Universidad Abierta Interamericana



Facultad: Medicina

Título: Tabaquismo en los médicos y la actitud frente a la prevención y prescripción a pacientes fumadores.

Title: Smoking in doctors and the attitude towards the prevention and prescription to smoking pacients.

Autor: Diego Cipriano Jara

Tutor: Dra. Camila Gavazzo

Teléfono: (011) 5691-6646

Mail: camila.gavazzo@hospitalitaliano.org.ar

Lugar de trabajo: Piletones

RESUMEN

Los profesionales de la salud tienen como objetivo, no solo intervenir frente a las enfermedades manifiestas, sino que también cumplen un rol predominante en la prevención, ya sea en su praxis diaria, como también en el desarrollo de investigaciones y políticas públicas para intervenir en la comunidad. El ambiente laboral toxico puede influenciar en el aumento del consumo de tabaco en los profesionales médicos, Las características que presentan los médicos y la actitud frente a los pacientes cuando el profesional es fumador, podría influir en la intervención. En el presente trabajo, por medio del *Test de Fagerstrom*[1] y del *Test ¿Por qué fuma usted?*[2] Sumado a las encuestas la pregunta "*¿Considera que el tabaquismo en los médicos incide en la prescripción de cesación en pacientes fumadores y prevención en pacientes no fumadores?"*, se evaluará no sólo si es o no un obstáculo, sino también el grado de adicción a la nicotina, los factores estresógenos y las conductas condicionantes respecto al consumo. De los profesionales fumadores, surge un nivel alto de dependencia a la nicotina, los motivos prevalentes fueron "fumador social y placer". También es relevante que de los médicos fumadores casi el 70% son mujeres. La mayoría de los encuestados, refiere que el consumo no impide intervenir sobre la prevención y/o prescripción de suspensión del hábito a sus pacientes. (resumen hasta 200 palabras tiene 290)

ABSTRACT

Health professionals aim to not only intervene in the face of manifest diseases, but also fulfill a predominant role in prevention, either in their daily practice, but also in the development of research and public policies to intervene in the community.. The characteristics that doctors present and the attitude towards patients when the professional is a smoker could influence the intervention. In this paper, through the Fagerstrom Test and the Test Why do you smoke? In addition to the questionnaire, do you consider that smoking in doctors affects the prescription of cessation in smoking patients and prevention in non-smoking patients? They will be evaluated not only if it is an obstacle or not, from smoking professionals, a level arises high dependence on nicotine, the stressors and the prevalent reasons were "social smoker and pleasure." It is also relevant that of the smoking doctors almost 70% are women. The majority of respondents report that consumption does not prevent intervention on the prevention and / or prescription of suspension of habit to their patients, as well as the degree of nicotine addiction and the conditioning behaviors regarding consumption.

Palabras claves: Tabaquismo, percepción de riesgo, profesionales sanitarios, adicción, estrés, prevención.

[1] **El test de Fagerström** ha sido el más usado a nivel mundial y ha servido de base para la elaboración de otros instrumentos como el Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo. *"Análisis psicométrico del test de Fagerström de dependencia a la nicotina en una muestra de estudiantes universitarios de Arequipa, Perú"*. Walter L. Arias-Gallegos1,a, Julio C. Huamani-Cahua1,a, Ronald Choque-Vera - 29/08/2018. Ver Anexo Cuadro 2

[2] Ver Anexo Cuadro 3

INTRODUCCION

El tabaquismo es la principal causa de morbimortalidad, es una problemática a nivel mundial, que provoca daños en la población, convirtiéndose en una de las primeras causas de muerte prevenibles en el mundo y una epidemia para la humanidad. La OMS[3] señala que se producen cerca de 5 millones de muertes por año, por lo cual ocasiona aproximadamente 13.500 muertes diarias y se prevé la duplicación de esa cifra para el año 2020, por lo cual demandaría acciones más contundentes para afrontar la tendencia.

Sus consecuencias son devastadoras, dice la FIC[4]: *"[…] Durante el siglo XX, murieron 100 millones de personas por causas vinculadas al tabaco. […] Según el Ministerio de Salud, la epidemia del tabaquismo afecta en Argentina a casi 9.000.000 de personas. La última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2018) arrojó que el 22,2% de la población adulta consume tabaco. El consumo de tabaco es la primera causa evitable de muerte prematura: produce más de 44.000 muertes anuales. De acuerdo al Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, nuestro país gasta cada año más de 20.000 millones de pesos en atender las enfermedades que provoca la adicción al tabaco y 6.000 personas que no fuman mueren como consecuencia de la exposición al humo de tabaco ajeno. Sólo la acción de los gobiernos y la sociedad civil permitirá contrarrestar los devastadores efectos que esta epidemia tienen para la salud pública".*

El tabaco es originario de Sudamérica, y fue introducido en Europa por los colonizadores a partir de 1492. Era utilizado por los nativos en ritos sagrados. Su consumo fue creciendo a partir de la Primera Guerra Mundial como cigarrillo; su consumo eleva los riesgos de patologías cardíacas, vasculares, oncológicas, entre otras. El fumar es un mecanismo que señala no solo la dependencia física a la nicotina[5], también la dependencia psicológica tiene como promotores estímulos socioculturales, de comportamientos y aceptación en las relaciones, modas, etc. lo cual influye en el sostenimiento del hábito. Además, hay que tener en cuenta, la evolución respecto a la noción del tabaquismo, ya que en diferentes décadas pasó de ser un consumo a una adicción. Y es por ello, que las características que presentan los médicos y la actitud frente a los pacientes cuando el profesional es fumador, podría influir en la intervención ya que dicha profesión está visibilizada como ejemplo en la prevención, conducta saludable y cuidado de la salud.

Es importante tener en cuenta un dato que ha sido observado particularmente en Argentina, y es que: la prevalencia del tabaquismo tanto en los profesionales de la salud y la población en general es similar, lo cual señala un déficit –más allá de la formación en el personal de salud sobre sus riesgos- en la concientización del problema que representa su consumo para la salud pública. Además nuestro país tiene los niveles más elevados de América Latina en lo que respecta al tabaquismo pasivo. Asimismo, La Ley Provincial 11.421, por ejemplo, obliga a abstenerse de fumar en ambientes relacionados con la salud. No obstante, los resultados del impacto de esta ley en los agentes de salud son aún inciertos, considerando importante fomentar e implementar políticas públicas para la

[3] Organización Mundial de la Salud

[4] Fundación Interamericana del corazón Argentina

[5] La nicotina : alcaloide producto del tabaco con propiedades psicoactivas y adictivas al aumento de la liberación de dopamina en los circuitos de recompensa, por su acción agonista sobre receptores colinérgicos nicotínicos.

cesación del hábito de fumar y la promoción de ambientes libres de humo en todas las Instituciones de salud pública y privada.

PLANTEO DEL PROBLEMA

Los médicos (y demás profesionales de la salud) configuran un punto de partida importante, en lo que respecta al logro de acciones positivas para generar cambios frente al tabaquismo. El consumo de tabaco provoca un gran impacto sobre la salud, y no sólo en los fumadores, también en los fumadores pasivos, generando graves consecuencias en cualquiera de las formas de consumo. Asimismo, un porcentaje significativo de médicos fuman, lo cual interfiere en la intervención con los pacientes observándose este aspecto negativo para la prevención/prescripción de cesación, obstaculizando el control de su consumo en la población. El médico no desconoce el impacto que deviene a partir de su consumo y sus consecuencias, por lo cual es importante realizar un planteamiento acerca de los factores que inciden en la conducta fumadora de los profesionales, entre ellos el ámbito laboral exigente compuesto por precariedad laboral y salarial, exigencia profesional y falta de políticas de contención para tramitar estresógenos sin recurrir a objetos externos nocivos que descarguen las tensiones adquiridas, y por otro lado su formación académica- su conducta fumadora, está lo suficientemente concientizada, dado el compromiso que mantiene como médico, en el cuidado de la salud. Surge así, un aspecto paradojal –en función de su praxis- entre el compromiso como agente de salud y su consumo.

