 + 3.25 / 2 = / 10 Z=-.267 P< .78	Rangos / Casos - 5.33 / 6 + 5.75 / 4 = / 5 Z=-.458 P< .64
Medida T3				Rangos / Casos - 5.20 / 5 + 4.75 / 4 = / 6 Z=-.414 P< .67
Los estadísticos marcados en negrilla muestran significación				

**Tabla 2.** Resumen de estadísticos encontrados mediante la prueba de signos de Wilcoxon en el grupo de tratamiento de parches de nicotina al comparar los resultados entre las distintas medidas.

Con respecto al grupo 2 (tabla 3, gráfico 1) sólo se encuentran diferencias significativas al comparar los resultados entre el pretest y T1. Esto es, se produce un decremento significativo que luego es absorbido, siguiendo los sujetos consumiendo igual cantidad de tabaco de forma estable



	Medida T1	Medida T2	Medida T3
Pretest	Rangos / Casos - 6.91 11 + 7.50 2 = 2 Z=-2.131 P< .033	Rangos / Casos - 7.00 9 + 7.00 4 = 2 Z=-1.223 P< .22	Rangos / Casos - 6.65 10 + 8.17 3 = 2 Z=-1.468 P< .14
Medida T1		Rangos / Casos - 3.33 3 + 5.83 6 = 6 Z=-1.480 P< .13	Rangos / Casos - 4.13 4 + 6.42 6 = 5 Z=-1.121 P< .26
Medida T2			Rangos / Casos - 2.33 3 + 3.00 1 = 11 Z=-.730 P< .46
Los estadísticos marcados en negrilla muestran significación			

**Tabla 3.** Resumen de estadísticos encontrados mediante la prueba de signos de Wilcoxon en el grupo de tratamiento mediante sensibilización al comparar los resultados entre las diferentes medidas.

En cuanto al grupo 3 (tabla 4, gráfico 1) los resultados significativos estadísticamente sólo se encuentran al comparar T2, T3 y S con el pretest. Esto es, no se observa ningún sesgo de recaída y sí una reducción progresiva significativa de reducción del consumo de tabaco comparado con los niveles previos al comienzo del tratamiento.

Seguidamente se procedió a estudiar las tasas de conducta en los diferentes controles con el fin de proceder a otro tipo de abordaje estadístico independiente de la dispersión intragrupo para afinar aún más el análisis de resultados en función de los resultados recogidos en la tabla 1 y gráfico 2.

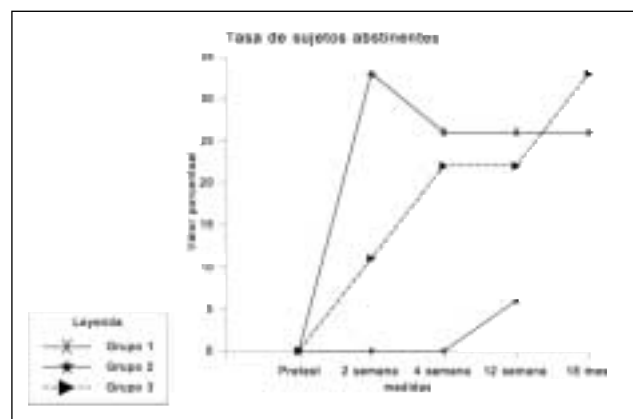
Al analizar las diferencias mediante Ji, para comprobar si había habido efectividad de tratamientos, cuando se realizó la matriz de las proporciones en función de las tasas de conducta con todos los controles, se encontraron diferencias significativas (Ji=20.03, gl=6, P<.002).

Al comparar los distintos controles se encontraron diferencias significativas entre el pretest, T1, T2 y T3 (Ji=15.41, 5.99 y 6.87, gl=2, P<.001, 0.05 y .032, respectivamente. y T2 y T3 (Ji=7.667, gl=2, P<.05).

