



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**“SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD, AFECTOS NEGATIVOS Y
CONSUMO DE TABACO EN PACIENTES CON
ANSIEDAD Y DEPRESION”**

**TESIS EMPIRICA
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
DAVID JURADO CÁRDENAS**

**DIRECTOR DE TESIS:
LEONARDO REYNOSO ERAZO**

**COMISIÓN DICTAMINADORA:
MARÍA ROSA ÁVILA COSTA
MARÍA CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ**



TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

CAPITULO 1 LA ANSIEDAD.....	1
1.1 La Ansiedad y el Miedo	1
1.2 Los Trastornos de Ansiedad.....	3
1.3 Las creencias irreales en la Ansiedad.....	11
CAPÍTULO 2 PANORAMA GENERAL DE LA SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD.....	16
2.1 Desarrollo conceptual de la Sensibilidad a la Ansiedad.....	16
2.2 La Sensibilidad a la Ansiedad y el Trastorno de Pánico.....	21
CAPITULO 3 CONCEPTUALIZACIÓN DEL TABAQUISMO.....	24
3.1 Tabaquismo y Nicotina.....	24
3.2 EL mantenimiento de la conducta de fumar.....	28
3.3 Tratamientos Psicológicos.....	36
3.4 Tabaco y Depresión.....	38
3.5 Relación del trastorno de pánico, la SA y en el consumo de tabaco.....	39
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN.....	42
Objetivos.....	43
Preguntas de Investigación	43
Tipo de Estudio.....	44
Diseño	44
Definición Conceptual de Variables.....	44
Definición Operacional de Variables.....	45
METODO.....	46
Participantes.....	46
Muestreo.....	46
Escenario.....	46
Instrumentos y Aparatos.....	47
Procedimiento.....	49
RESULTADOS.....	50
DISCUSION.....	58
REFERENCIAS.....	62
APENDICE.....	67

RESUMEN

La presente investigación abordó la relación entre la sensibilidad a la ansiedad (SA) y el consumo de tabaco. Se aplicó una batería a 50 estudiantes de licenciatura, 20 pacientes con ansiedad y 30 pacientes con depresión. Se realizaron tres análisis estadísticos que arrojaron los siguientes resultados: 1) Sólo la escala de SA mostró diferencias significativas en el análisis entre grupos; 2) La SA y sus subescalas correlacionaron con los puntajes de consumo de tabaco y afectos negativos; y 3) Un análisis de Regresión Múltiple sostiene la existencia de una relación lineal entre la SA y el consumo de tabaco. Estos resultados sugieren que la SA puede fungir como predictor en el consumo de tabaco y que puede incidir en la génesis, mantenimiento y recaídas en dicha conducta. **Palabras Clave:** Ansiedad, Sensibilidad a la Ansiedad, Tabaquismo.

CAPITULO 1 LA ANSIEDAD

1.1 La Ansiedad y el Miedo

La ansiedad y el miedo son respuestas normales a una amenaza percibida. Se puede considerar a ambos como extremos de un mismo continuo. La ansiedad es activada por una amenaza vaga o poco clara, como la posibilidad de ser retrasado por el tráfico en un día de trabajo importante, mientras que el miedo se activa ante la presencia de una amenaza bien definida, como presenciar o ser parte de un choque automovilístico. La ansiedad tiene como fin proveer al organismo la fuerza necesaria para preservarse y en la vida cotidiana ayuda a cumplir los objetivos, deseos o planes que se tengan (Berlangua, 1996; Ellis, 2000), si no existiera, los individuos no se interesarían por llevarlos a cabo y no serían capaces de protegerse o hacer frente a situaciones peligrosas.

Tanto la ansiedad como el miedo activan cogniciones desagradables que se manifiestan en respuestas emocionales displacenteras (Caballo, Buela-Casal y Carrobbles, 1995), como sensación de indefensión, confusión, aprensión, inquietud y pensamientos catastróficos repetitivos. Activando a la vez síntomas físicos que van desde la simple tensión muscular hasta la taquicardia. Los síntomas físicos representativos de la ansiedad pueden enlistarse tomando como ejemplo los síntomas que son parte del trastorno de pánico (Matthews, 1990), estos son:

- Dificultad para respirar.
- Vértigo, sensaciones de inestabilidad o debilidad.

- Palpitaciones y latidos acelerados del corazón (taquicardia).
- Estremecimiento o temblor.
- Entumecimiento o sensación de hormiguero (parestesia), normalmente en los dedos de las manos y de los pies o en los labios.
- Acaloramiento, (accesos de calor) o escalofríos.
- Dolor o molestia en el pecho.
- Miedo de llegar a estar seriamente enfermo o a morir.
- Miedo a parecer o a hacer algo incontrolado.
- Transpiración.
- Sofocación.
- Náusea o trastorno abdominal.
- Despersonalización o pérdida de la noción de la realidad.

En términos del desempeño cotidiano, Ellis (2000) categoriza de manera práctica a la ansiedad en “sana” e “insana”. La ansiedad sana se asocia con la *precaución* y con los mecanismos que le permiten al individuo tener control de sus emociones y a manejar situaciones o hacer frente a peligros de manera eficiente. Este tipo de ansiedad está constituida por miedos reales o racionales a los que la ansiedad que provocan está justificada por un peligro real, como buscar rápidamente ponerse a salvo al sentir un terremoto. La ansiedad insana la denomina pánico, esta ansiedad hace perder el control y en consecuencia afrontar mal las situaciones a las que es necesario enfrentarse. Este tipo de ansiedad se asocia a miedos irreales o irracionales cuya existencia no se justifica por un peligro verdadero, sino que son creencia catastrófica respecto a las consecuencias que pueden tener los hechos en la integridad del individuo.

La ansiedad sana (Caballo, 1997), comprende una inquietud por las cosas, un combustible para la eficiencia y la supervivencia; mientras que la ansiedad malsana (Ellis, 2000) toma forma de pánico, fobias, temblores, estados de shock, entumecimiento y todo tipo de reacciones físicas y psicósomáticas que alertan sobre los peligros, pero interfieren con el manejo que se requiere para enfrentarlos y que a menudo se clasifican como trastornos de ansiedad.

1.2 Los Trastornos de Ansiedad.

Los trastornos de ansiedad se experimentan como algo constante e incapacitante, que se dispara de manera exagerada sin importar cuantas veces se haga frente a la situación ansiógena, deteriorando la calidad de vida en la persona. La categoría de *trastornos de ansiedad* del DSM-IV (APA, 1994) comprende 11 trastornos diferentes que se vinculan con factores psicológicos y médicos que se despliegan en una lista de cotejo de síntomas que permiten diagnosticar en base a frecuencia y número de síntomas a cada trastorno específico. Siendo esta una de las más sólidas referencias en tema de los trastornos mentales.

Los trastornos de ansiedad son comunes en la sociedad (Andrews, Crino, Hunt, Lampe y Page, 1994), sin embargo hay rasgos de ansiedad que se pueden llegar a experimentar de manera extrema sin ser un trastorno propiamente. Estos síntomas son situacionales y desaparecen en cuanto

cambian las claves ambientales que los provocaron, como ser víctima de un robo o abuso. Estos acontecimientos activan los rasgos ansiosos y las claves de miedo en el organismo de manera temporal y una vez que estos desaparecen la persona vuelve a regular su ansiedad al estándar normal (Cox, Borges, Taylor, Fuentes y Ross, 1999, Berlanga, 1996). En estos casos, es posible que los individuos reaccionen de manera diferente ante estos sucesos estresantes en el caso de enfrentarlos una segunda vez. Contrario a esto, un trastorno es una característica estable que conlleva grados elevados de ansiedad de manera poco variable (Tyrer, 1984).

A continuación se abordarán de manera breve algunos de los trastornos de ansiedad en relación a la relevancia que poseen con el comportamiento además de su relevancia médica.

Trastorno de Ansiedad Generalizada: Una persona con trastorno de ansiedad generalizada ha experimentado una ansiedad o inquietud irreal o excesiva acerca de dos o más circunstancias de la vida durante al menos seis meses (APA, 1994). Las inquietudes normalmente se centran en una desgracia que en realidad no representa ningún peligro. Los síntomas que comprende son los siguientes:

Tensión Motriz:

- Estremecimiento, crispamiento espasmódico o sensación de agitación.
- Tensión, dolores o molestias musculares.
- Desasosiego.
- Fatiga fácil.

Hiperactividad autonómica:

- Respiración dificultosa o sensación de ahogo.
- Taquicardia
- Transpiración o frío, manos húmedas y frías.
- Boca seca.
- Vértigo o mareos
- Náusea, diarrea u otro trastorno abdominal.
- Accesos de calor o escalofríos.
- Orinar con frecuencia.
- Sensación de nudo en la garganta.

Vigilancia y exploración:

- Sensación de agitación o impaciencia.
- Respuesta de alarma exagerada
- Dificultad para concentrarse o “mente en blanco” debido a la ansiedad
- Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido.
- Irritabilidad.

Al menos seis de los síntomas deben estar presentes cuando se está ansioso (Perifoy, 1993) y es requerido asegurarse que no se deben a algún trastorno médico como el hipertiroidismo o intoxicación con cafeína (APA, 1994).

Trastorno de Pánico: La característica principal de una ataque de pánico es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, en ausencia de peligro real, acompañada de al menos 4 de 13

síntomas propios del pánico (descritos previamente) acompañado de preocupación al menos durante los últimos seis meses por sufrir un nuevo ataque (Berlanga, 1996). Con menos de cuatro síntomas se diagnostica como ataque somático limitado (Caballo, et al., 1995).

De acuerdo a la relación que guarda el comienzo del ataque con los estímulos desencadenantes, los ataques de pánico pueden ser: a) *inesperados*, cuando su comienzo no está asociado con un desencadenante situacional, sino que ocurren espontáneamente; b) *determinados situacionalmente*, los ataques de pánico aparecen cuando se está expuesto o se anticipa la presencia de un estímulo situacional desencadenante, y c) *predispuestos situacionalmente*, cuando los ataques de pánico se dan al exponerse al estímulo desencadenante, pero no están asociados invariablemente con este estímulo y no ocurren inmediatamente a la exposición (Caballo, 1997; APA, 1994), es decir, puede que el ataque de pánico se presente después la exposición situacional.