HIPOTESIS: El consumo de tabaco es estimulado por factores estresógenos en los profesionales de la salud médicos, además es un obstaculizador para generar prevención/prescripción de cesación en la práctica médica ante pacientes fumadores.

MARCO TEORICO

El trabajador de la salud está sometido a las mismas situaciones estresantes que sus pacientes, con la circunstancia agravante de que en él se deposita la esperanza de equilibrio de una salud no deteriorada, la ilusión de protección social que las instituciones gubernamentales y estatales proporcionan. La realidad enfrenta a los profesionales en muchos casos, con la discrepancia entre las expectativas e ideales individuales y la dura realidad ocupacional, frustración de las expectativas personales y cambio cualitativo de la involucración y motivación inicial. El ambiente de trabajo puede también mostrar la deficiencia en las condiciones ambientales, en los recursos, niveles de atención intensa y prolongada, sumado a los impedimentos en la consecución de los objetivos propuestos en algunos casos; además de la excesiva burocratización, funciones no concretas, etc. Con respecto a las relaciones interpersonales podrían surgir comunicaciones deficitarias con pares, personal jerárquico y pacientes. La tarea del profesional de la salud está íntimamente ligada al sufrimiento humano; el significado dado a esta situación estresante, se expresa por medio de las estrategias implementadas para su afrontamiento, qué tipo

de conducta desarrolla y si logra o no una resolución. El estilo de afrontamiento[6] en cuestión, depende, tanto de los factores constitucionales como los modos aprendidos. Desde el punto de vista del psicoanálisis[7] (Zapata, 20xx), en el transcurso del desarrollo psicosexual infantil - periodo de formación psíquica-, el bebé posee una concepción polarizada de la realidad, donde su primer objeto vincular, la madre[8], va organizando niveles de frustración y tolerancia, para la constitución y organización psíquica. Cuando los niveles de frustración se hacen intolerables (función de sostén y cuidado deficitarias –Winnicott-[9]), promueve al bebe una sensación de vacío que debe llenar de alguna manera, ya que la soledad es una sensación terrible. El grado de frustración señalará el conflicto que se le presenta ante sus impulsos que desea satisfacer, ya que la relación impulso-realidad, (llanto – tiempo de espera- realidad -función de cuidado y sostén que satisface y cuida-) será el que geste en ese ser humano, la necesidad de apelar a la fantasía, para no sentir "la nada" ya que no se tolera y no se concibe. De allí surge –en relación a los grados de frustración- la calidad de las defensas y recursos para sobrellevar la realidad luego en el adulto. Cuando la frustración es "intolerable" la fantasía [10]omnipotente emerge y de allí distinguimos por ejemplo, las adicciones como su manifestación (entre otras patologías como por ejemplo la psicosis).

Por lo tanto, este abordaje señala que estos mecanismos de defensa surgen durante el desarrollo psicosexual, generando una falta de confianza en la vinculación con otras personas, vinculación que será reemplazada por objetos (por ejemplo, tabaco, alcohol, estupefacientes entre otros), causando: *"problemas de autoestima* (Dupetit, 1978) *por la frustración adquirida, tendencia a la evasión de la realidad para evitar el displacer, poca tolerancia a la frustración y a la ansiedad debido al desarrollo de la sensación omnipotente que encubre una minusvalía afectiva, en consecuencia aumentara la tendencia al desarrollo de estructuras más narcisistas".*

Sentadas las bases de la dependencia hacia objetos o sustancias, - desde un abordaje psicoanalítico- se detallará a continuación el mecanismo de la dependencia física de las sustancias adictivas. Todas las sustancias adictivas perturban el flujo normal de la dopamina en el sistema nervioso central mediante su liberación en el cerebro. Esa actividad contribuye de forma significativa a las sensaciones de placer y recompensa asociadas con las drogas y, con el tiempo, a la adicción y la vulnerabilidad que causa su abstinencia. Las drogas adictivas comienzan su acción ligándose por enlaces químicos a receptores moleculares, algunos de los cuales se encuentran en las células nerviosas productoras de la dopamina. A raíz de varias investigaciones recientes patrocinadas por el

---

[6] *"Las situaciones de deprivación afectiva en la infancia, que parecen influir en la elección de profesiones de ayuda a las personas, hacen a los sujetos más vulnerables al desarrollo de trastornos depresivos desencadenados por situaciones vitales estresantes".* Extraído de "Medicina General" 2002, 43 p 278-283 artículo de Internet de F. Goncalvez Estrella y otros.

[7] Melanie Klein fue una psicoanalista que elaboro su propia teoría del desarrollo del psiquismo infantil a partir del descubrimiento del inconsciente y otros postulados freudianos. Sostiene que el bebe al nacer trae un baraje hereditario de emociones de amor y odio.

[8] Su primer contacto con el mundo exterior es a través de la madre (función materna, la cual puede ejercerla no solo la madre biológica).

[9] Discípulo de M. Klein- sostuvo que durante el primer año de vida, un bebe no tiene un psiquismo propio sino que lo constituye en la relación con su madre, entorno necesario para su desarrollo posterior. Describe las sucesivas formas en que el bebe evoluciona a partir de una dependencia absoluta con su madre hasta que logra organizar su psiquismo y diferenciarse. *La madre ocupa el eje central **de** la teoría psicoanalítica **de Winnicott**. La madre (o persona sustituta) como **ambiente facilitador** que ejerce las funciones maternas de sostén (holding), manejo (handling) y presentación objetal (objet-presenting) en la crianza del niño. El concepto de la madre suficientemente buena nos quiere plantear su convicción de que no existen las madres perfectas, o que aunque lo hubieran no servirían a los procesos por los que debe atravesar el bebé – entre ellos frustrarse, recibir un poco de impringment – y que basta con una madre que sea suficientemente buena para ese bebé, que sea capaz de identificarse con las necesidades de su hijo, capaz de responder a los gestos espontáneos y necesidades del bebé y no sustituirlos por los propios.

[10] *"El descubrimiento de La fantasía, actividad mental representante del deseo consciente o inconsciente de no quedar excluido y expuesto a la destrucción, llega entonces en ayuda del bebé", por ejemplo, chuparse el dedo simulando el pecho o biberón.*

Instituto Nacional del Abuso de Drogas[11], se ha comprobado que la nicotina no solo es adictiva, sino que afecta al mismo mecanismo que las drogas adictivas y aumenta la concentración encefálica de dopamina. Estos hallazgos también apuntan hacia la forma en que la abstinencia de nicotina activa los sistemas de estrés del organismo. Dos equipos de investigadores han descrito cómo la nicotina, al igual que la heroína y la cocaína, activa células nerviosas que contienen dopamina en el sistema mesolímbico, que se relaciona con las emociones y el comportamiento. Otro grupo ha descubierto que la abstinencia de nicotina después de su uso crónico, produce cambios similares a los que ocurren al abstenerse de otras drogas adictivas.

La nicotina se enlaza con múltiples receptores en las células nerviosas de la dopamina o las neuronas, para activar las neuronas. Teóricamente, así empieza la respuesta que conduce a las sensaciones de placer y recompensa y por último, a la adicción. Al examinar en murinos células nerviosas de dopamina expuestas por períodos prolongados a la nicotina, se encontró que a concentraciones comparables a las que reciben los humanos que fuman, la nicotina primero activa o sensibiliza esas neuronas y luego las desensibiliza (down regulation). Quizá esa desensibilización explica por qué los fumadores se vuelven tolerantes a los efectos de fumar durante el día, tolerancia que desaparece durante la noche. Podría ser la razón de que los fumadores consideren el primer cigarrillo del día el más agradable, pero a medida que pasa el día el placer se reduce. En último término, estos efectos afectan al comportamiento de las personas que fuman.