Al analizar la diferencia entre cada par de grupos se encontraron diferencias significativas en la distribución de tasas en T1 entre el grupo 1 y los otros dos (Ji=15.11 y 8.25,

gl=1, P<.000 y .004, respectivamente). En T2 sólo resultó significativa la comparación entre el grupo 1 y grupo 2 (Ji=5.49, gl=1, P<.019). Y, por último en T3 se hallaron diferencias significativas entre el grupo 2 y los otros grupos (Ji=4.58 y 5.22, gl=1, P<.032 y 0.22, respectivamente). Por último en S tampoco aparecen diferencias significativas entre los grupos 1 y 3 (Ji=2.03, gl=1, P<.15).

Por último se procedió al análisis de la distribución porcentual de sujetos abstinentes (gráfico 3; tabla 1).



**Gráfico 3**

	Medida T1	Medida T2	Medida T3	Medida S
Pretest	Rangos / Casos - 5.67 6 + 3.67 3 = 0 Z=-1.362 P< .17	Rangos / Casos - 6.00 7 + 1.50 2 = 0 Z=- <b>2.310</b> P< .020	Rangos / Casos - 5.71 7 + 2.50 2 = 0 Z=- <b>2.073</b> P< .038	Rangos / Casos - 5.57 7 + 3.00 2 = 0 Z=- <b>1.954</b> P< .05
Medida T1		Rangos / Casos - 3.33 3 + 3.67 3 = 3 Z=- .105 P< .91	Rangos / Casos - 3.00 5 + 6.00 1 = 3 Z=- .943 P< .34	Rangos / Casos - 6.25 4 + 2.75 4 = 1 Z=- .980 P< .32
Medida T2			Rangos / Casos - 3.67 3 + 2.00 2 = 4 Z=- .944 P< .34	Rangos / Casos - 5.25 4 + 2.33 3 = 2 Z=-1.183 P< .23
Medida T3				Rangos / Casos - 6.00 3 + 2.50 4 = 2 Z=- .676 P< .49
Los estadísticos marcados en negrilla muestran significación				

**Tabla 4.** Resumen de estadísticos encontrados mediante la prueba de signos de Wilcoxon en el grupo de tratamiento conductual al comparar los resultados en las diferentes medidas.

Al analizar las diferencias mediante Ji encontramos diferencias significativas entre la distribución de sujetos abstinentes a lo largo de T1, T2 y T3 para los tres grupos ( $J_i=19.809$ ,  $gl=4$ ,  $P<.000$ ).

Al comparar las distribuciones entre cada par de grupos se encontró que existía diferencia entre las distribuciones de los grupos 1 y 3 entre las medidas T1, T2 y T3 ( $J_i=12.35$ ,  $gl=3$ ,  $P<.006$ ) y entre las distribuciones de T1, T2 y T3 entre los grupos 1 y 2 ( $J_i=11.84$ ,  $gl=2$ ,  $P<.002$ ). La distribución de sujetos abstinentes en T3 y S no difiere entre los grupos 1 y 3 ( $J_i=1.08$ ,  $.29$  y  $.00$ ,  $gl=1$ ,  $P<.29$ ,  $.29$  y  $1.00$ , respectivamente). Aunque la distribución de sujetos abstinentes variaba en función de la medida T1 al compararlo con las otras medidas ( $J_i=4.33$ ,  $J_i=2.89$  y  $J_i=9.6$ ,  $gl=1$ ,  $P<.03$ ,  $.08$  y  $.001$ , respectivamente). Esto es la distribución de sujetos abstinentes en el grupo 3 no es estable en función de los mismos del grupo 1.