Las personas con trastorno de pánico no evitan exponerse a los lugares o situaciones asociados con la ansiedad o el pánico, por lo tanto no generan conductas de evitación (Tyrrer, 1984; Perifoy, 1993). Sin embargo, en ocasiones, si no existe un tratamiento efectivo, el individuo puede comenzar a asociar determinadas actividades o situaciones con los ataques de pánico y comienza a evitarlas. En este caso se clasifica el problema como trastorno de pánico con agorafobia (Andrews, et al., 1994).

Trastorno de pánico con agorafobia: Para diagnosticar el trastorno de pánico con agorafobia se recurre al mismo criterio en la presencia de los síntomas del ataque de pánico (4 síntomas de 13 por 6 meses), solo que en este caso se agrega la presencia de la agorafobia (Berlanga, 1996). La agorafobia es la tendencia a evitar lugares o situaciones donde la huida podría resultar difícil o vergonzosa, o donde no se podría obtener ayuda en caso de un ataque de pánico (Caballo, 1997). Aunque los lugares o situaciones evitadas varían de una a otra persona y a veces incluso de un momento a otro, en general se constata la presencia de un esquema definido en las personas con este trastorno.

Una persona en este estado puede necesitar un compañero o persona de apoyo si requiere alejarse de su casa o dirigirse a zonas nuevas alarmantes. La persona de apoyo asegura la disponibilidad de ayuda al individuo (Matthews, 1990) permitiéndole tener acceso a la situación que por si solo no podría enfrentar.

Las tendencias agorafobicas pueden oscilar de benignas a serias y también pueden aparecer o desaparecer (Andrews, et al, 1994). Las situaciones que podrían ser evitadas incluyen estar fuera de casa solo, viajar más allá de una distancia “segura” de la casa, hallarse en medio de una muchedumbre o cola, estar sobre un puente, utilizar un ascensor, viajar en transporte público, conducir por una autopista, ir al teatro, asistir a un restaurante, entre otros.

Fobia Social: La fobia social se define por el DSM-IV (APA, 1994) como un temor persistente a una o más situaciones sociales que requieren ejecuciones en público, en las que la persona se ve expuesta a gente desconocida o al posible escrutinio por parte de los demás. Las personas con fobia social temen el examen de las personas que los rodean, temen actuar de manera que pueda ser humillante o embarazosa. El individuo teme “hacer” algo mientras *sabe* que los demás le están mirando y, en cierta forma, “evaluando” su conducta (Tyrrer, 1984). Dentro de las formas más simples de fobia social se encuentran el miedo a hablar en público la dificultad para utilizar baños públicos, el miedo a escribir el nombre propio o a firmar en presencia de otros, la dificultad para comer o beber en público y temor a ruborizarse o ponerse rojo (Perifoy, 1993).

Trastorno Obsesivo-Compulsivo: Una obsesión es una idea, pensamiento, imagen o impulso persistente, que se experimentan como invasivos, recurrentes e inapropiados y que causan una ansiedad y estrés notables (Caballo, 1997). Estos síntomas no se deben a una preocupación real y las personas que los padecen tienden a darse cuenta que sus temores son exagerados (excepto los niños), e intentan ignorar, suprimir o neutralizar los pensamientos. Las obsesiones comunes involucran pensamientos de hacer daño a los demás, violar normas sociales como maldecir o exhibir un comportamiento sexual inaceptable, provocar contaminación o infección en uno mismo o los demás, y la duda de haber realizado alguna acción (Matthews, 1990).

Por otro lado, las compulsiones son conductas manifiestas o respuestas cognitivas que intentan evadir las consecuencias adversas que sugieren las obsesiones o disminuir la ansiedad que provocan. Normalmente las compulsiones no están conectadas de manera realista con lo que se supone que van a neutralizar o evitar que suceda de acuerdo al pensamiento obsesivo (Caballo et al., 1995). Más bien, estas son conductas de forma "ritual" esquemáticas, rígidas y estereotipadas que el sujeto realiza de forma reiterada. Las compulsiones mas comunes son lavarse las manos, contar, verificar y tocar (Berlanga, 1996). Por ejemplo, la persona que tema a la contaminación podría acostumbrar lavarse las manos de forma excesiva con tal de evitar las consecuencias trágicas que significaría contraer alguna enfermedad. El DSM-IV señala que las obsesiones y compulsiones suaves son comunes y solo se les considera un problema cuando interfieren en las actividades cotidianas de la persona, consumen mucho de su tiempo, le provocan ansiedad, descontrol emocional o cuando la persona carece de control sobre ellas (APA, 1994)

Fobia Simple: Las fobias simples también son llamadas fobias específicas y se refiere a todas aquellas fobias en donde el miedo está circunscrito o centrado en objetos o situaciones concretas como pueden ser los perros, las alturas o los espacios cerrados (Tyrer, 1984). Una fobia simple difiere de la agorafobia en que la ansiedad está centrada en el objeto o situación específico externo y se activa solo cuando se hace frente a dicho objeto o situación (Matthews, 1990). Las fobias simples son comunes y normalmente no generan problemas importantes en la vida, pues los individuos evitan fácilmente el objeto o situación temidos. Se convierten en un

problema cuando el objeto o situación temidos no pueden ser evadidos fácilmente o cuando resultan importantes para el trabajo o la vida personal de los individuos. Como cuando se requiere suministrar algún medicamento por vía intravenosa a un sujeto con fobia a las inyecciones y procedimientos quirúrgicos.

Las fobias simples cuentan con diferentes tipos que van desde las *fobias de tipo animal* (caballos, perros, serpientes, insectos, ect), las *fobias al ambiente neutral* (las tormentas, al agua y las alturas), las *fobias a la sangre, a las inyecciones o a sufrir daños*, las *fobias situacionales* (miedo específico a ascensores, lugares cerrados, conducir, aviones, etc.). En general el trastorno de fobia simple es el diagnóstico más frecuente de los trastornos por ansiedad y se encuentra entre los de mayor prevalencia en los trastornos psicológicos (Caballo, 1997).

Trastorno de Estrés Postraumático: Para percibir un diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) según el DSM-IV (1994), el individuo tiene en primer lugar, que haber experimentado, haber sido testigo o haberse enfrentado a un acontecimiento que entrañase una amenaza de muerte, una muerte real, una lesión grave o una amenaza a la integridad física. En segundo lugar, la respuesta del sujeto ante este acontecimiento debió incluir miedo intenso o sensación extrema de indefensión. Una persona con TEP puede experimentar imágenes recurrentes del acontecimiento traumático, una sensación de que el acontecimiento traumático está sucediendo en el presente, sueños con el trauma inquietantes y recurrentes, o intenso malestar físico

cuando se expone a situaciones que simbolizan o tienen semejanza con un aspecto del acontecimiento traumático.

Perifoy (1993) refiere que las personas con TEP pueden evitar lugares o cosas asociadas con el trauma o experimentar un aturdimiento general. Este aturdimiento puede ir desde pensamientos o sensaciones asociados con el trauma, hasta una sensación de alejamiento o separación de los demás. También estarán presentes al menos dos de los siguientes tipos de reacción:

- Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido.
- Irritabilidad o estallidos de ira.
- Dificultad para concentrarse.
- Hipervigilancia.
- Respuestas de alarma exageradas.
- Una reacción física excesiva cuando se está expuesto a acontecimientos que simbolizan o semejan un aspecto del acontecimiento traumático; por ejemplo, observar fotografías de personas ensangrentadas cuando se fue testigo del cuerpo de un individuo que cayó de un edificio.

1.3 Las creencias irreales en la Ansiedad.

Andrews, et al. (1994) hacen una puntualización importante respecto a los trastornos de ansiedad. Refieren que los trastornos de ansiedad no implican solo estar muy ansioso, se refieren a *preocupaciones irracionales* y a *evitar* las situaciones que son el foco de dichas preocupaciones. Las personas con trastorno de pánico se preocupan de que su pánico derive una catástrofe

personal; los que tienen fobia social se preocupan de que su comportamiento derive en vergüenza; los individuos con fobias específicas se preocupan de que su persona se lesione; los individuos con trastorno obsesivo compulsivo se preocupan de que su obsesión pueda hacerse real; aquellos con TEP se preocupan que el recuerdo de las imágenes haga que se tornen reales; y aquellos con trastorno de ansiedad generalizada se preocupan de que el desastre caerá aun sobre su preocupación. Estos sujetos perciben que son sensibles a la ansiedad y que no cuentan con habilidades para lidiar con ella por lo tanto ignoran los estresores y evitan las situaciones que generan la ansiedad, enfocándose en los síntomas físicos que son parte de la respuesta ansiosa con la intención de minimizar la connotación personal que produce la ansiedad que sienten (Tyrer, 1984). Las minusvalías que presentan estos individuos tales como la evitación en las fobias simples, los rituales compulsivos, el entumecimiento y la preocupación de ser malherido, provienen de esta lógica de comportamiento evasivo.

La ansiedad está asociada con la presencia de sesgos cognitivos (Cox, Endler y Swinson, 1995) que llevan considerar como catastróficos eventos que no representan una amenaza en sí. La *preocupación* por consecuencias adversas encierra miedos irracionales que sobregeneralizan las consecuencias adversas de otras situaciones cuyas consecuencias fueron negativas en otras con características similares (Ellis, 2000). Es decir, si un individuo ansioso escucha que una persona estuvo encerrada tres horas en un elevador, es probable que sienta miedo y piense que eso le puede pasar a cualquiera, incluido él mismo, en cualquier momento; o enterarse que una persona al ser

abandonada por su pareja no ha podido encontrar a nadie desde entonces, puede llevar a aferrarse a su pareja actual por miedo quedarse solo y no encontrar a nadie si ésta se aleja.