Se conoce que al dejar el tabaco el proceso de dependencia física tiene una duración aproximada de 9 meses, donde al principio se puede manifestar frecuentemente (85%) el síndrome de abstinencia cuyos síntomas se manifiestan como irritabilidad, mal humor, animo irascible, dificultad para conciliar el sueño, desanimo, tristeza, dificultad para pensar o concentrarse, aumento del peso y del apetito.

“Dejar de fumar es fácil. Yo ya lo dejé unas cien veces” -Mark Twain

Cuando el tabaco (Dennis Kasper)se quema, el humo resultante contiene, además de nicotina, más de 7000 compuestos derivados de la volatilización, pirolisis y pirosintesis del tabaco y distintos aditivos químicos utilizados para elaborar los diversos productos de tabaco. El humo está compuesto de aerosol fino y una fase de vapor; las partículas en aerosol tienen un diámetro que permite su depósito en las vías respiratorias y superficies alveolares del pulmón.

Son más que estudiados los daños que el humo de tabaco produce al organismo, si es en pipa el daño radicara más en la mucosa oral, si es en forma de cigarrillos el daño principal radicara en los pulmones. Entre las lesiones frecuentes hayamos enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedad respiratoria y en embarazos encontraremos rotura prematura de membrana, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, restricción del crecimiento intrauterino, etc.

Cabe aclarar que los cigarrillos con escaso alquitrán y nicotina no resultan de utilidad ya que los fumadores buscan compensar los bajos niveles de nicotina que reciben aumentando el número de cigarrillos, además los cambios en el diseño de los cigarrillos conducen a una inhalación más profunda del humo y a un aumento de la carcinogenicidad del humo inhalado por los fumadores.

[11] https://www.drugabuse.gov/

La hormona producida por la tensión nerviosa o corticosterona reduce los efectos de la nicotina y, por lo tanto, es necesario consumir mayor cantidad de la sustancia para lograr el mismo efecto. Hay situaciones que el fumador relaciona con la conducta de fumar, estrés, frustración, enojo, ansiedad, comportamientos automatizados (después de cenar, compartiendo con amigos, mientras trabaja o estudia, etc.). Partiendo de las situaciones de tensión, se observa el alejamiento de las condiciones de estrés óptimas y para ello utiliza el tabaco para ayudarse a aliviarlo. Tomando como punto de partida que el estrés es una respuesta adaptativa, mediada por las características individuales y/o procesos psicológicos, la cual es a la vez consecuencia de alguna acción, de una situación o un evento externo que plantean a la persona especiales demandas físicas y/o psicológicas, se asume así, como un "mecanismo de defensa" que conlleva un conjunto de reacciones de adaptación del organismo (Durán). Korman propuso en 1974 (citado por Ivancevichy Matteson, 1992) que existe un nivel de estrés óptimo para cada persona (Euestres), de manera que si esta mantiene un nivel de activación por encima o por debajo de ese nivel repercutirá negativamente sobre el desempeño laboral (relación de "U" invertida entre activación y desempeño que establece que "la productividad mejora al incrementarse la tensión, hasta cierto punto en que se deteriora conforme el estrés se aleja de lo óptimo"). Por lo tanto muy poca o demasiada tensión (Diestres) puede resultar en una disminución de la productividad. Los estresores actuales[12] son comunes a la mayoría de las vidas individuales y se relacionan con las experiencias vitales y con las situaciones físicas y ambientales[13] (por ejemplo, vinculados al hogar, al trabajo, a la convivencia, economía, etc.)

Abordando los estresores[14], a partir de la perspectiva de género, la complejidad es aún mayor cuando se toman en cuenta los factores estructurales del sistema social categorizado por género, analizando y comparando las diferencias entre hombres y mujeres, que son cruciales para entender el nivel de estrés, los factores que lo desencadenan, las estrategias de afrontamiento y el impacto diferencial en ambos. Segura[15] (2015) plantea que las organizaciones laborales son entidades socialmente construidas que no son inmunes a los roles y estereotipos de género, por el contrario, reafirman, plantean presiones y demandas tanto en la vida en general como en el trabajo. La cultura organizacional está basada en normas masculinas.

Históricamente el determinismo biológico[16] justificó la inferioridad de la mujer, quedando a merced del estereotipo de mujer – madre- hogar- esposa – intimidad. A finales del siglo XIX y principio del siglo XX consiguen acceder a la formación médica. En Argentina, la creación de la UBA[17] fue en 1821 y sucede 60 años después la graduación de la primera mujer médica, la Dra. Cecilia Grierson, no sin enfrentar situaciones y conflictos, solamente

[12] Los estresores históricos están relacionados con las experiencias previas en la vida del individuo.

[13] Moos y Swindle (1990, citado en Hawkins) identificaron experiencias vitales que son continuas y crónicas, y que no deberían ser evaluadas de forma aislada.
https://www.alternativas.me/attachments/article/138/Impacto%20diferencial%20del%20estr%C3%A9s%20entre%20hombres%20y%20mujeres.pdf

[14] https://www.rcnradio.com/salud/los-medicos-son-las-personas-que-mas-se-suicidan-nivel-mundial?fbclid=IwAR1fjIzHNurTXEX8uims3Uq2rMciBTmXvG-NfoBiN03I_3WgBSJVK2K5JRY

[15] Segura, R. (2015) "El efecto de los factores estresantes en las mujeres." Alternativas en Psicología. Disponible en http://alternativas.me/21-numero-especialde-genero-mayo-2015/89-el-efecto-de-los-factoresestresantes-en-las-mujeres

[16] Se sabe que las mujeres han participado en la práctica médica desde la antigüedad, existe referencia de ello en Egipto 1.500 a.c., también las llamadas sanadoras en Grecia y Roma; algunas en la Edad Media fueron canonizadas cuando la peste azoló a Europa y más tarde, a partir del siglo XIII hasta el siglo XVIII, se las consideraba "brujas" prohibiéndole el acceso a la educación médica (entre otros hechos aberrantes).

[17] Universidad de Buenos Aires - Argentina

por pertenecer al género femenino[18]. El ingreso de la mujer al mercado laboral también se ha reflejado en la formación y en el ejercicio de la profesión médica aumentando su inclusión. En apariencia surgiría una notable mejora en la desigualdad en lo que concierne a los trabajos tradicionales con relación a los estereotipos de género. No obstante, diferentes estudios del mercado de trabajo señalan que se generan nuevas desigualdades, por ejemplo, dificultades para el ingreso a puestos directivos. En el artículo (Gonzalvez, Eraso, & Merino): "Mujeres en sanidad: entre la igualdad y la desigualdad" plantea lo siguiente: *"[…] podemos identificar una serie de obstáculos que las mujeres profesionales deben combatir a lo largo de su trayectoria profesional. Los resumimos en tres: (1) limitaciones derivadas del protagonismo femenino en la asunción de responsabilidades respecto al trabajo reproductivo, (2) dificultades asentadas en la socialización de género y (3) problemas relativos al dominio masculino sobre la práctica médica y las redes sociales en las que esa práctica está insertada*.