No se procedió a realizar las comparaciones entre os grupos 2 y 3 debido a problemas de metodología en el análisis de Ji.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En primer lugar una referencia a los problemas encontrados en el análisis de datos obtenidos en el estudio: Los resultados al utilizar la medida del número real de cigarrillos no aportan ninguna diferencia significativa mediante el análisis con el estadístico F de Snedecor en las medidas entre ninguno de los grupos. Este resultado permitiría concluir la ineficacia de los tratamientos, pero si se observan las evoluciones de las desviaciones tipo (tabla 1) que crecen en todos los grupos en las sucesivas medidas con una mayor dispersión de los resultados, también se puede plantear que un abordaje cuantitativo estricto en este caso complica el conseguir resultados estadísticos significativos. Lo que además queda apoyado si se tiene en cuenta que hay sujetos refractarios a la intervención que siguen con el mismo consumo durante todo el estudio, otros que disminuyen parcialmente su consumo y los que logran la abstinencia completa, cambiando su distribución en cada grupo en las diferentes medidas sobre todo en los



grupos de tratamiento. Concluyéndose, en todo caso, que el abordaje global y cuantitativo de análisis de datos no es el más adecuado en este estudio.

Cuando se cambia el enfoque de análisis de datos (tablas 1, 2, 3 y 4) con una reducción de los datos por grupo a términos equiparables, bien sea sobre las tasas, bien sobre cada grupo comparándose consigo mismo, los resultados obtenidos muestran significación, hecho que resume el "problema estadístico" antes señalado. Así se encuentra al comparar la evolución temporal: el grupo 1 (tabla 2) muestra una reducción significativa, en el primer momento más acusada pero con una alta tasa de recaída posterior, aunque al momento de concluir el estudio con un consumo inferior al momento de pretest. El grupo 2 (tabla 3) muestra una primera reducción significativa a las 2 semanas de la intervención, aunque en los controles posteriores vuelve al nivel de consumo pretest. Y, por último, el grupo 3 muestra una evolución más pausada en el tiempo pero con una clara tendencia significativa de decremento de consumo.

Estos resultados deben ser matizados sobre todo, ya que el control de la 4ª semana coincide en el tiempo con el fin del programa de entrenamiento conductual que no tendría por qué producir resultados antes de su finalización. Esta matización resulta avalada por el análisis de la tasa de conducta así como el de sujetos abstinentes, en la que encontramos que en el control de la 2ª semana el grupo de parches de nicotina tiene una eficacia claramente superior a los otros dos grupos, en el control de la 4ª semana que se mantiene este resultado sólo en tasa de reducción, y a partir del control de la 12ª semana las tasas de reducción de los grupos 1 y 3 son equiparables mientras que el grupo 2 presenta una tasa de consumo significativamente más alta y menor proporción de abstinentes. Así como que los resultados de los grupos en tratamiento se mantienen una vez estabilizados a lo largo de año y medio.

De esta reflexión se puede concluir en primer lugar que la evolución del grupo de sensibilización es distinta a la de los otros dos grupos, aunque no es posible afirmar su ineficacia ya que produce una reducción significativa de consumo en el control de la segunda semana y en el seguimiento a los 3 meses sí existía porcentaje de sujetos abstinentes. Aunque sí puede afirmarse su menor efectividad con los grupos de tratamiento. Siguiendo en esta línea de razonamiento parece probable que el efecto a corto plazo del "componente educativo" sea reforzado en los grupos de tratamiento.

En resumen, la primera conclusión que se deriva del estudio es que los programas de abordaje educativo o de sensibilización basados en información y recomendaciones sólo producen efectos a muy corto plazo y son marcadamente inferiores en su efectividad a los programas de tratamiento, independientemente del tipo que sean.

También parece demostrado que no es posible concluir la mayor adecuación del tratamiento farmacológico o el conductual a corto o largo plazo. Este aspecto puede ser revisado desde dos enfoques distintos:

Primero, con respecto a la inmediatez de resultados el grupo tratado con sustituto de la nicotina presenta un mayor número de sujetos abstinentes y de reducción de tasa en menor tiempo, pero no se consigue mayor eficacia y constancia de los efectos en el tiempo.

Segundo, con respecto a la eficacia del tratamiento, ésta puede ser enfocada también desde dos parámetros distintos bien desde la de sujetos abstinentes bien en cuanto a la reducción de tasas, ya que no necesariamente el interés del sujeto debe ser la abstinencia total, sino la simple reducción y control del hábito (Becoña & Lista, 1989).