Matthews, (1990) sostiene que las personas con trastornos de ansiedad tienen rasgos de personalidad similares. Y todos comprenden errores cognitivos de esta naturaleza. Denomina a estos rasgos “personalidad de ansiedad elevada”, estos son el resultado de una manera específica de pensar que permite a los individuos coexistir con los impulsos ansiosos que experimentan. Estos abarcan personas que no caen en la categoría de trastorno como tal, sino que por características contextuales se encuentran en los extremos elevados para este grupo de rasgos. Estos se enlistan a continuación:

- Alto nivel de creatividad (producto de dos actividades autofrustrantes: a) la anticipación negativa a pensar “y qué si”, es la tendencia a pensar en muchas cosas alarmantes que podrían ocurrir en una situación determinada y, b) la tendencia a imaginar vívidamente esas tenencias alarmantes).
- Pensamiento rígido (es la tendencia a pensar que los acontecimientos son correctos, incorrectos, justos o injustos. En general hay una forma “correcta” para hacer las cosas y no es posible ninguna otra. Además de que existen cosas que “deben”, “deberían” o “no pueden” ser echas por uno o por los demás.
- Necesidad excesiva de aprobación (dependencia de los demás para autovalorarse).

- Expectativas extremadamente elevadas en uno mismo (expectativas mucho más elevadas de logro uno mismo que de lo que se espera de los demás).
- Perfeccionismo (cualquier logro es considerado menos que perfecto, e implica el uso de “pero”, mencionar frases como: “este proyecto resultó muy bien, pero...”, haciendo el acento en lo que salió mal.)
- “Persona activa”, competente y fiable (con la habilidad de hacer las cosas bien y que las hace bien)
- Necesidad excesiva de mantener el control (tendencia a controlar acontecimientos inesperados o los sentimientos y pensamientos de otros no por fines perjudiciales sino por miedo a perder al descontrol).
- Supresión de algunos o todos los sentimientos negativos (sentimientos que “no deberían” sentirse pues causarían descontrol o desaprobación de los demás).
- Tendencia a no prestar atención a las necesidades físicas del cuerpo (solo es conciente del cansancio cuando aparecen síntomas de agotamiento)

Algunas de estas características tienden a ser efectivas en el desempeño de las personas con altos niveles de ansiedad, sin embargo pueden convertirse en problemas cuando se utilizan en exceso. Perifoy (1993) señala que estos rasgos de personalidad tienen origen en comportamientos específicos en la infancia. Estos pueden ser alcoholismo en la familia, maltrato en el niño (físico, psicológico, sexual, castigo cruel, abandono, etc.), padres ansiosos, padres o figura parental crítica (burlas excesivas, perfeccionismo con expectativas irreales), reglas familiares rígidas, sistema de creencias rígido,

énfasis en las apariencias o en el comportamiento “correcto”, padres sobreprotectores, entre otros (Andrews, et al., 1994).

Estos errores cognitivos requieren ser abordados en función de su comprobación con la realidad (Ellis, 2000), con el fin de eliminar la catastrofización, absolutización y generalización de consecuencias adversas elicitoras de ansiedad. Por lo que resalta la importancia de los componentes cognitivos, en el caso específico de sesgos, en el mantenimiento de la ansiedad. Una de las variables asociadas con las creencias erróneas en la interpretación de las variables corporales asociadas a la presencia de la ansiedad es el constructo de la Sensibilidad a la Ansiedad.

CAPÍTULO 2 PANORAMA GENERAL DE LA SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD.

La Sensibilidad a la Ansiedad (SA) hace referencia a la creencia de que experimentar sensaciones corporales asociadas con la ansiedad o el miedo, provocan consecuencias adversas tales como la muerte, el desarrollo de enfermedades o el rechazo social (Reiss y McNally, 1985). En el estudio de la SA los esfuerzos se han encaminado a delimitar su composición teórica y su validez como constructo, lo que ha derivado en el desarrollo de una línea de investigación que pretende dar cuenta de la función y el lugar que ocupa en el comportamiento. En el apartado siguiente se revisará el desarrollo del concepto de la SA.

2.1 Desarrollo conceptual de la Sensibilidad a la Ansiedad.

El antecedente principal sobre el que se ha desarrollado la SA se vincula con los informes de lo que se denominó “miedo al miedo”, esta propuesta comprendía la tendencia de los individuos a temer los estímulos asociados con la presencia de un evento amenazante, es decir, ante un ataque de ansiedad recurrente los sujetos comenzaban a temer la presencia de los síntomas aversivos tanto como a las causas que les daban origen. En el camino por estudiar esta tendencia, Goldstein y Chambless (1978) consideraron que una persona con ataques de pánico recurrentes aprendía a anticipar con miedo la posibilidad de experiencias de pánico adicionales. Esta visión se apoyaba en un modelo de aprendizaje pavloviano y asociaba el miedo al miedo a la

presencia de agorafobia e incluso los trataba como lo mismo. Esta aproximación es reconceptualizada más tarde por Reiss y McNally (1985), al proponer que el miedo al miedo era un concepto unitario que podía ser abordado en dos dimensiones: la *expectativa a la ansiedad* y la *sensibilidad a la ansiedad*. La expectativa a la ansiedad es un aprendizaje primordialmente asociativo que establece la relación de que determinado estímulo puede activar ansiedad o miedo, mientras que la sensibilidad a la ansiedad es una variable individual que predispone a la creencia de que experimentar ansiedad o miedo puede llevar a enfermarse, a sentir vergüenza (incomodidad social) o a generar ansiedad adicional.

Reiss, Peterson, Gursky y McNally (1986), encontraron que la Sensibilidad a la Ansiedad se diferenciaba del constructo general de ansiedad y que comprendía más que la simple frecuencia a presentar síntomas relacionados con la misma (taquicardia, sensación de desmayo, temblores, etc), por lo que construyeron el *Anxiety Sensitivity Index (ASI)*, con el propósito de hacer posible la medición del grado de SA que presentan los individuos. Con una escala establecida se propició encontrar la relación de la SA con los factores específicos que predisponen al desarrollo de ataques y trastorno de pánico, además de comenzar a estudiar su validez como constructo unitario.

Por otro lado, se ha postulado que la SA es una variable presente en todos los individuos que varía en el grado de intensidad de persona a persona. Por lo que no es necesaria la experiencia de vivir un ataque de pánico o ansiedad extrema para presentarla, sino que su presencia se ha relacionado al

aprendizaje social y a la historia de vida que se tenga (Lilienfeld, Turner, Jacob, 1993). Un ejemplo de esto es la indicación que puede hacer un médico acerca de evitar exponerse a un determinado tipo de estimulación (como el esfuerzo físico) con el fin de evitar un ataque al corazón, por lo que los estímulos que encajen dentro de esta descripción serán evaluados en función de la “amenaza” que representan al bienestar físico del individuo. Un sujeto con SA alta podría evaluar este tipo de estimulación como altamente amenazante, a diferencia de un sujeto con baja SA al que no le representaría peligro significativo.

En un principio la SA se consideró como un constructo unitario (Taylor, 1995) sin embargo mas tarde se encontraron factores específicos que en conjunto daban cuenta de su composición global.

Taylor y Cox (1997, 1998) desarrollaron el Anxiety Sensitivity Index-Revised (ASI-R) y el Anxiety Sensitivity Profile (ASP); ambos comprendían una versión extendida del ASI original que pretendía, por medio de reactivos más específicos derivados de estudios sobre la SA, encontrar una estructura dimensional y jerárquica de variables que correlacionaran con el constructo general. Estos instrumentos arrojaron evidencia de variables tales como: miedo a síntomas respiratorios, miedos a síntomas cardiacos, descontrol cognitivo y miedo a síntomas gastrointestinales como factores independientes que podían correlacionar con la SA.

Con el fin de incrementar el campo de conocimiento y fortalecer la validez teórica de la SA se realizaron trabajos como el de Sandin, Chorot y McNally (1996) que validaron con éxito la versión en español del ASI, lo que dio sustento como constructo unitario a la SA con datos de una muestra de pacientes psiquiátricos españoles. Cox et al. (1999) correlacionaron la SA con el modelo de cinco factores de personalidad para conocer su naturaleza y posible origen, cuyos datos arrojaron evidencia de que la SA está asociada a variables propiamente cognitivas y de estados emocionales negativos. Por otro lado Stewart, Taylor, Jang, Cox, Watt, Fedoroff y Borger (2001) realizaron un estudio retrospectivo con el fin de conocer la influencia del aprendizaje vicario en la mayor o menor propensión a presentar ataques de pánico en la edad adulta. Los resultados apoyaron la presencia de la SA como parte del aprendizaje mediacional en la infancia para mostrar ataques de pánico en la edad adulta. Además Sandin, Chorot y McNally (2001) aportan un estudio en población española que diferencia el constructo de SA del de ansiedad rasgo, utilizando la versión en español del ASI. Lo que comprende los primeros esfuerzos por delimitar el campo teórico de la SA.

Por otro lado, también se realizaron estudios en lo relativo a la evaluación de la consistencia interna de la SA como constructo. Se administró el ASI-R en una muestra de seis países y se encontró que su estructura interna era consistente entre cada país, además de que sus subescalas correlacionaron entre ellas y con los diagnósticos psiquiátricos establecidos (Zvolensky, Arrindell, Taylor, Bouvard, Cox, Stewart, Sandin, Jurado y Eifert, 2003). Además, se realizaron estudios taxométricos uno con una muestra

compuesta por sujetos de seis países, cuyos resultados apoyaban la estructura taxónica de la SA y a la vez respaldaba la validez psicométrica del ASI-R (Bernstein, Zvolensky, Kotov, Arrindell, Taylor, Sandin, Cox, Stewart, Bouvard, Jurado, Eifer y Schmidt, 2006) y un segundo que evaluó la consistencia del Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI) en base al género en una muestra de jóvenes. Los resultados de este estudio apoyaron la estructura taxónica de la SA en mujeres y hombres y describieron la medida base de la SA como mas alta en mujeres que en hombres, lo cual hacía a las mujeres con menor umbral en la SA que los hombres (Berstein, Zvolensky Stwart, Comeau y Lee-Feldner, 2006).