Es importante comprender el valor que tiene la promoción y prevención en salud, en función del ámbito laboral también, sus condiciones, motivación, acciones formativas, la sensibilización de las gestiones a realizar, etc., para que el equipo de profesionales de la salud –ambos géneros- no experimenten un agravante y/o promotor del consumo (tabaco y otros) ya que pertenecen a la misma sociedad que sus pacientes, con los mismos desafíos día a día. Prevenir es un accionar que atraviesa: lo individual, relacional, comunal y social. La salud integral parte de distintas intervenciones, la OMS[19] define 3 (tres) niveles de prevención[20]:

Primaria: evita la adquisición de la enfermedad (vacunación, eliminación y control de riesgos ambientales, educación sanitaria, etc.). Las técnicas implementadas actúan suprimiendo los factores desfavorables antes de que generen la enfermedad o el accidente; eliminan los factores ambientales de riesgo por medio del saneamiento del medio ambiente; educan en la salud y crean hábitos saludables protegen al organismo frente a enfermedades y accidentes; la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y las técnicas de seguridad laboral, higiene industrial, ergonomía y medicina del trabajo, son su competencia.

Secundaria: va encaminada a detectar la enfermedad en estadios precoces en los que el establecimiento de medidas adecuadas puede impedir su progresión. Abordan la enfermedad en fase incipiente, aún en fase reversible, por medio del diagnóstico precoz. Equivalen a la vigilancia de la salud. Interviene cuando se inicia la enfermedad; en este caso, la única posibilidad preventiva es la interrupción o ralentización del progreso de la afección, mediante la detección y tratamiento precoz, con el objeto de facilitar la curación y evitar el paso a la cronificación y la aparición de deficiencias, discapacidades y minusvalías.

Terciaria: comprende aquellas medidas dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación de una enfermedad para ralentizar su progresión y, con ello la aparición o el agravamiento de complicaciones e invalidades e intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes. Elimina los efectos de las secuelas de la enfermedad, cuando ésta ya se ha desarrollado.

---

18 "Cabe destacar el caso de la pionera Pilar Tauregui, que en 1881, fue de las primeras mujeres en España en acceder a la Escuela de Medicina; fue apedreada por sus compañeros hombres en clase porque consideraban que desprestigiaba a los estudios de medicina, y cuando terminó sus estudios no le dieron título sino un certificado que no le permitía ejercer la profesión". (Anderson, Zinsser, 1991) https://core.ac.uk/download/pdf/38812576.pdf

[19] Dice la OMS*: "La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación"*. Agosto de 2016 - https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/

[20] Se habla en ocasiones de *prevención cuaternaria* que tiene que ver con las recaídas.

Interviene cuando se ha instaurado la enfermedad, se corresponde con la rehabilitación. Cuando las lesiones patológicas son irreversibles y la enfermedad está arraigada y ha pasado a la cronificación, independientemente de que hayan aparecido o no secuelas, es donde interviene la prevención terciaria.

El consumo de tabaco en Argentina, ha demandado la implementación de políticas acorde a la problemática que conlleva en la salud pública. Acciones preventivas, capacitación y estrategias fueron necesarias para evitar mayores consecuencias; y fue el 14 de junio de 2011 cuando se promulga la Ley Nacional de Control del Tabaco[21], la Ley 26.687 Los aspectos más importantes de la nueva ley incluyen:

1. Prohibición de fumar en todos los espacios cerrados de uso público o privado incluyendo casinos y bingos, boliches, bares y restaurantes, teatros, museos y bibliotecas, transporte público y estadios cubiertos. Queda expresamente prohibido fumar en lugares de trabajo –tanto públicos como privados. Sólo quedarán exceptuados de esa prohibición los patios, terrazas, balcones y demás áreas al aire libre de los espacios destinados al acceso de público, excepto en las escuelas y servicios de salud donde tampoco se podrá fumar en los patios. 2. Prohibición de la publicidad, promoción· y patrocinio de cigarrillos o productos elaborados con tabaco en los medios de comunicación y también en la vía pública. 3. Inclusión de advertencias sanitarias con imágenes (como “Fumar causa impotencia sexual”, “Fumar causa cáncer” o “Fumar quita años de vida”) y del 0800 222 1002 del Ministerio de Salud (línea gratuita para dejar de fumar). Además ya no podrán utilizarse las denominaciones “Light”, “Suave”, “Milds”, “Bajo contenido de alquitrán” o o términos engañosos similares. 4. Prohibición de la venta a menores de 18 años 5. Prohibición de la venta de cigarrillos en centros de enseñanza, establecimientos hospitalarios, edificios públicos, medios de transporte, y en museos, clubes o lugares de espectáculos públicos, como teatros, cines o estadios deportivos 6. Prohibición de la venta de cigarrillos sueltos, en atados de menos de diez unidades y a través de máquinas expendedoras. 7. Multas de entre 250 y un millón de atados de cigarrillos de 20 del mayor precio por incumplimiento de la ley. La multa recaerá sobre el dueño del lugar y no sobre el fumador. En la reglamentación de la ley, se establecerá quién y cómo hará las inspecciones.

En el Programa Nacional de Control del Tabaco (2008) (Ministerio de Salud de la Nación Argentina) señala en el Manual de Capacitación del Equipo de Salud, Tratamiento de la Adicción al Tabaco del Ministerio de Salud lo siguiente*:” El tabaquismo en Argentina resulta paradójico: es un problema de alta prevalencia, alta mortalidad y alto costo para el sistema de salud. Y a pesar de que se cuenta con un tratamiento efectivo y costo-efectivo para dejar de fumar, el nivel de intervención del sistema sanitario, es extremadamente bajo. Una posible explicación es que el equipo de salud está escasamente capacitado y motivado para la intervención en este tema, se fuma en los centros de salud y la cobertura para los tratamientos de cesación varía o es parcial en las distintas coberturas o regiones”*… […] *“Esta capacitación está destinada a profesionales de la salud que estén en contacto directo con la comunidad y puedan desarrollar intervenciones para dejar de fumar. Dado que se propone un abordaje multidisciplinario de la problemática, es importante que se invite a los diferentes integrantes del Equipo de Salud de cada institución, conformado por: médicos, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros”.*

[21] En mayo de 2003, Argentina suscribió en Ginebra el Convenio Marco para el Control del Tabaco con el principal argumento de proteger la salud pública, bajo el reconocimiento por parte de los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud.
En 2007 se estableció el Programa Nacional de Control de Tabaco, prohibiéndose la venta a menores de edad. En 2010 comenzó a tratarse una ley nacional antitabaco. Fue aprobada en 2011.

Intervenir con acciones preventivas, evaluando y generando nuevas propuestas, concientizando y formando en la temática a profesionales de las salud, se observa en el estudio realizado por la Universidad de Washington al cual realizó una investigación para evaluar el consumo de tabaco en 187 países entre los años 1980 y 2012, subrayando la reducción del consumo de tabaco (cigarrillos) en Argentina en el transcurso de esos años, destacando la efectividad de las políticas públicas de nuestro país, en materia de control de tabaco, destacando el marcado descenso de su consumo –durante ese lapso- registrando una tasa de reducción promedio anual del 2,8%.

De acuerdo a este trabajo, Argentina se ubicó séptima dentro de los países con una mayor disminución anual del número de fumadores diarios, precedida por Islandia (-5.6%), Ruanda (-5.2%), Dinamarca (-4.7%), Noruega (-4.1%), Madagascar (-3%) y Haití (-2.9%). En la anterior medición, que evaluó datos del período 1980-2006, el número de fumadores en la Argentina se había reducido un 1% anual. Por lo tanto, se puede considerar que el Programa Nacional de Control del Tabaco (2008), repercutió efectivamente en la prevención, alcanzando una baja en el consumo.