Aunque no existe diferencia significativa entre los resultados obtenidos por los dos tratamientos cuando se realiza el seguimiento, los datos podrían permitir asumir una mayor eficacia relativa del grupo conductual a largo plazo pero debido al número de sujetos que no completaron el tratamiento tampoco permite la conclusión de mejor indicación de tratamiento.

En segundo lugar, la discusión sobre este aspecto ha de tener en cuenta los problemas asociados a cada tipo de enfoque, los tratamientos con sustitutos de nicotina presentan serios inconvenientes: el primero es su mayor coste por tratamiento individual frente al del tratamiento conductual, el segundo la serie de contraindicaciones médicas que presenta y, por último, recordar que al tratarse de liberar en el organismo dosis controladas de nicotina hay que extremar precauciones de interacción, dado que una dosis de más de 50 mg es altamente tóxica. Por su parte las actuaciones psicológicas también presentan inconvenientes: hay que asumir que sobre una cuarta parte de los sujetos en los programas conductuales de alto control no van a integrarse o completar el tratamiento (Herrero & Massana, 1993), hecho que en el estudio se eleva hasta el 55% dado que era un estudio de bajo control. Así como ya se ha señalado que requieren, aún con los mismos efectos, de un proceso de intervención más largo y protocolizado con efectos sensibles más tardíos.

Así la conclusión sobre la mayor adecuación de uno u otro tratamiento debe estar siempre en relación con las posibilidades de intervención, tiempo, recursos y otras variables de los sujetos sobre los que intervenir y sus condiciones individuales, sin olvidar que hasta los abordajes de sensibilización también muestran algún efecto.

De todas formas sí puede concluirse que los resultados obtenidos para los tipos de tratamiento entran dentro de la categoría de programas de buena eficacia según los criterios de Leventhal & Cleary (1980).





Probablemente no parece muy aventurado concluir que un tratamiento conjunto y coadyuvante entre alguna combinación de técnicas podría haber mostrado una mayor eficacia que cada una por separado, pero esta posibilidad excedía las posibilidades del estudio.

Para finalizar la revisión de hallazgos obtenidos en el estudio y discutidos puede concluirse:

1. Es posible diseñar y realizar intervenciones exitosas sobre reducción de consumo tabáquico desde cualquier tipo de abordaje.
2. Los programas de sensibilización son efectivos a muy corto plazo pero de menor impacto a corto y largo plazo que los programas de tratamiento.

3. Los tratamientos de reducción del hábito tabáquico contemplados muestran consistencia a largo plazo y entran dentro de unos parámetros de buena eficacia.
4. No existe una mejor indicación sobre programas de tratamiento en solitario, mostrando una efectividad parecida a corto y largo plazo. Aunque probablemente la utilización de técnicas de tratamiento combinadas resulten más eficaces, a pesar de que esto último pueda requerir una replicación del estudio.



## BIBLIOGRAFÍA

Barham, P (1990). Cessation of smoking. Drug therapy in perspective. *New Ethicals, Jan.*: 7-14.

Becoña, E. & Lista, M.J. (1989). Tratamiento de fumadores con la técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán. *Psiquis*, 10:38-44

Departamento de Sanidad de la Generalitat de Catalunya. (1984). *Orientaciones y programas: Educación para la salud en la escuela*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Doll, R. & Hill, A.B. (1991). El hábito de fumar y el carcinoma de pulmón: informe preliminar. En C. Buck, A. Llopis, E. Nájera & M. Terris (eds.): *El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. 511-529.

Fageström, K.O. (1984). Efectos del chicle de nicotina y entrevistas de seguimiento en dejar de fumar por consejo médico. *Med. Prev.*, 13:517-527

Foxx, R.M. & Brown, R.A. (1979). Nicotine fading and self-monitoring for cigarette abstinence or controlled smoking. *J. App. Behav. Anal.*, 12:111-125.

González Pérez, G.J. & Vega López M.G. (1995). Estudio de la mortalidad atribuible al tabaquismo en Jalisco, México. *Rev. Esp. Salud Púb.*, 69:509-518.