Hoy en día se postula que la SA es independiente al constructo de ansiedad general, de relevancia en el desarrollo de trastorno de pánico, diferente de emocionalidad negativa (Leen-Feldner, Feldner, Bernstein, McCormick y Zvolensky, 2005) y compuesto por tres factores de orden inferior: Preocupaciones Físicas, Preocupaciones Cognitivas y Preocupaciones Sociales. Estos factores se retoman dentro del trabajo de Taylor, Cox, Holaway, Stewart, Eng, Arrindel, Jurado, Zlovensky, Deacon, Abramowitz, Sandin, Coles, Daly y Bouvard (2007), donde recientemente llevaron a cabo la validación de una escala alterna a las ya establecidas proponiendo el ASI-3, una versión actualizada que retoma factores evaluados por el ASI y el ASI-R, encaminado a medir principalmente las tres dimensiones que componen la SA en base a 18 reactivos. Este estudio se realizó con una muestra internacional y es una de las aportaciones más recientes en la medición de la SA, probando

cualidades psicométricas más altas en comparación a las del ASI y consistencia entre poblaciones y genero.

2.2 La Sensibilidad a la Ansiedad y el Trastorno de Pánico.

La SA es una variable que nace del estudio del miedo al miedo y que se ha definido como la tendencia a considerar amenazantes determinados síntomas ansiosos, lo que la ha vinculado en específico a los trastornos de ansiedad y en especial a la presencia de ataques pánico (Reiss, et al., 1986). En primera instancia, los ataques de pánico no representan necesariamente un trastorno, sino que son episodios que pueden estar presentes dentro de cualquier trastorno de ansiedad. El DSM-IV (APA, 1994) define un ataque de pánico como un súbito acceso de aprensión, temor o terror asociado con sensaciones de muerte inminente. Durante el ataque están presentes síntomas como dificultad para respirar, dolor en el pecho, incomodidad, sensación de ahogo o asfixia y temor a perder el control o volverse loco. El trastorno de pánico como tal de acuerdo al DSM-IV se define como la presencia recurrente de ataques de pánico inesperados, seguidos de una preocupación de mínimo un mes de que se sufrirá otro ataque.

Individuos con alta SA pueden ser más propensos a entrar en pánico debido a la creencia de que el experimentar ansiedad puede tener consecuencias más graves que la simple incomodidad inmediata. Donnell y McNally (1988), encontraron que sujetos con alta SA y una historia de ataques de pánico en conjunto, presentaban respuestas mayores de ansiedad y miedo en una prueba de hiperventilación en comparación de individuos con solo la

historia de ataques de pánico o sujetos con alta SA, postulando que estos individuos tienden a presentar mayor automonitoreo de sus síntomas físicos en general, imaginarlos o reportarlos indiscriminadamente. Lo que constituye un sesgo cognitivo en la interpretación de síntomas físicos. Westling y Öst (1995) fortalecen este argumento al encontrar que los pacientes con trastorno de pánico se caracterizaban por considerar a los estímulos ambiguos internos (corporales) como amenazantes, a diferencia de sujetos sin trastorno.

Los estímulos ambiguos pueden ser objeto de preocupación debido a la sensación de falta de control que los individuos consideran que tienen sobre ellos. Zvolensky, Heffner, Eifert, Spira, Feldner y Brown (2001) encontraron que la percepción de control limitada sobre sensaciones corporales y el ambiente incrementan la susceptibilidad a síntomas de ansiedad. Lo que sugiere que la percepción de bajo control sobre estímulos asociados a la ansiedad pueden estar relacionados con el como se responde ante estímulos ambiguos. Recientemente Pollock, Carter, Amir y Marks (2006) condujeron un estudio encaminado a conocer la manera en que los sujetos con alta SA procesaban la información de una prueba auditiva de latidos del corazón, dado que las palpitaciones son una de las claves con mayor susceptibilidad a ser malinterpretadas por los individuos con trastorno de pánico. Los resultados refieren que el sonido de los latidos del corazón puede ser una de las claves focales a las que los sujetos con alta SA prestan atención y pueden llegar a ser consideradas como perjudiciales.

Cox, Endler y Swinson (1995) resumen que los ataques de pánico parecen emerger de la interpretación catastrófica (sesgo cognitivo) de síntomas corporales, en consecuencia, el pánico no es el resultado de una fuerte sensación física, sino de la creencia de que de alguna manera estas sensaciones son peligrosas, esto hace referencia al mecanismo que opera en la SA y aunque ésta no requiere de experimentar un ataque de pánico para presentarse, si puede ser un factor relevante en su desarrollo como factor predisponente.

CAPITULO 3 CONCEPTUALIZACIÓN DEL TABAQUISMO

3.1 Tabaquismo y Nicotina.

La planta del tabaco pertenece al género *Nicotiana*, de la familia botánica de las *Solanaceas* que consta de más de 60 variedades de plantas cuyo componente principal es la nicotina. Las más utilizadas para su consumo son la *Nicotiana tabacum* y la *Nicotiana rustica* y es única en la naturaleza debido a que sintetiza y luego conserva en sus hojas secas el potencial de un alcaloide como es la nicotina (Becoña, Palomares y García, 2002). Las formas más representativas de consumir el tabaco son el tabaco en polvo, el tabaco para mascar, el tabaco sin humo, el puro, la pipa y el cigarrillo convencional. A pesar de esta variedad de presentaciones las contraindicaciones por su consumo son efectivas aun por sobre la presentación en que se utilice (Zarin, Pincus y McIntyre, 2001).

El tabaquismo es considerado causa de muerte y enfermedad prevenible más importante (Rico, Ruiz, y Flores, 1990). La mayoría de los problemas de salud que provoca el consumo del tabaco se deben a los productos cancerígenos y al monóxido de carbono que contiene el humo que genera que la nicotina en sí (Aragonés, 1991). La nicotina es sólo uno más de los cuatro mil componentes del humo del tabaco. El humo derivado del tabaco contiene, entre otras, las siguientes sustancias nocivas:

- Amoníaco

- Benzopireno
- Cianuro de hidrógeno
- Dióxido de carbono
- Monóxido de carbono
- Restos de plomo o arsénico

Los efectos dañinos de estas sustancias incluyen:

- Aumento del nivel de monóxido de carbono en la sangre y reducción de la cantidad de oxígeno disponible para el cerebro y otros órganos.
- Menopausia prematura y mayor riesgo de osteoporosis en mujeres mayores.
- Envejecimiento prematuro de la piel en mujeres.
- Mayor riesgo de abortos, muerte súbita del bebé y poco peso al nacer en bebés de madres fumadores.
- Daño a los pulmones y aumento de riesgo de cáncer de pulmón, enfisema y bronquitis crónica.
- El riesgo de ataque cardíaco aumenta de 2 a 4 veces.
- Aumento del riesgo de cáncer de laringe, boca, esófago, vejiga, riñones y páncreas.

En relativo al consumo de nicotina, ésta produce la liberación de noradrenalina, la cual origina activación autonómica, relajación (según la dosis), elevación del estado de ánimo y conductas asociadas, efectos que favorecen el mantenimiento de la conducta de fumar por condicionamiento instrumental (Dogana, 1990). En consecuencia la nicotina es el elemento que

hace *adictivo* el consumo de tabaco (Solano y Jiménez, 2002; Zarin et al., 2001; Rico et al., 1990). La intensidad de la dependencia a la nicotina se debe a varios factores:

- a) La nicotina produce elevados efectos de refuerzo positivo (mejoría de la concentración y del estado de ánimo, reducción de la irritabilidad y el peso).
- b) Un bolo de nicotina llega al cerebro en un plazo de 7 a 10 segundos tras la inhalación, produciendo efectos casi instantáneos.
- c) La dosis de nicotina puede controlarse mediante la forma en que se consume el cigarro.
- d) El consumo de tabaco es frecuente (un fumador regular puede administrarse hasta 200 dosis de nicotina por día).
- e) Existen muchas conductas sociales que inducen y permiten el consumo de tabaco.

El DSM-IV (APA, 1994) incluye como trastornos la dependencia de nicotina y la abstinencia de nicotina. No incluye el abuso a la nicotina y debido a que los problemas clínicos derivados del consumo excesivo del tabaco son raros al igual que la intoxicación por nicotina, aunque para que sea tóxica en humanos de estar en 10 y 20 mg., y para que sea letal entre 0.5 y 1 mg. por kilo de peso (Aragonés, 1991). Para el DSM-IV el diagnóstico de los trastornos sobre la nicotina se centra en cumplir criterios que reflejan malestar por la ausencia de la sustancia o una necesidad excesiva por su consumo, acompañado de deterioro en la calidad de vida de la persona. Algunos síntomas característicos de la abstinencia a la nicotina son:

- Estado de ánimo disfórico o depresivo.
- Insomnio
- Irritabilidad, frustración e ira.
- Ansiedad.
- Dificultades de concentración.
- Inquietud.
- Disminución de frecuencia cardíaca.
- Aumento de apetito o del peso.

La nicotina contenida en los cigarrillos es un poderoso elemento psicoactivo; puede utilizarse para aliviar ansiedad, mantener controlado el peso, mejorar la concentración o facilitar el contacto social. Todas ellas son funciones inmediatas, seguras y con gran valor adaptativo; Sus efectos negativos por otro lado son demorados y no seguros. Pero además, fumar es relativamente barato y es compatible con casi cualquier actividad a diferencia del consumo de alcohol o opiáceos, ya que es posible fumar al mismo tiempo que se realiza cualquier otra actividad y hacerlo es socialmente aceptable (Becoña y Vázquez, 2004)

En general, el rol que juega la nicotina en el consumo del tabaco es por tanto alterar los estados químicos corporales provocando su dependencia a través de su efecto sedante y placentero. Esta adicción a la nicotina acarrea colateralmente el consumo de alquitrán y monóxido de carbono (Dogana, 1990) entre otras sustancias cancerígenas, lo cual deteriora y enferma la organismo. La ausencia de la nicotina produce una alteración de organismo de los

individuos provocando síntomas displacenteros y el deterioro en la calidad de vida.

3.2 EL mantenimiento de la conducta de fumar.

Fumar puede considerarse como un complejo conjunto de conductas rígidas, por una parte, a obtener el beneficio de los efectos de uno de los componentes del tabaco, la nicotina, y por otra, evitar que aparezcan los síntomas de privación (Solano y Jiménez, 2002). El hábito de fumar es normalmente una conducta que comienza en la adolescencia. En este período los jóvenes no se plantean aun dejarlo, por lo que son fumadores constantes. Con el paso del tiempo pueden llegar a hacerse conscientes de los efectos nocivos del fumar y pueden llegar a plantearse el dejarlo (Aragonés, 1991). El primer acercamiento para llegar a ser un fumador regular se despliega en tres fases que van de la preparación, la habituación y mantenimiento y por último el abandono. Estos se abordarán individualmente a continuación.