Los informes obtenidos respecto a la epidemia del tabaquismo a nivel mundial, América Latina –incluyendo a la Argentina- señalan que: a nivel mundial la epidemia de tabaquismo mata ya a 5,4 millones de personas por año debido a cáncer de pulmón, cardiopatías y otras enfermedades. Si no se actúa, ese número aumentará a más de 8 millones por año para 2030 según la OMS. Trágicamente, como más del 80% de esas defunciones se registran en el mundo en desarrollo, la epidemia azotará más a los países cuyas economías en rápido crecimiento ofrecen a sus ciudadanos la esperanza de una vida mejor. Para las empresas tabacaleras representan extensos mercados nuevos. Como consecuencia, no sólo aumentarán enormemente la morbilidad y la mortalidad, sino que la fuerza de trabajo pasará a ser menos productiva y habrá una escalada evitable de costos sanitarios.

En la Región de las Américas, pone de manifiesto que las medidas de control de tabaco están teniendo impacto en la disminución del consumo de tabaco y destaca que el 95,3% de la población de las Américas está cubierta por al menos una política de control de tabaco en su nivel más alto de aplicación de acuerdo con los criterios de la OMS. Sin embargo también pone de manifiesto que 12 de los países aún no han implementado ni siquiera una de las medidas a dicho nivel.

En este contexto, el informe resume el avance reportado hasta el 31 de diciembre del 2017 en las seis principales medidas para el control del tabaco priorizadas por la herramienta MPOWER (por sus siglas en inglés): vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención (M)*, proteger a la población del humo de tabaco (P), ofrecer ayuda para el abandono del tabaco (O)*, advertir de los peligros del tabaco (W), hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco (E), y aumentar los impuestos al tabaco (R), logrando así proveer una imagen regional que detalla no solo los avances, sino aquellas medidas que requieren ser impulsadas.

El informe además destaca la amenaza expuesta por la interferencia de la industria tabacalera, así como la entrada en el mercado de nuevos productos de tabaco que presentan nuevos y continuos retos para la Región y detalla las acciones a nivel regional que se están tomando para hacer frente a estos retos, como la cooperación sur-sur, el fortalecimiento de la abogacía ciudadana, así como la generación de estudios e investigación con enfoque regional destinados a sustentar la formulación de políticas que velen por la salud pública. Por fin, el informe detalla los compromisos regionales, como la Estrategia y Plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las

Américas 2018-2022, adoptado en la Conferencia Sanitaria Panamericana en Septiembre del 2017, el cual tiene como meta una Región 100% libre de humo en lugares cerrados públicos y de trabajo, y en el transporte público y la inclusión de advertencias sanitarias gráficas, grandes, en el empaquetado de los productos de tabaco en todos los países de la Región para el año 2022.

En Argentina la prevalencia de consumo de tabaco continúa con su tendencia descendente desde 2005[22], evidenciándose un 25% de reducción desde entonces. Asimismo, disminuyó significativamente respecto de la 3a edición de la ENFR[23] alcanzando al 22,2% de la población. Por primera vez se relevó la prevalencia de consumo de cigarrillo electrónico: el 1,1% de la población manifestó consumirlo. La exposición al humo de tabaco ajeno en el hogar y en el trabajo, durante los últimos 30 días, se redujo significativamente respecto de la edición anterior. La exposición al humo de tabaco en bares/restaurantes se mantuvo estable.

OBJETIVOS

Objetivo principal: Relacionar los datos de la muestra obtenidos a través de los cuestionarios "test de Fagerstrom" (niveles de adicción a la nicotina) y la encuesta "¿por que fuma usted?" (Motivos del tabaquismo) y vincularlo a factores estresógenos laborales en los Profesionales Médicos

Objetivo secundario: analizar el grado de adicción a la nicotina y la conducta condicionante frente al consumo de los profesionales fumadores para Investigar la actitud del profesional médico fumador frente a la intervención-prevención / intervención-prescripción de cesación, respecto al consumo de tabaco en sus pacientes.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional de corte transversal por encuesta, mediante cuestionarios anónimos auto administrados, estos son: Fagerstrom[24] y ¿Por qué fuma usted? y se realizó la pregunta siguiente : *¿Considera que el tabaquismo en los médicos incide en la prescripción de cesación en pacientes fumadores y prevención en pacientes no fumadores?.* Dicha encuesta, fue suministrada durante la semana del 20 de mayo del 2019 en el Hospital Interzonal General Agudos "Pedro Fiorito" de Avellaneda en las siguientes especialidades a saber:

Médicos de Planta, Residentes y Concurrentes		
Clínica	Dermatología	Anestesiología
Cirugía general	Guardia médica	Salud Mental
Ginecología	Infectología	Hematología
Obstetricia	Neurocirugía	Neumología

[22] Ver Anexo, Cuadro 1
[23] Encuesta Nacional de Factores de riesgo 2018
[24]Validación:https://pdfs.semanticscholar.org/c754/cf01fd261ba412bc3d0ece3cf869d438faaa.pdf ,
http://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/download/185/200.

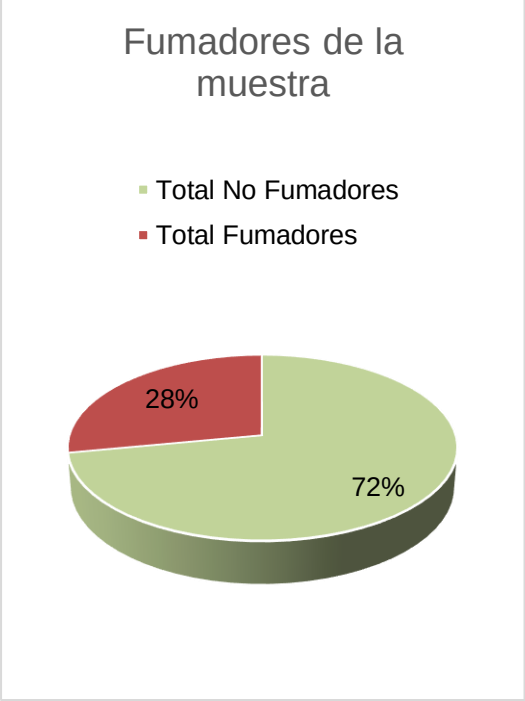
Pediatría	Unidad Coronaria	Oncología
Nutrición	Unidad de Cuidados intensivos (UCI)	Diagnóstico por Imágenes
Traumatología	Cardiología	Urología
Oftalmología	Emergencias	

Criterios de inclusión: Mayores de 18 años, Médicos pertenecientes a los servicios previamente nombrados.

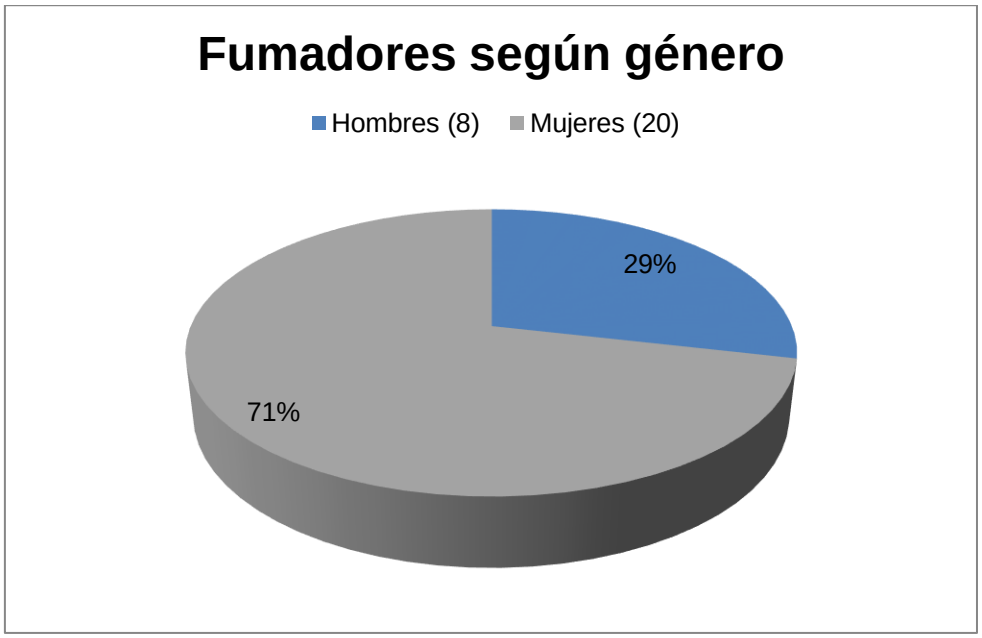
Criterios de exclusión: Poseer patología psiquiátrica (bipolaridad, esquizofrenia).