Herrero, L & Massana, J. (1993). Tratamiento farmacológico de los estados de ansiedad. En E. González: *Psicofarmacología aplicada. 2ª Ed.* Organón Española: Barcelona.135-146.

Leventhal, H. & Cleary, P.D. (1980). The smoking problem: A review of the research theory in behavioral risk modification. *Psych. Bull.*, 88:370-405.

Lichtenstein, E. (1982). The smoking problem: A behavioral perspective. *J. Consult. Clin. Psych.*, 50:804-819.

Muñoz, J.; Figueras, M.P.; Martínez, R. & Arroyo, J.R (1994). Tabaquismo y enfermedad cardio-vascular. *Med. Int.* 24:292-294

Russel, M.A.H.; Merriman, R.; Stapleton, J & Taylor, W. (1983). Efecto del chicle de nicotina como coadyuvante a los consejos médicos contra el hábito de fumar. *Bol. Méd. Brit.*, 287:1782-1785.

Wynder, E.L. & Graham E.A. (1991). El consumo de tabaco como posible factor etiológico en el carcinoma broncogénico: un estudio de 684 casos comprobados. En C. Buck, A. Llopis, E. Nájera & M. Terris (eds.): *El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. 492-505.





# OSALAN

**AL PERSONAL SANITARIO DE LOS  
SERVICIOS DE PREVENCIÓN:**

*"Ayuda a controlar la Salud Laboral  
de la población trabajadora, mediante  
la vigilancia sanitaria específica"*



# legislación



27

El día 7 de Noviembre de 2001 fue presentado como nuevo Presidente de la Agencia Europea el Sr. Marcel Wilders. A dicho acto fuimos invitados como Sociedad reconocida por la Agencia Europea en materia de Seguridad Laboral.

Se presenta a continuación el comunicado íntegro:

## COMUNICADO DE PRENSA

7 de Noviembre 2001

Para su publicación inmediata

### EL NUEVO PRESIDENTE ANUNCIA LOS PLANES DE LA AGENCIA ORIENTADOS AL "ESTRÉS EN EL TRABAJO"

Reunido en Bilbao los días 6 y 7 de Noviembre, el Consejo de Administración de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, ha elegido a Marcel Wilders como su nuevo presidente y ha aprobado el programa de trabajo de la Agencia para 2002.

El Sr. Marcel Wilders es el representante neerlandés de los trabajadores y líder del grupo del trabajadores del Consejo de la Agencia. Sustituye a la actual Presidenta, la Sra. Christa Schweng, representante de los empresarios austríacos. Ésta será la segunda ocasión como Presidente para el Sr. Wilders, puesto que ocupó ya el cargo en el período de 1998 hasta 1999.

Con motivo de su nombramiento, el Sr. Wilders ha manifestado *"La Agencia ha cambiado mucho en sus primeros cinco años, pero quedan muchas cosas por hacer hasta conseguir que los lugares de trabajo de Europa sean más seguros y saludables. El estrés en el trabajo, por ejemplo, ha sido identificado como un problema creciente. Por esta razón, el programa de trabajo de la Agencia para el año 2002 incluye una importante campaña informativa sobre el tema. Al mismo tiempo, la Agencia continuará desarrollando sus recursos de información sobre los riesgos más tradicionales, con especial énfasis en los peligros del trabajo en el sector pesquero"*.

*Actividades de información como éstas,*

*orientadas sectorialmente parecen ser un prometedor camino hacia delante. Pero para conseguir una mejor visión del trabajo de la Agencia, necesitamos desarrollar también nuevos métodos para mantener al día la información sobre necesidades de los usuarios. Estoy deseando apoyar a la Agencia en estas importantes actividades"*

Se adjunta un currículum vitae del Sr. Wilders.