Etapa de Preparación

La mayoría de los jóvenes comienzan a fumar por motivos personales, ambientales o socioculturales. Estos factores ni influyen de manera independiente sino que a menudo se combinan e interactúan. Es esta relación entre factores intrínsecos y sociales o ambientales la que dirige la historia natural del fumador, teniendo en cuenta que la reacción de la sociedad frente al tabaco también influye decisivamente en ella. Estos factores pueden desglosarse de la siguiente manera:

Factores personales:

- Factores genéticos: estudios en gemelos mono y dicigóticos sugieren que hay cierta predisposición a ser fumador, sin embargo esta explicación aun se encuentra en desarrollo.
- Factores psicológicos: Ciertos rasgos de personalidad se asocian con mayor riesgo a fumar, en especial el gusto por las novedades y el riesgo. La extroversión podría ser también una variable predisponente así como los jóvenes con problemas de disciplina y baja autoestima.
- Predisposición a conductas problemáticas: conductas como la irritabilidad, rebeldía, delincuencia, edad de la primera relación sexual, consumo de alcohol y otras sustancias ha correlacionado en el desarrollo de la conducta de fumar. La principal de éstas es el consumo de alcohol, ya que es bien sabido que esta última y consumo de cigarro coexisten y se refuerzan entre sí.
- Edad y Sexo: En cuestión de edad es más probable que personas entre los 12 y los 18 comiencen a fumar que alguien de más de 21 años. Y en general, las características predisponentes son las mismas para ambos sexos, sin embargo las adolescentes tienden a ser más susceptibles.
- Anticipación a la edad adulta: el fumar puede llegar a ser considerado como una forma para “parecer mayor”. Por lo que los adolescentes pueden percibirla como una conducta propia de una persona independiente y envidiable.
- Asociación tabaco-salud: Los adolescentes infravaloran las repercusiones físicas que el fumar tiene sobre su persona. Los adolescentes consideran que aquello que causa el tabaco en la salud no es algo que les vaya a pasar

a ellos por lo que no requiere demasiada atención. Además de que no toman en cuenta su relación con a largo plazo con la muerte.

Factores Sociales:

- **La Familia:** Los adolescentes cuyos padres han dejado de fumar tienen menor probabilidad de convertirse en fumadores en comparación de aquellos padres que siguen fumando. A la vez, que los hijos de los padres que han dejado de fumar tienen mayor posibilidad de dejarlo si es que ya lo han iniciado. En general si los padres dejan el hábito antes de que los hijos tengan 9 años de edad hay menos probabilidades de que sean fumadores.
- **Amigos:** Es muy probable que lo adolescentes comiencen a fumar si cuentan con amigos que lo hacen ya que se sienten comprometidos a involucrarse en las actividades de su grupo. Los adolescentes no fumadores tienden a buscar amistades que no lo hagan y aquellos que lo hacen tienen amigos fumadores.
- **Educadores:** El papel de los profesores fumadores es importante en el desarrollo del tabaquismo en sus alumnos. Esta tendencia se fortalece cuando los padres también fuman.
- **Aceptación social:** a pasar de ser una droga el consumo de tabaco es legal y de acceso fácil. Personajes importantes como políticos, actores, cantantes, etc., se muestran en los medios de comunicación fumando sin mayor reparo. Por lo que el fumar es visto como una actividad socialmente normal y cotidiana.

Factores Ambientales:

- **Publicidad:** El fomento al tabaco por medio de campañas publicitarias trata de enmarcar su consumo como una actividad normal, elegante, moderna, excitante o romántica, sana, liberadora y por sobre todas las cosas como un comportamiento adulto.
- **Bajo costo y fácil acceso:** El comprar cigarrillos es muy barato por lo que el acceso a la población en general es muy alto. Además de que pueden ser comprados casi en todas partes, desde tiendas regulares, hasta tiendas departamentales.
- **Factores sociodemográficos:** Es más probable que adolescentes inmersos en ambientes laborales en vez de académicos sean más propensos a fumar. El consumo del tabaco ahora es más alto entre la población laboralmente activa.

Otros factores que pueden influir en la iniciación al tabaquismo son la creencia de que el tabaco ayuda a controlar el peso, lo cual lo hace atractivo para el género femenino, o que sirve para enfrentar el aburrimiento (Dogana, 1990)

Etapa de Mantenimiento

Una vez experimentado el uso del cigarrillo, en la mayoría de los casos, se pasa a fumar de forma regular en poco tiempo. La primera experiencia es decisiva, ya que se ha observado que la probabilidad de que aquellas personas que experimentaron tos, náuseas o molestias de garganta sigan fumando es menor que en las que sufrieron mareos (Zarin et al., 2001). Los factores que

acompañan el mantenimiento del consumo del tabaco se remiten en especial a factores farmacológicos y en relación a la nicotina. Estos se mencionan a continuación.

Factores Farmacológicos:

- **Actividad de la nicotina:** La nicotina actúa sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) y se relaciona con la adicción. La acción de la nicotina sobre el SNC es responsable de una serie de efectos agudos: euforia, aumento en las funciones cognitivas y alteraciones del estado de ánimo, lo que refuerza su consumo de manera potente. Sobre el Sistema Nervioso Periférico (SNP) la nicotina actúa produciendo cambios en la frecuencia respiratoria, presión arterial y vasoconstricción arterial. De forma crónica produce tolerancia, por lo que se requieren dosis más grandes para lograr los mismos resultados. Su suspensión en consecuencia produce síndrome de abstinencia: ansiedad, irritabilidad, aumento del apetito o de peso, nerviosismo e insomnio.

Factores condicionantes:

- **Factores de hábito:** la asociación de determinadas situaciones (la hora de la comida, el tomar café, la hora de descanso, etc.) o de objetos (ceniceros, encendedores, una cajetilla, etc.), pueden convertirse en estímulos para encender el cigarrillo. Por lo que este tipo de estimulación es tan responsable de las recaídas como el síndrome de abstinencia.
- **Factores sensoriales:** Fumar puede producir sensaciones placenteras en los sentidos del gusto, olfato y tacto, ya que el tabaco excita terminaciones

sensitivas de labios, boca, garganta y dedos. Además de que los movimientos estereotipados en dar una bocanada al cigarrillo se convierten en casi ritualísticos.

- Factores Personales: Entre estos se encuentran, la infravaloración de las consecuencias del humo, el uso del tabaco como “herramienta psicológica” (como sedante o euforizante) o se apareja con un modo de vida poco saludable, como con el consumo de alcohol, la alimentación poco equilibrada o la vida sedentaria.

Todos estos factores se correlacionan uno con el otro, por lo que es difícil canalizarlos de manera individual, además de que se enmarcan dentro de los factores psicosociales que constituyen a las personas.

Etapa de Abandono del Hábito

Se calcula que en torno a un 80% de los fumadores quieren dejar el hábito (Solano y Jiménez, 2002). La razón por la cual un fumador se plantea dejarlo se relaciona con su salud, aunque existen otras motivaciones, económicas, sociales, el embarazo, etc. Este proceso es difícil y actualmente se ha postulado que conlleva un cambio de conducta, cuya visión deriva del Modelo Transteorético del Comportamiento de Prochanska y Diclemente (1983), éste describe cómo es que las personas pasan por el proceso de modificar un problema de comportamiento o la adquisición de una conducta positiva. Este modelo ha encontrado aplicación en una variedad de campos como el control de peso, el uso de bloqueador solar para reducir la probabilidad de presentar cáncer en la piel, adherencia al ejercicio, la renuncia al consumo de cocaína, el

uso del condón, el consumo de tabaco, entre otros (Prochanska, Velicer, Rossi, Goldstein, Marcus, Rakowski, Fiore, Harlow, Redding, Rosenbloom y Rossi, 1994). Y aunque se le han hecho observaciones y cuestionamientos acerca de su construcción teórica (Davidson, 1992), el Modelo Transteorico es referido por algunos autores como una alternativa para comprender el proceso que conlleva el abandono del hábito de fumar (Becoña y Vázquez, 2004; Solano y Jiménez, 2002; Zarín, et al. 2001) Este modelo consta de seis fases que van de la precontemplación, la contemplación, la preparación, la acción, el mantenimiento y contempla las recaídas. Estas fases se describen a continuación:

Fase de precontemplación: En este estadio no existe el planteamiento de cambiar la conducta de fumar, ya que los individuos no son concientes de tener un problema. En este punto las ganancias por consumir tabaco son mayores a los efectos aversivos que pueda tener, y si se niega a dejarlo es por falta de información o resistencia.

Fase de contemplación: El individuo es conciente de que tiene un problema y considera seriamente la posibilidad de abandonar la conducta. En esta fase aun no se ha hecho un compromiso serio por dejar de fumar y los factores placenteros y aversivos se avalúan como iguales, yendo estos últimos es aumento.

Fase de preparación: En este momento se asume el compromiso serio por dejar de fumar y comienza a hacer esfuerzos por dejar de hacerlo, como

reduciendo las dosis que consume, sin embargo la conducta aun no se suprime de forma definitiva.

Fase de actuación: En esta fase la persona cambia radicalmente su conducta incluyendo la abstinencia de la sustancia, con o sin ayuda de profesionales. En esta etapa el refuerzo social es primordial.

Fase de mantenimiento: El paciente consolida el abandono del consumo. Sus esfuerzos se enfocan a prevenir recaídas.

Fase de Recaída: Pueden ocurrir dentro de la fase de actuación o la de mantenimiento. Aparecen sentimientos de fracaso, desesperanza, culpa y frustración, y supone una vuelta a estadios anteriores.