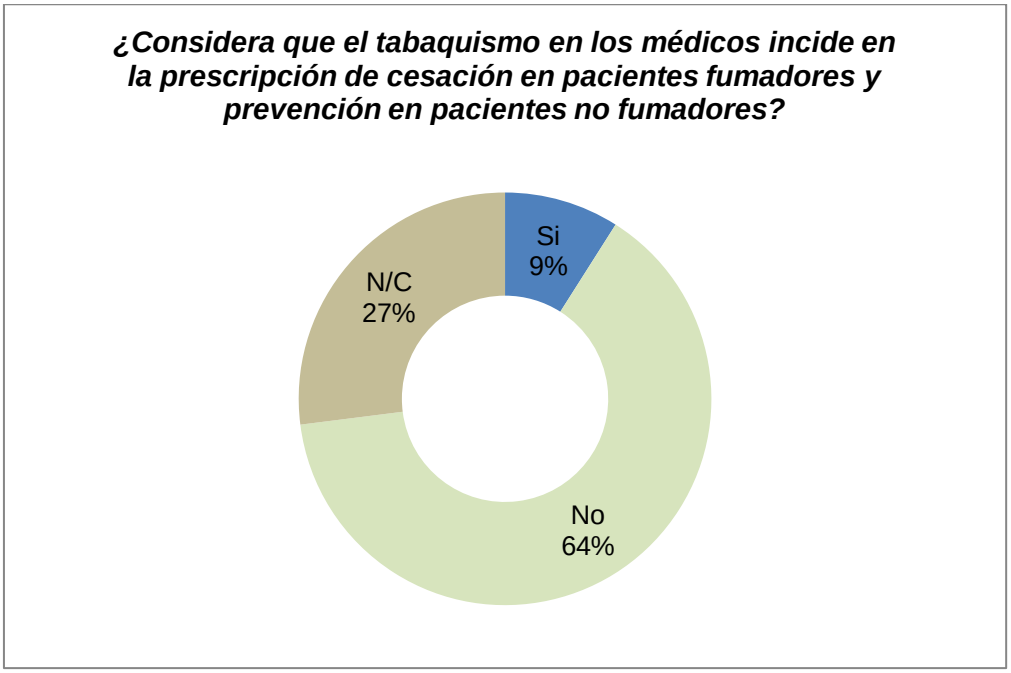
RESULTADOS

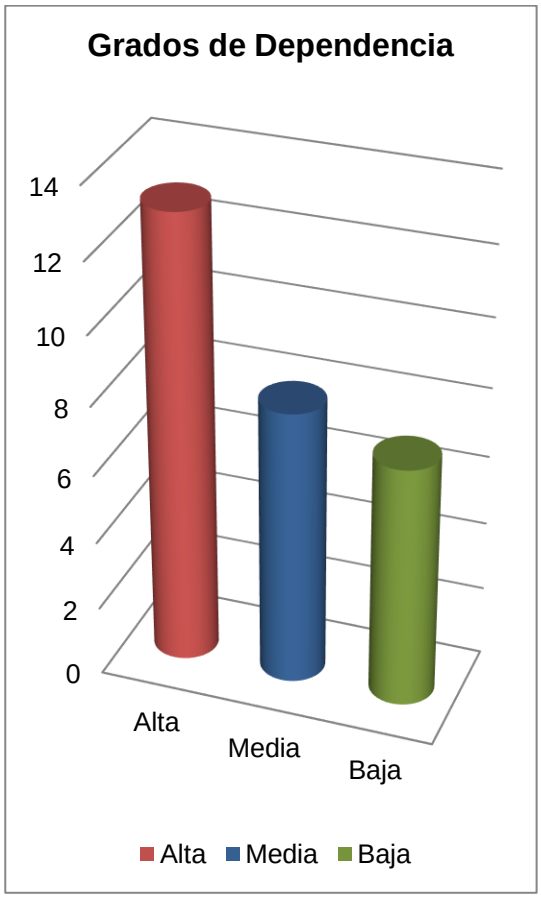
CANTIDAD DE PROFESIONALES DE LA MUESTRA 100

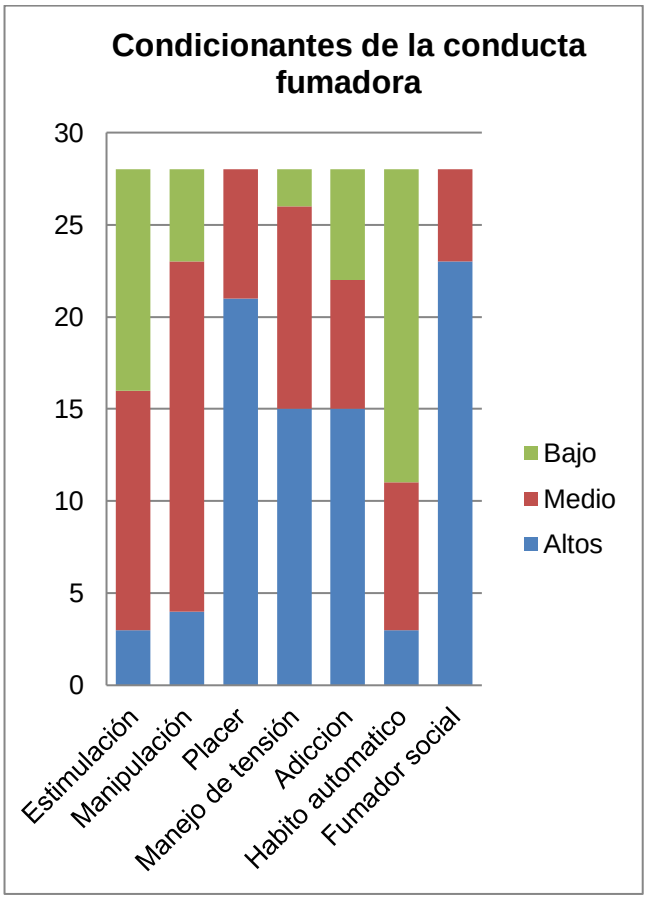



No fumadores
Hombres
33%
Mujeres
67%


Fumadores según género
Hombres (8)
Mujeres (20)
29%
71%


¿Considera que el tabaquismo en los médicos incide en la prescripción de cesación en pacientes fumadores y prevención en pacientes no fumadores?
Si 9%
N/C 27%
No 64%


Grados de Dependencia
14
12
10
8
6
4
2
0
Alta
Media
Baja
Alta
Media
Baja


Condicionantes de la conducta fumadora
30
25
20
15
10
5
0
Estimulación
Manipulación
Placer
Manejo de tensión
Adiccion
Habito automatico
Fumador social
Bajo
Medio
Altos

DISCUSION

Surge de las encuestas un mayor porcentaje de profesionales mujeres en cuanto al tabaquismo, sin embargo, este valor tiene relación directa y proporcional con el número de personal femenino en el nosocomio. No obstante, la afectación de la situación laboral para todos los profesionales de la salud, tiene como correlato el aumento de estresores, ya que surgen dificultades institucionales, sumado a las condiciones personales y sociales que generan impacto y manifestación de diferentes estilos de afrontamiento (Dupetit, 1978). Las horas de trabajo, insumos escasos, salarios insuficientes, y otros factores como la planificación familiar, tiempo compartido con la familia, ocio, etc. genera una respuesta que se corresponde a un aumento súbito del cortisol sérico que produce una respuesta celular mediada por agentes como neuropeptidos, catecolaminas y el mismo cortisol generando un estado de alerta, atención máxima y la estimulación de áreas del cerebro como el hipocampo, locus ceruleous y amígdala encargados del procesamiento de los estimulos desagradables dando como consecuencia efectos a nivel somáticos y psíquicos, entre ellos la adicción (Moscozo, 2009).