28

### **Estrés, pesca y educación – prioridades para 2002**

El programa de trabajo 2002 de la Agencia estará centrado en la consolidación u mayor desarrollo de los servicios de información establecidos durante sus cinco primeros años operativos. El estrés en el trabajo, el sector pesquero y el desarrollo de una **"cultura preventiva"** están entre las prioridades del programa.

Más de 41 millones de trabajadores de la UE sufren cada año estrés en el trabajo. **La Semana Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo 2002** está orientada a enfrentarse a este problema creciente mediante el aumento de la sensibilización sobre estos y otros riesgos psicosociales, así como la promoción y el desarrollo de medidas preventivas. Se apoyará en el éxito de las dos campañas previas organizadas por la Agencia, centradas en los trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo en 2000 y los accidentes en 2001. El Consejo de Administración ha aprobado también la fase inicial de los preparativos para la campaña de 2003, que se centrará en las sustancias peligrosas, especialmente en los disolventes orgánicos.

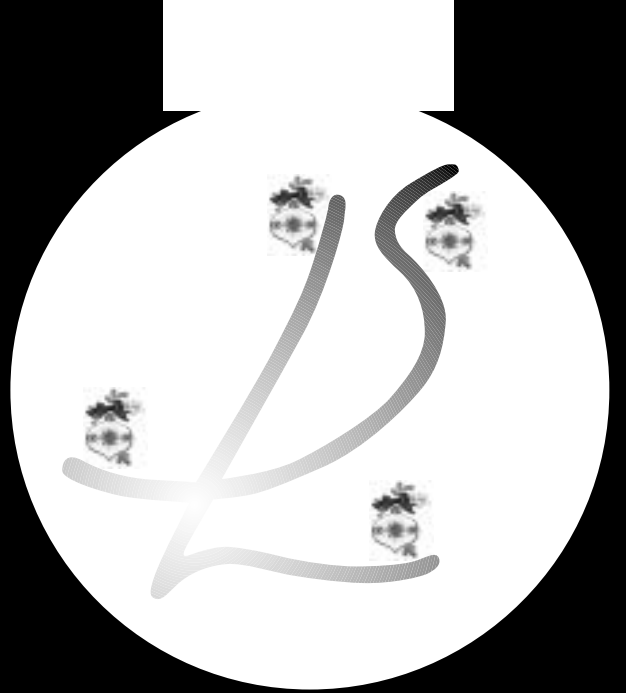
La **pesca** es todavía la actividad más peligrosa. de acuerdo a las recientemente publicadas estadísticas de Eurostat, el riesgo de accidente en el sector pesquero es 2,4 veces mayor que la media laboral en la UE. En 2002, la Agencia desarrollará un nuevo sistema de información de apoyo a la implantación de programas para mejorar la seguridad y la salud en el sector y proveer información clave sobre buenas prácticas para su uso en los lugares de trabajo de los Estados miembros.

Igualmente, la Agencia unirá sus fuerzas con la Presidencia Española de la UE para explorar la mejor manera de desarrollar una **"cultura preventiva"** entre los futuros trabajadores y empresarios. En un seminario en la primavera de 2002, destacados expertos debatirán sobre diferentes programas, prácticas y experiencias en el proceso de integración de la seguridad y la salud laboral en los sistemas educativos.

Como comentario a las conclusiones de la reunión del Consejo, el **Director de la Agencia Europea, el Sr. Hans-Horst Konkoleuwsy**, ha dicho: *"Estoy muy contento de dar la bienvenida de nuevo a Marcel Wilders como Presidente de la Agencia y deseoso de trabajar estrechamente con él en la promoción de las actividades de seguridad y salud de la Agencia en 2002"*.