Este modelo contempla el cambio como un proceso con avances y retrocesos que forman parte de la misma naturaleza de la conducta, lo que es producto de múltiples determinantes ambientales y personales del comportamiento (Prichanska y Diclemente, 1983). La prevención de recaídas implica, por lo tanto, un proceso de aprendizaje de autocontrol de la conducta de fumar, en este proceso pueden aparecer errores y retrocesos, esto es, en el caso de las adicciones la posibilidad de consumos puntuales e incluso recaídas, por lo que se busca volver a la fase de “actuación” en los casos en que se presenten dichas situaciones (Prochanska, et al. 1994). El objetivo de este programa es conseguir que los sujetos que han recaído se reciclen de un modo mas eficiente y efectivo (Sanchez-Hervás y Tomás, 2002)

3.3 Tratamientos Psicológicos.

La característica definitoria de los tratamientos psicológicos es que éstos no se enfocan en los aspectos bioquímicos implicados en la adicción al tabaco, sino en sus aspectos conductuales. En consecuencia asumen que la eliminación duradera del hábito debe ir más allá de la superación de los síntomas del síndrome de la abstinencia de la nicotina. Los tratamientos psicológicos se enfocan principalmente al período posterior a la presencia del síndrome de abstinencia, que es cuando se presentan las recaídas, a la vez que estos tratamientos se abordan de manera multidisciplinaria a lo largo del proceso de dejar de fumar (Aragonés, 1991).

Dentro de las medidas generales para comenzar el tratamiento psicológico se recomienda al paciente que haga uso de técnicas sencillas de autocontrol como la relajación, el cambio de actividad o la solicitud de ayuda externa, además de que hacerle saber que los síntomas de abstinencia que puede experimentar pueden estar asociados al consumo de alcohol o café ya que la ausencia de la nicotina cambia la manera en que el cuerpo responde ante estas sustancias, en caso de que sea adepto a éstas también. Por otro lado se recomienda hacer ejercicio para compensar el descontrol en el peso, generar disciplina y mejorar la capacidad de esfuerzo.

Entre las técnicas que se utilizan se puede recurrir a técnicas aversivas que pretenden disminuir la apetencia tales como fumar en cantidades excesivas para generar displacer corporal, sin embargo estas técnicas no eliminan el daño a la salud y casi siempre requieren ser acompañadas de

alguna otra técnica. La reducción gradual de nicotina es una estrategia más efectiva y que se acopla mejor a los objetivos que pretenden cumplir las técnicas aversivas. En estas se hacen reducciones graduales de 30%, 60% y 90% en un programa semanal que le permite al sujeto monitorear su avance, lo cual es muy reforzante y disminuye el daño a la salud (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Otra herramienta derivada del condicionamiento clásico es el control de estímulos. Esta pretende de dejar de fumar mediante la ruptura de la asociación entre estímulos discriminativos, internos y externos, y la respuesta de fumar, de modo que el hábito se debilite y desaparezca (Zarin et al., 2001). Se puede proceder a través de esta técnica pidiéndole a la persona que fume en intervalos fijos, en situaciones determinadas o en lugares no reforzantes, como una "silla de fumar" en un cuarto de costura. Otra técnica derivada del condicionamiento operante son los contratos de contingencias. En estos existe un acuerdo entre el terapeuta y el usuario sobre los premios y castigos que recibirá de modo contingente a fumar, a dejar de hacerlo o asistir a las sesiones terapéuticas.

La necesidad de mantener la abstinencia del cigarro una vez que se ha logrado dejarlo exige que el paciente cuente con los recursos necesarios para sortear esta tarea con éxito en la vida cotidiana. Los terapeutas pueden entrenar en tareas como reestructuración cognitiva, habilidades de afrontamiento, relajación, detección del pensamiento, habilidades sociales, entrenamiento en solución de problemas y autoinstrucciones. Cada una de

estas técnicas se configura de acuerdo a las variables individuales del individuo en relación a la manera en que acostumbraba fumar, por lo que una persona que acostumbraba hacerlo en compañía de su grupo de amigos fumadores el entrenamiento en habilidades sociales le permita comunicarse de forma sana de manera que no tenga que recurrir al cigarro (Becoña et al., 2002).

3.4 Tabaco y Depresión.

Los resultados de diversos estudios (Anda, Williamson, Escobedo, Mast, Giovino y Remington, 2000) sugieren que trastornos tales como la depresión fungen un rol dentro de la conducta de fumar. Se observó que sujetos con que habían experimentado trastorno depresivo mayor presentaban mayor tendencia a fumar en algún periodo de su vida que los que nunca habían convivido con el trastorno o que no tenían antecedentes psiquiátricos (Glassman, Helzer, Covey, Cottler, Stetner, Tipp y Jonson, 1999). Las personas con depresión mayor son menos aptas para dejar de fumar debido al temor de que incrementen sus episodios depresivos (Covey, Glassman, y Stetner, 1998). Por ultimo, las personas con depresión presentan mayor sintomatología producto de la abstinencia a la nicotina cuando deciden dejar de fumar, por lo tanto son menos dados a dejar de fumar y tienden a recaer con frecuencia (Hall, Muñoz, Reus, y Sees, 1998). Actualmente el consumo de tabaco también se asocia con la presencia de ansiedad (Bonn-Miller, Zvolensky, Leen-Feldner, Feldner y Yartz, 2005), y a sus componentes como es la SA (Zvolensky, Feldner, Leen-Feldner, Bon-Miller, McLeish y Gregor 2004).

3.5 Relación del trastorno de pánico, la SA y en el consumo de tabaco.

Debido a que la SA presenta un alto componente cognitivo, se ha estudiado la forma en que los individuos interpretan los estímulos internos producto de conductas como el consumo de alcohol (Stewart, Samoluk y MacDonald, 1999), dolor crónico de espalda baja (Vowels, Zvolensky, Gross y Sperry, 2004) y el consumo de tabaco. Se ha postulado que la relación de la SA con el consumo de tabaco guarda especial importancia en el desarrollo de ataques de pánico. Zvolensky et al., (2004) propusieron un modelo de regulación de afecto entre fumar y el trastorno de pánico, este modelo postula que entre los fumadores regulares, la SA se comporta como un factor que impulsa a fumar debido a la reducción de afectividad negativa y sensaciones corporales displacenteras. En específico, estas personas interpretarían las claves propias de estados afectivos negativos (incapacidad para relajarse, agitación corporal, ansiedad) como potencialmente peligrosas, por lo que la conducta de fumar se reforzaría como un medio para contrarrestar dichos estímulos aversivos. En consecuencia, fumadores regulares con alta SA podrían fumar como un medio para neutralizar la estimulación aversiva que llegan a experimentar. El modelo propone que fumadores regulares con alta SA en comparación con no fumadores son más propensos a desarrollar ataques de pánico. Se ha encontrado que la SA no se asocia con el hecho de ser dependiente a la nicotina o al número de cigarrillos consumidos, más bien, está asociada a los intentos por dejar de fumar (Bonn-Miller et al., 2005). Individuos con alta SA son menos efectivos en el manejo de las sensaciones que elicitada la ausencia del cigarrillo, por lo que recaen con el fin de evitar dicha estimulación, lo que

fortalece la propuesta teórica del modelo. Este conocimiento puede encontrar aplicación clínica en el tratamiento de los factores cognitivos en el tratamiento para dejar de fumar.

En México, se realizó un estudio con el fin de conocer la consistencia de la relación de pánico, SA y Fumar. Se buscaba probar el modelo fuera de la población estadounidense en que se había consolidado, encontrando que en la población mexicana solo el nivel de orden inferior de *preocupaciones físicas* del ASI está significativamente relacionado con el deterioro temprano en individuos fumadores. Este efecto se observó por encima de factores de estados afectivos negativos, cigarrillos consumidos y consumo de alcohol (Zvolensky, Berstein, Jurado, Colotla, Marshall y Feldner, 2007). Lo cual concuerda con investigaciones previas (Leen-Feldner, et al., 2005). En consecuencia se considera que la SA es un factor importante en la percepción del deterioro que las personas reconocen que fumar puede ocasionar. Esto aporta sustento teórico de manera general a la SA y a su relación con fumar, además de que cobra relevancia teórica en investigación nacional dado que la muestra está constituida por población mexicana.

Por último se ha encontrado que el uso de marihuana es una conducta que acompaña el consumo de cigarro en la población regular (Bonn-Miller et al., 2005), por lo que se ha estudiado la relación existente entre la génesis de trastorno de pánico, y la marihuana como elemento accesorio al consumo de tabaco en función de variables de SA. La investigación en este campo mostró que aparte de las variables de cigarrillos consumidos por día, afectividad

negativa y consumo de alcohol, el consumo de marihuana y la SA predicen la frecuencia de síntomas de ansiedad y cogniciones propias de agorafobia. Además de que la frecuencia en consumo de marihuana en relación a la SA predicen síntomas de ansiedad. Esto aporta una visión complementaria sobre cómo se comporta la relación fumar-pánico en función de el uso de marihuana en el consumo de tabaco cotidiano (Zvolensky, Bonn-Miller, Bernstein, McLeish, Feldner, Leen-Feldner, 2006). Por otro lado, esfuerzos recientes han comenzado a interesarse en la relación de la SA con otras drogas, encontrando indicios de una relación entre la SA y la Heroína; estos trabajos se encuentran aun en su estado inicial (Lejuez, Paulson, Daughters, Bornovalova y Zvolensky, 2006), pero incrementan el campo experimental de la SA y su relación con el pánico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION.

En lo que respecta a México, el estudio de la SA y los componentes con los que se relaciona se encuentra en una etapa inicial. La conducta de fumar, la depresión y la ansiedad no se han evaluado en función de su vínculo con la SA, lo cual resulta importante dado que la SA comprende una variable cognitiva que se ha comprobado en la literatura (Zvolensky, et al., 2007; Bonn-Miller et al., 2005; Zvolensky et al., 2004) que es relevante en el desarrollo de síntomas propios de los trastornos de ansiedad y la incurrancia en el consumo del tabaco.

Delimitar y conocer la manera en que la SA se comporta en la población nacional es importante para así apoyar su validez como constructo teórico, dado el soporte que ha recibido a nivel internacional (Bernstein, et al., 2006; Zvolensky, et al., 2003). Cabe señalar que este proyecto se desprende de una línea de investigación más general que pretende dar solidez a este último punto en nuestro país.