Al observarse un descenso en el consumo de tabaco en la población –según se detalla previamente- queda manifiesta la importancia de la capacitación en los profesionales de la salud, ya que no existía mucha discrepancia entre el consumo de los médicos (y profesionales de la salud) y la población en general. Los resultados obtenidos manifiestan que no hay impedimento frente a la intervención-prevención / intervención-prescripción de cesación, respecto al consumo de tabaco de sus pacientes sea o no fumador el profesional.

Analizando la educación médica, los estudiantes tienen alta formación en atención secundaria de la salud en detrimento de la atención primaria y terciaria. Esto lleva a abordar al tabaquismo en primera instancia sabiendo recetar fármacos -como el bupropión y vareniclina, por ejemplo- y hacer derivación a salud mental para deshabituación conductual iniciando el tratamiento una vez que el hábito fue instalado. Sin embargo, la formación en prevención a comparación de la atención secundaría, se ve reducida en recursos persuasivos, en campañas de prevención y concientización del daño que el tabaco produce. Estas campañas aparecen cuando el médico ya está ejerciendo su praxis.

Los datos significativos –que surgen al cotejar ambos test: Fagerstrom y ¿Por qué fuma usted?- muestran una contradicción, ya que los resultados que corresponden a la adicción a la nicotina, indican un nivel alto de dependencia al tabaco, en tanto que, como condicionante aparece “fumador social” y “placer”. El fumador social[25] cada vez que consume tabaco, lo hace con personas que también están fumando; de alguna manera –subjetivamente- supone menos riesgo ya que considera que no está a la altura de “una adicción” por la frecuencia y es precisamente por esa condición -que refleja poca cantidad en el consumo- probablemente no dejen de hacerlo o terminen siendo fumadores habituales. Fumar por “placer[26]” inclina a su consumo relacionándolo con un estado de bienestar, un complemento después de una agradable cena, al tomar un café, luego de

[25] La mayor parte de los fumadores sociales acaban siendo fumadores habituales. Ser fumador social solo se asocia a las reuniones sociales dejando afuera el ámbito laboral.

[26] Fumar es un placer genial, sensual… Letra del “*Tango Fumando Espero*” F. Garzo / J. Villadomat

hacer el amor, etc. algo así como engalanar un momento ocioso, relajado y por qué no, contemplativo (carente de compulsión).

El impacto favorable que han tenido las capacitaciones acerca del tabaquismo en los profesionales de salud en general, nos lleva a pensar -a través de los resultados de esta encuesta- la necesidad de planteos dentro de dichas capacitaciones, que sirvan para pesquisar más profundamente los estilos de afrontamiento y los estresores a los que están sometidos los profesionales y también, que promuevan la concientización en los niveles de consumo y comportamientos condicionantes – de los profesionales fumadores- por medio de un relevamiento de datos, y la elaboración de esos resultados que permitan una evaluación personal, que pueda sumarse al accionar médico en la intervención ante la temática en sus pacientes y la prevención en su consumo.

CONCLUSION

A pesar de que en la formación médica se hace hincapié en la atención secundaria con respecto al tabaquismo, se observa un impacto favorable al implementarse capacitaciones y campañas sobre los riesgos y perjuicios de su consumo, reflejándose en una merma del uso del tabaco; investigaciones internacionales así lo describen. De los resultados obtenidos se observa que: ser médico fumador, no obstaculiza la intervención-prevención /intervención – prescripción de cesación con respecto al consumo de tabaco de sus pacientes. El personal médico femenino es mayoría, por lo cual surge mayor porcentaje de mujeres fumadoras. El test de Fagestrom indica un grado de adicción ALTO lo cual se contradice con respecto a la conducta condicionante que prevalece “fumador social” y “placer”. De allí, surge una cuestión paradojal entre las conductas condicionantes que prevalecen con relación al nivel de adicción a la nicotina, ya que el comportamiento del fumador social depende de situaciones o ambientes generadores de ese tipo de conductas. Fumar por placer se relacionaría con momentos puntuales que el consumidor señala como placenteras por ejemplo: después de comer, cuando toma café, antes de dormir, etc. de lo cual se infiere que tal vez, el grado de concientización del hábito de los profesionales médicos fumadores señale un déficit, o manifiesta un grado de negación[27] ante la consigna, como consecuencia del rol profesional que lo compromete en la prevención y prescripción del tabaquismo.

Sería importante continuar con capacitaciones para todo el equipo de salud (no solo médicos) y evaluaciones estadísticas para mejorar la intervención y calidad de vida de ellos y sus pacientes.



[27] La actitud de autoengaño y defensa omnipotente del adicto (en este caso a la nicotina), promueve confusión en su conducta condicionante.

BIBLIOGRAFIA

Argentina, Ministerio de Salud de la Nacion. (2018). Obtenido de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001441cnt-Boletin%20Epidemiologia%20Situacion%20de%20salud%20por%20cancer%20de%20pulmon%20y%20tabaquismo%20en%20Argentina%202019.pdf

Baumgart, A. (2000). *Lecciones introductorias de psicopatologia.* Buenos Aires: EUDEBA 2da Edición.

Dupetit, S. (1978). *La adicción y las drogas.* Buenos Aires: Salto Editora.

Ey, H., P.Bernard, & Brisset, C. (1996). *Tratado de Psiquiatría.* Barcelona: MASSON SA. 8° Edicion.

Instituto Nacional de Abuso de Drogas. (enero de 2018). Obtenido de https://www.drugabuse.gov/es/en-espanol

Insua, J., & Zan, A. M. (2006). *Psicología médica, psicosemiología y psicopatología.* Buenos Aires: Akadia.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (s.f.). Obtenido de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001444cnt-2019-04_4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf;jsessionid=F23F0DCC804D91765E9ACDFD7FCF04D8?sequence=1

Rotemberg, H. (1999). *Estructuras Psicoptológicas e Identidad.* San Luis: Nueva editorial universitaria.

Universidad de Boyacá. (s.f.). Obtenido de http://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/issue/view/24

Zapata, A. S. (20xx). *centropsicoanaliticomadrid.com*. Obtenido de centropsicoanaliticomadrid.com: . www.centropsicoanaliticomadrid.com/publicaciones/revista/numero-5/algunos-aportes-de-winnicott-para-la-reflexion-en-torno-al-rol-de-la-madre/

Unión Anti tabáquica argentina http://www.uata.org.ar/

Dennis Kasper, Anthony Fauci, Stephen Hauser, Dan Longo, J. Larry Jameson, Joseph Loscalzo Harrison Medicina Interna, Edición 19.