# *Felices Fiestas*

*de parte de todas las personas que  
hacemos la revista S.E.S.L.A.P.*



FELIZ NAVIDAD Y PRÓSPERO AÑO 2002  
MOYLU YENI YILLAR  
BON NADAL I FELIÇ ANY NOU  
FELIZ ANO NOVO  
GODT NYTT ÅR  
ZORIONAK ETA URTE BERI ON  
BONNE ET HEUREUSE ANNÉE  
BONES NAVIDAES FELIZ AÑU NUEU  
FROHE WEIHNACHTEN UND EIN GUTES NEUES JAHR  
BO NADAL E FELIZ ANINOVO  
MERRY CHRISTMAS AND HAPPY NEW YEAR  
BON NADAU E ERÓS AN NAU  
GOTT NYTT ÅR  
GELUKKIG NIEUWJAAR  
SELAMA TTAHUN BARU  
MISTÓS ULA QUÉ TA BUTÉN GERÓ DE BERG  
祝 你们 新年好!  
**С HOBBИМ ГОДОМ!**  
ST' ASTNÝ NOVÝ ROK  
GODT NYTÅR  
**שנה טובה ומאושרת!**  
新年 おめでとうございます  
ساله و فلاح به خیر  
SZCZEŚLIWEGO NOWEGO ROKU  
KA ΛΑ ΧΡΙΣΤΟΥΓΕΝΝΑ ΚΑΙ ΚΑΛΗ ΠΡΩΤΟΧΡΟΝΙΑ

# PUBLICIDAD

## Renitec MAX

# agenda de congresos



## II CONGRESO INTERNACIONAL DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.

20/2/02-22/2/02, Universidad Tecnológica de Tampere, Centro de Ergonomía de la Universidad de Louisville, ETSEIB, Palacio de Congresos de Maspalomas, Las Palmas, España.  
TEL: 93.4011758  
info@orp2002.com  
natalia@ioc.upc.es



## VI CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LOS TRAUMATISMOS.

12/5/02-15/5/02, OMS, Québec, Canadá.  
trauma@coplanor.qc.ca  
www.trauma2002.com



## CONFERENCIA Y EXPOSICIÓN SOBRE HIGIENE INDUSTRIAL EN AMÉRICA.

16/5/02-24/5/02, American Industrial Hygiene Association, San Diego, EEUU.  
Fax 17032073561.



## III CONGRESO INTERNACIONAL: MUJERES, TRABAJO Y SALUD.

2/6/02-5/6/02, National Institute for Working Life, Estocolmo, Suecia.  
wwh@niwl.se  
www.niwl.se



## V CONFERENCIA CIENTÍFICA INTERNACIONAL DE LA IOHA.

10/6/02-14/6/02, Division of Occupational Medicine, University of Bergen, Bergen, Noruega.  
Bjorg.Hollund@isf.uib.no  
www.takwam.no/nyf/ioha-bergen.htm



## VII SIMPOSIO INTERNACIONAL, MÉTODOS NEUROCOMPORTAMENTALES Y EFECTOS EN SALUD LABORAL Y AMBIENTAL.

23/6/02-26/6/02, Institute of Occupational Health of University of Brescia, Brescia, Italia.  
lucchini@cci.unibs.it  
www.unibis.it/medlav



## 6º CONGRESO PANAMERICANO DE ILUMINACIÓN.

24/6/02-28/6/02, Universidad Nacional de Tucumán, Argentina.  
illum@herrera.unt.edu.ar  
www.unt.edu.ar/facet/dlumin/index.html



## NEW DEVELOPMENTS IN WORKING ENVIRONMENT AND HEALTH.

9/9/02-11/9/02, National Institute of Occupational Health, Copenhagen, Dinamarca.  
df@ami.dk  
www.ami.dk



## ACOH 2002: XVII CONFERENCIA ASIÁTICA SOBRE SALUD LABORAL: TRABAJO, AMBIENTE Y SALUD EN EL SIGLO XXI, LAS PERSPECTIVAS ASIÁTICAS.

1/11/02-4/11/02, National Cheng Kung University, Taipei, Taiwan.  
Acoh2002@seed.net.tw  
www.ach2002.org.tw.



# direcciones webb

<http://www.ditto.com/>

Buscador de imágenes Ditto Ditto Visual Search is a fun, fast intuitive way to search the Internet. Our products can span the web or target site specific images and content.

<http://images.google.com/>

Búsqueda imágenes Google. Hay que introducir un nombre de búsqueda.