Además, el estudio de la SA es relevante debido a que es un componente cognitivo que interactúa con otras variables en el desarrollo y mantenimiento de problemas de salud específicos. En el caso del consumo del tabaco, conocer el papel que desempeña la SA posee relevancia clínica al abordar problemas como el mantenimiento del consumo del cigarro, su participación en el desarrollo de trastornos de ansiedad, la incapacidad para poder dejarlo y el manejo de las recaídas. Los cuales representan los factores

de riesgo más importantes en la persistencia del consumo de tabaco y en el posterior deterioro de la salud. Por último, abordar este tema permitirá conocer más a fondo de qué manera es que la SA se relaciona con el desarrollo de trastornos de ansiedad y que rol que juega en estos. Una vez más, poseer conocimiento en dicho campo permite realizar intervenciones terapéuticas en el manejo de dichos trastornos.

OBJETIVOS.

1. Identificar si existen diferencias en los puntajes de las escalas ISA-3, el Inventario de Wisconsin, el CHF y la escala de Afectos Negativos del EAPAN entre grupos
2. Identificar si existe relación entre los puntajes obtenidos de las escalas ISA-3, el Inventario de Wisconsin, el CHF y la escala de Afectos Negativos del EAPAN.
3. Realizar un análisis de Regresión Múltiple para determinar si la escala ISA-3 tiene utilidad predictiva en el consumo de tabaco.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, se pueden derivar las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Existen diferencias entre los grupos de pacientes y estudiantes en los puntajes del ISA-3, el Inventario de Wisconsin, el CHF y la escala de Afectos Negativos del EAPAN?

2. ¿Existe relación en los puntajes del ISA-3, el Inventario de Wisconsin, el CHF y la escala de Afectos Negativos del EAPAN?
3. ¿Existe una relación predictiva entre la SA y el consumo de tabaco?

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio no experimental pues no se manipuló ninguna VI, sino que se limitó a tomar datos psicométricos de las muestras (Kerlinger, 1985; Hernandez, Fernandez-Collado y Baptista, 1991).

DISEÑO

Se trata de un diseño no experimental, *expost facto*, de una sola muestra con una sola medición (Kerlinger, 1985; Hernandez, et al., 1991).

DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

Sensibilidad a la Ansiedad.- Se basa en la suposición de que ciertos síntomas tienen consecuencias dañinas. Así, una persona con alta SA, tendría mayor probabilidad de interpretar una rápida tasa cardiaca como un ataque inminente de pánico, otra persona con baja SA, podría interpretar los mismos síntomas como una clave producto de la ansiedad pero no amenazante (Donnell y McNally, 1988).

Tabaquismo.- Es la adicción al tabaco provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo de acuerdo a sus efectos en el SNC y SNA (Moreno et al., 2003).

Estados Afectivos Negativos.- Es el despliegue de afectos que acompañan el estado de ánimo en su aspecto negativo: angustiado, enojado, culpable, asustado, hostil, irritable, avergonzado, nervioso, intranquilo y temeroso. Estos forman parte de la Teoría del Afecto que también contempla afectos positivos como: Interesado, excitado, fuerte, entusiasta, orgulloso, alerta, inspirado, decidido, atento y activo (Voogt, Van Der Heide, Van Leeuwen, Visser, Cleiren, Passchier y Van Der Mass, 2007).

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

- La SA está representada por las puntuaciones obtenidas por los participantes en el ISA-3.
- El tabaquismo está representado por los puntajes del Cuestionario de Historia de Tabaquismo y por los puntajes del Inventario de Motivos de Dependencia a Fumar de Wisconsin-68 obtenidos por los participantes en cada una de estas escalas.
- Los estados afectivos negativos están representados por la subescala de Afectos Negativos de la Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo.

METODO

Participantes

Se trabajó con dos muestras, la primera fue de 50 pacientes, 20 con ansiedad y 30 con depresión, siendo un total de 37 mujeres y 13 hombres con una media de edad de 47.19 años, todos pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría en la Ciudad de México.

La segunda se constituyó de 50 estudiantes siendo un total de 40 mujeres y 10 hombres con una media de edad de 29 años, todos estudiantes de la licenciatura en psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la U.N.A.M.

MUESTREO

La selección de los participantes se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico accidental por cuota.

ESCENARIO

Para la muestra de pacientes con ansiedad y depresión, fue un consultorio clínico del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Para la muestra de pacientes sanos, se asistió a las aulas de licenciatura de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala en el edificio de Psicología de la U.N.A.M.

INSTRUMENTOS Y APARATOS.

Se utilizó una batería constituida de los siguientes instrumentos psicométricos:

- **Hola de datos Demográficos:** Registra lo referente a la edad, género, estado civil, nivel escolar y diagnóstico de los participantes y constituye la primera hoja de la batería.
- **Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo, (EAPAN):** Consta de 20 reactivos, que se contestan en base a una escala tipo Likert de 5 puntos, donde 1 es “casi nada o nada” y 5 “extremadamente”, de acuerdo a las emociones que han experimentado en el último mes. Consta de dos subescalas, una de afecto positivo y otra de afecto negativo, ambas han demostrado niveles altos de consistencia interna en un amplio rango de población y en muestras internacionales (Rango de coeficiente $\alpha = .83-.90$ y $.85-.93$, respectivamente; Watson, (2000), esta escala fue traducida al español confiabilizada y validada por Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valente, 1999). Para este estudio únicamente se utilizó la subescala de Afectos Negativos que comprende los reactivos 2, 4, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 18 y 20.
- **Índice de Sensibilidad a la Ansiedad-3 (ISA-3):** Es una escala multidimensional que evalúa la SA. Consta de 18 reactivos agrupados en 3 subescalas, una de preocupaciones cognitivas, otra de preocupaciones físicas y una de preocupaciones sociales. Su formato de respuesta es una escala tipo Likert de 5 puntos, donde 0 es “muy poco” y 4 “muchísimo”. Esta escala cuenta con un α de $.59-.63$ (Zvolensky, et al. 2007).

- Cuestionario de Historia de Fumar (CHF): Evalúa la historia como fumador y el patrón de ésta. Contiene reactivos que miden frecuencia de consumo, edad de comienzo, los años en que se es fumador cotidiano y el historial de intentos por dejarlo. No posee respaldo psicométrico porque es un instrumento descriptivo, por lo que no puede computarse en esos términos (Zvolensky, et al. 2007). Para este estudio se utilizaron únicamente los reactivos 7, 8, 9, 10 y 13, que abordan cuestiones como “Qué edad tenía cuando comenzó a fumar cotidianamente” o “Cuántas veces en su vida ha hecho un serio intento por dejar de fumar”.
- Inventario de Motivos de Dependencia a Fumar de Wisconsin-68 (Inventario de Wisconsin): Mide la conducta de fumar por medio de 68 reactivos agrupados en 13 subescalas, estas son: apego, automatismo, conducta de elección/mejoramiento/reforzamiento alternativo, vigorización cognitiva, antojo, exposición a claves/proceso asociativo, pérdida de control, reforzamiento negativo, reforzamiento positivo, estimulación social o ambiental, propiedades sensoriales y sabor, tolerancia y pérdida de peso. Está construido en una escala tipo Likert de 7 puntos, donde 1 es “para mi nada verdadero” y 7 “Extremadamente verdadero para mi”. Y cuenta con un puntaje α de .73-.95 (Piper, Piasecki, Federman, Bolt, Smith, Fiore y Baker, 2006)

Las escalas de EAPAN, ISA-3 y el Inventario de Wisconsin mostraron un coeficiente alto de consistencia interna en los datos de esta investigación, para esto remítase al Apéndice.

PROCEDIMIENTO

Para la muestra de estudiantes se acudió a las aulas de licenciatura de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala en el edificio de Psicología y se pidió la colaboración de los estudiantes para participar en la investigación.

En el aula se revisaron las instrucciones guiados por el investigador y en caso de que existieran dudas se abordaron en ese momento. Se asistió a los participantes a lo largo de la prueba en lo que se le solicitó y una vez completados los cuestionarios se entregaron y se agradeció su participación en el estudio.

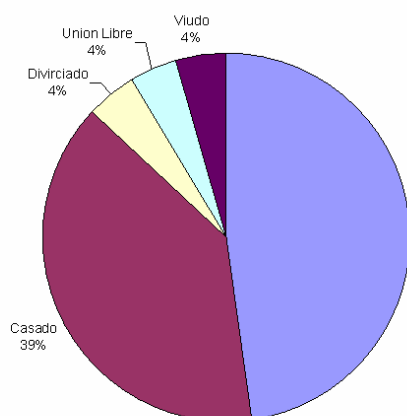
Para los participantes con ansiedad y depresión se solicitó el apoyo de un colaborador del Instituto Nacional de Psiquiatría que pidió a sus pacientes participar en la investigación contestando la batería. Esto se llevó a cabo independiente al tratamiento y actividades que tuvieran programadas a realizar en el consultorio. Si se contaba con la aprobación de los pacientes se les entregaba la batería para que la contestaran y se les brindó el apoyo necesario en caso de que lo requieran respecto a las instrucciones o al contenido de los cuestionarios. Previamente se había instruido al colaborador sobre la naturaleza y estructura de los instrumentos. Una vez contestada la batería, el colaborador agradeció la participación de los pacientes y continuó con las actividades programadas para el consultorio.

RESULTADOS

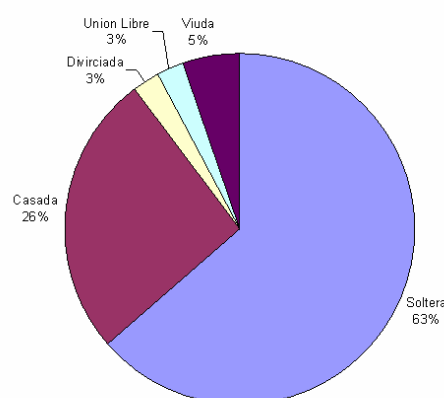
Características demográficas de la muestra.

Los análisis descriptivos de las características demográficas de la muestra total indicaron que la edad media de los sujetos fue de 31.20 años, con una desviación estándar de 13.81 años. El valor mínimo fue 16 y el máximo de 72 Años.

De acuerdo con los datos demográficos referidos por los participantes, la Figura 1 muestra el porcentaje de hombres y mujeres solteros, casados, divorciados, en unión libre y viudos con que se contó en la investigación.



Gráfica 1.- Estado civil del total de hombres participantes.