Liberman y otros, Bs As 1982, Del Cuerpo al Símbolo, sobre adaptación y enfermedad psicosomática

file:///C:/Users/navegador/Downloads/Dialnet-BienestarPsicologico-3698512.pdf

https://www.ficargentina.org/informacion/control-de-tabaco/?gclid=EAIaIQobChMIx6XribuB5AIVUw-RCh3JHAfyEAAYASAAEgIYk_D_BwE

https://es.quora.com/Por-qu%C3%A9-muchos-m%C3%A9dicos-fuman

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572002000100007

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400002

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202011000300009

https://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2008/in082b.pdf

http://www.asat.org.ar/rol-de-los-profesionales-de-la-salud/

http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v35n3/a06v35n3.pdf ¡!!

https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2015/07/v83n3a10-es-1.pdf

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400002

https://core.ac.uk/download/pdf/38812576.pdf

https://pdfs.semanticscholar.org/c754/cf01fd261ba412bc3d0ece3cf869d438faaa.pdf

https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S002577530571962X/first-page-pdf

http://www.uba.ar/historia/contenidos.php?id=2&s=55

https://core.ac.uk/download/pdf/38812576.pdf

https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342010000800029&script=sci_arttext&tlng=pt

https://www.alternativas.me/attachments/article/138/Impacto%20diferencial%20del%20estr%C3%A9s%20entre%20hombres%20y%20mujeres.pdf

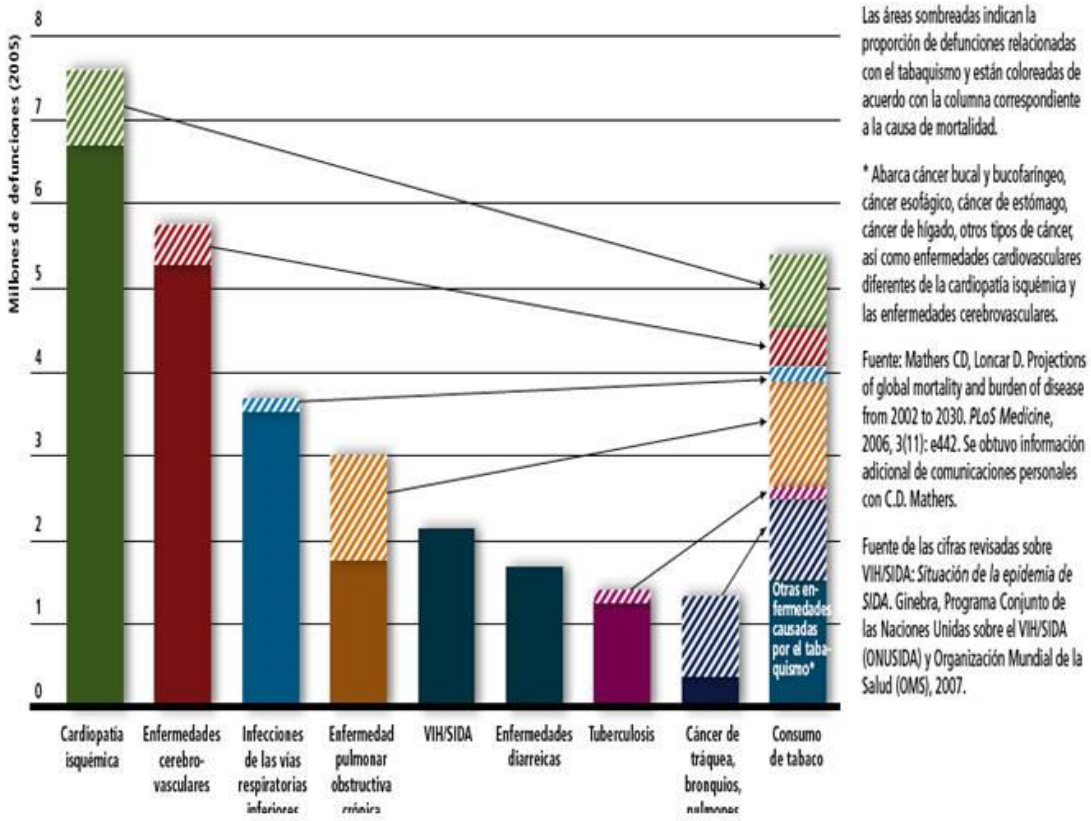
https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/

https://www.rcnradio.com/salud/los-medicos-son-las-personas-que-mas-se-suicidan-nivel-mundial?fbclid=IwAR1fjIzHNurTXEX8uims3Uq2rMciBTmXvG-NfoBiN03I_3WgBSJVK2K5JRY

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272009000200008&script=sci_arttext

ANEXOS

Cuadro 1



Extraido de: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001444cnt-2019-04_4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf

Cuadro 2

Test de Fagestrom *(valora El grado de la dependencia de la nicotina en una escala de 0 a 10 puntos).*

¿Cuánto tiempo pasa entre que te levantas y te fumas el primer cigarrillo?	
Hasta 5 min	3 puntos
De 6 a 30 min	2 puntos
De 31 a 60 min	1 puntos
Más de 60 min	0 puntos
¿Encuentras difícil no fumar en lugares donde está prohibido?	
Sí	1 punto
No	0 puntos
¿Qué cigarrillo te costará dejar más?	
El primero de la mañana	1 punto
Cualquier otro	0 puntos
¿Cuántos cigarrillos fumas al día?	
Menos de 10	0 puntos
Entre 11 y 20	1 puntos
Entre 21 y 33	2 puntos
Más de 30	3 puntos
¿Fumas más durante las primeras horas después de levantarte?	
Sí	1 punto
No	0 puntos
¿Fumas aunque estés tan enfermo que tengas que estar en la cama?	
Sí	1 punto
No	0 puntos
TOTAL	puntos

Puntuación menor o igual a 4: Baja dependencia
Puntuación con valores entre 5 y 6: Media dependencia
Puntuación igual o superior a 7: Alta dependencia

Cuadro 3

Test ¿Por qué fuma usted?

Al lado de las siguientes frases escriba el número que mejor refleje su propia experiencia.
1 = Nunca 2 = Rara vez 3 = De vez en cuando 4 = Muchas veces 5 = Siempre

☐	A.	Yo fumo para mantenerme activo
☐	B.	Sostener un cigarrillo en la mano forma parte del placer de fumar
☐	C.	Fumar es placentero y relajante
☐	D.	Enciendo un cigarrillo cuando me siento enojado con algo / alguien
☐	E.	Cuando se me acaban los cigarrillos, es casi una tortura hasta que consigo más
☐	F.	Fumo de manera automática, sin siquiera ser consciente de ello
☐	G.	Fumo cuando otras personas están fumando a mi alrededor
☐	H.	Fumar me ayuda a pensar y concentrarme
☐	I.	Parte del placer del cigarrillo es toda la preparación para prenderlo
☐	J.	Fumar me produce placer
☐	K.	Cuando me siento incómodo o molesto, prendo un cigarrillo
☐	L.	Cuando no estoy fumando, tengo el cigarrillo muy presente
☐	M	He prendido un cigarrillo cuando el anterior aún está encendido en el cenicero
☐	N.	Fumo cuando me reúno con amigos y lo estoy pasando bien
☐	O.	Cuando fumo, parte del placer es mirar el humo mientras lo exhalo
☐	P.	Casi siempre deseo un cigarrillo cuando estoy a gusto y relajado
☐	Q.	Fumo cuando estoy triste y quiero pensar en otra cosa
☐	R.	Siento verdaderas ansias de fumar cuando no lo he hecho por un buen rato
☐	S.	Me ha pasado que tengo un cigarrillo en la boca sin darme cuenta
☐	T.	Siempre fumo cuando estoy con amigos en una fiesta, en un bar, etc
☐	U.	Fumo para darme ánimo

Los puntajes obtenidos se suman de la siguiente manera, para objetivar cada condicionante de la conducta fumadora:

Estimulación:	A + H + U
Manipulación:	B + I + O
Placer:	C + J + P
Manejo de tensión:	D + K + Q
Adicción:	E + L + R
Hábito automático:	F + M + S
Fumador social:	G + N + T

La interpretación del puntaje de cada condicionante y de su peso relativo en la conducta de cada fumador, se hace en base a la siguiente escala:

Bajo:	1 a 5 puntos
Moderado	6 a 10 puntos
Alto	11 a 15 puntos