<http://www.gifmania.com/>

Gifs Animados Más de 10.000 Gifs Animados de uso gratis en las paginas web. Seleccionados y ordenados por categorías.

<http://telemedicine.org/contact.htm>

Electronic Textbook of Dermatology, Contact Dermatitis Electronic Textbook of Dermatology, Contact Dermatitis

<http://brighamrad.harvard.edu/education/online/Cardiac/Cardiacframe.html>

Atlas of Myocardial Perfusion SPECT: Cover Page (Frames version) 70 teaching cases with clinical information, color SPECT images, explanations, self quiz, and slide shows. Nuclear Medicine, Cardiology, and Radiology education. Free of charge from Harvard Medical School, Boston

<http://www.asahq.org/wlm/VirtualTour/Node2.html#naram3>

WLM Virtual Tour Pennsylvania's North American Draeger Courtesy of Peter Schreiber and James Yoder. ©1994, The Wood Library-Museum of Anesthesiology

<http://medstat.med.utah.edu/kw/ecg/>

ECG

Learning Center The ECG Learning center offers an extensive tutorial, ECG images, and a self-paced quiz

<http://www.aum.iawf.unibe.ch/vlz/BWL/HemoSurf/Indexe.htm>

HemoSurf Welcome to HemoSurf An Interactive Hematology Atlas

<http://www.archimagen.com/>

ARCHIMAGEN Directorio de imágenes en castellano

[http://gastroatlas.com/home\\_page.cfm](http://gastroatlas.com/home_page.cfm)

Feldman's GastroAtlas Online Feldman's GastroAtlas is the ultimate online image resource, containing over 4,000 images in every area of gastroenterology and hepatology.

[http://www.dermis.net/bilddb/index\\_e.htm](http://www.dermis.net/bilddb/index_e.htm)

DermIS - DOIA Dermatology Online Atlas (Engl) busque en nuestra base de datos por diagnósticos dermatológicos

<http://homepages.enterprise.net/djenkins/ecghome.html>

Electrocardiogram (ECG, EKG) library An electrocardiogram (ECG / EKG) is an electrical recording of the heart and is used in the investigation of heart disease. This library is a collection of realistic looking recordings which will help improve your ECG skills.



**Boletín de solicitud de MIEMBRO DE LA S.E.S.L.A.P.**

Apellidos: ..... Nombre: .....

Profesión: ..... Fecha Nacimiento: .....

Departamento / Ministerio / Organismo Público: .....

Dirección Particular: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

C.P.: ..... Teléfono: ..... Fax: .....

**DATOS DOMICILIACION BANCARIA:**

Banco o Caja: .....

Dirección: .....

Localidad: ..... C.P.: ..... Provincia: .....

Titular de la Cuenta: .....

Banco o Caja \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_ DC \_\_\_\_\_ Cuenta \_\_\_\_\_

Fecha: ..... Firma: .....



33

**Boletín de solicitud de SUSCRIPCION a la revista S.E.S.L.A.P.**

Apellidos: ..... Nombre: .....

Profesión: ..... Fecha Nacimiento: .....

Organismo Público: .....

Dirección Particular: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

C.P.: ..... Teléfono: ..... Fax: .....

**Entidad pagadora:** (sólo cumplimentar si no coincide con el Departamento/Organismo)

N.I.F.: ..... Dirección: .....

Banco o Caja: .....

Dirección: .....

Localidad: ..... C.P.: ..... Provincia: .....

Titular de la Cuenta: .....

Banco o Caja \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_ DC \_\_\_\_\_ Cuenta \_\_\_\_\_

Fecha: ..... Firma: .....

El precio de la suscripción a la revista es de 1.500 ptas. anuales. Socios de S.E.S.L.A.P. exentos.

Remitir a: SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD LABORAL EN LA ADMINISTRACION PUBLICA (S.E.S.L.A.P.)  
c/ Urbietta, 39 - 1º Izquierda  
20006 SAN SEBASTIAN