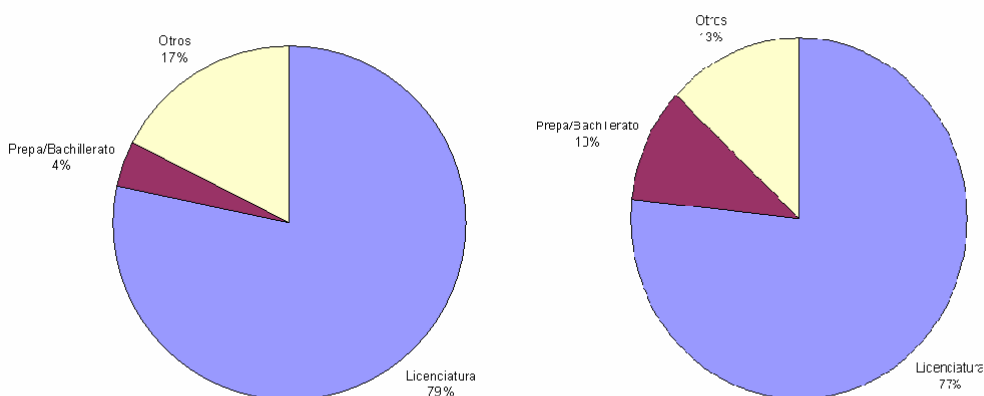


Gráfica 2.- Estado Civil del total de mujeres participantes.

Figura 1.- Estado civil del total de hombres y mujeres participantes.

Como se puede observar la muestra se conformaba de más participantes solteros que de los demás estados civiles.

La Figura 2 muestra el nivel de estudios del total de hombres y mujeres participantes en el estudio.

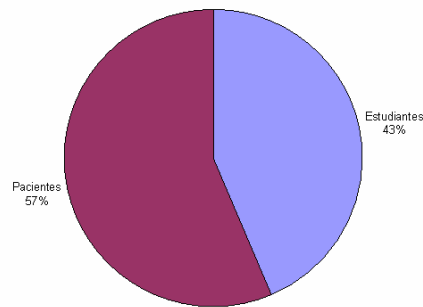


Gráfica 3.- Nivel de estudios del total de hombres participantes. Gráfica 4.- Nivel de estudios del total de mujeres participantes.

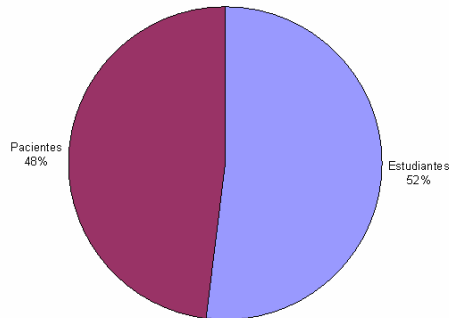
Figura 2.- Nivel de estudios del total de hombres y mujeres participantes.

De acuerdo con la figura 2 la mayor parte de la muestra fueron estudiantes de licenciatura. En segundo lugar se encontraron los participantes con otra escolaridad como carreras técnicas o escolaridad básica y al final los de bachillerato.

La Figura 3 muestra el porcentaje de estudiantes y pacientes del total de hombres y mujeres participantes. En la muestra de estudiantes se observa un ligero porcentaje mayor de mujeres en comparación a los hombres. En la muestra de pacientes hombres y mujeres se observa que la proporción de participantes es más equilibrada.



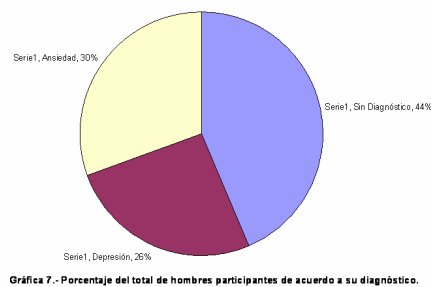
Gráfica 5.- Porcentaje de estudiantes y pacientes del total de hombres participantes.



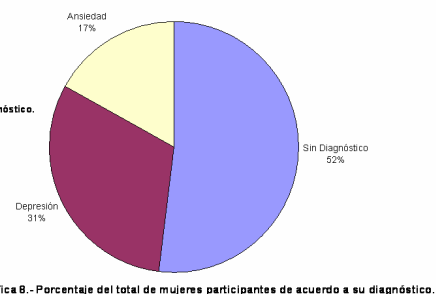
Gráfica 6.- Porcentaje de estudiantes y pacientes del total de mujeres participantes.

Figura 3.- Porcentaje de estudiantes y pacientes del total de hombres y mujeres participantes.

La Figura 4 muestra el total de hombres y mujeres participantes de acuerdo a su diagnóstico. En la gráfica de hombres el porcentaje de participantes con ansiedad es mayor al de depresión y en la gráfica de mujeres las participantes con depresión es mayor que con ansiedad.



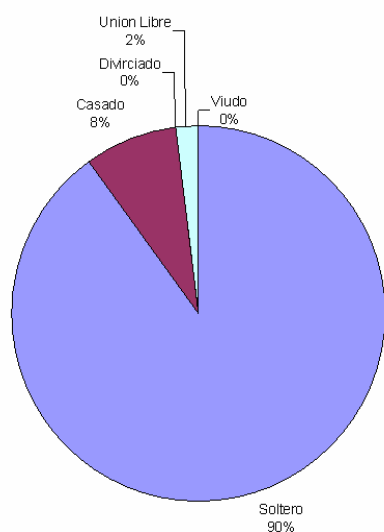
Gráfica 7.- Porcentaje del total de hombres participantes de acuerdo a su diagnóstico.



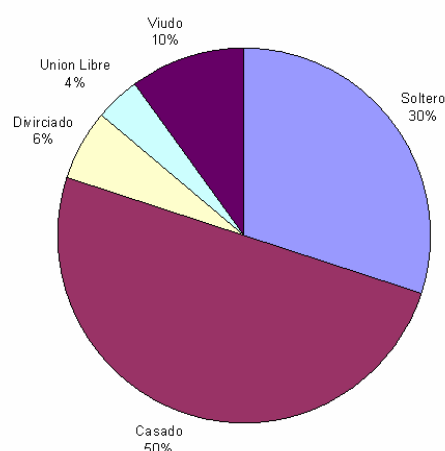
Gráfica 8.- Porcentaje del total de mujeres participantes de acuerdo a su diagnóstico.

Figura 4.- Porcentaje del total de hombres y mujeres participantes de acuerdo a su diagnóstico

De acuerdo a los datos demográficos la Figura 5 muestran el estado civil del total de estudiantes y de los pacientes participantes en el estudio. De esta figura destaca que de los estudiantes un 90% es soltero y el 10% restante comprende los demás estados civiles. Para la muestra de pacientes el estado civil predominante es “casado” con un 50% y el otro 50% se divide en las otras categorías.



Gráfica 9.- Estado civil del total de estudiantes participantes.



Gráfica 10.- Estado civil del total de pacientes participantes.

Figura 5.- Porcentaje de estudiantes y pacientes de acuerdo a su estado civil.

La Figura 6 muestra el nivel de estudios del total de pacientes participantes y el porcentaje de pacientes participantes de acuerdo a su diagnóstico. Como se observa la mayor parte de los pacientes participantes contaban con estudios a nivel licenciatura y fueron un 10% más casos de depresión que de ansiedad.

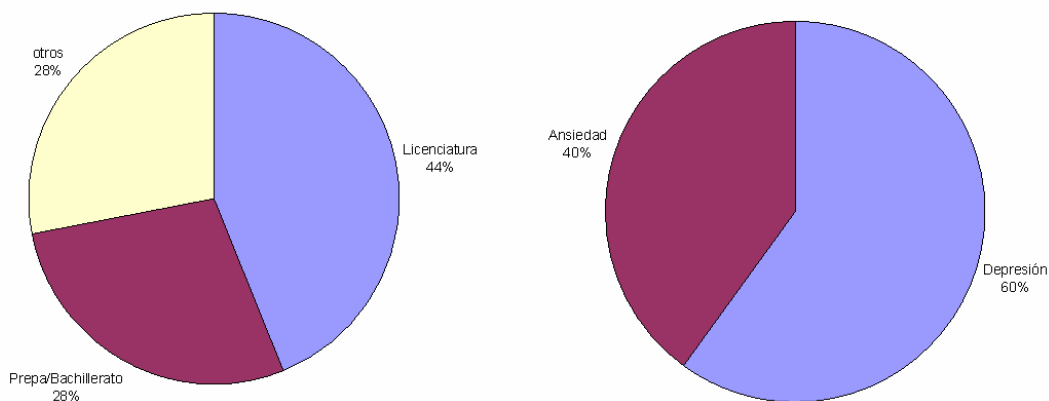


Gráfico 11.- Nivel de estudios del total de pacientes participantes. Gráfica 12.- Porcentaje de pacientes participantes de acuerdo a su diagnóstico.

Figura 6.- Porcentaje del nivel de estudios y diagnóstico del total de pacientes participantes.

Diferencias entre grupos

Un análisis de varianza entre grupos (estudiantes, deprimidos y ansiosos) contra las escalas del CHF, ISA-3, Inventario de Wisconsin y EAPAN-Afectos Negativos, mostró que sólo la escala ISA-3 global y sus tres subescalas presentaron diferencias significativas entre grupos. Los datos del análisis para la escala global del ISA-3 y su subescala Física se muestran en la tabla 1.

	Diagnóstico	N	Media	Desviación Estandar	Error Estandar	
	ASI-3	Sin Diagnóstico	50	13.8800	10.87525	1.53799
	Depresión	30	30.1667	17.79981	3.24979	
	Ansiedad	20	27.5556	17.67092	4.16508	
Diferencias entre/intra		Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	Sig.
Entre Grupos		5815.140	2	2907.570	13.612	.000
Intra Grupos		20291.891	95	213.599		
	Diagnóstico	N	Media	Desviación Estandar	Error Estandar	
	ASI-3 Sub. Física	Sin Diagnóstico	50	4.26	4.430	.626
	Depresión	30	10.13	6.811	1.244	
	Ansiedad	20	9.40	6.541	1.463	
Diferencias entre/intra		Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	Sig.
Entre Grupos		784.863	2	392.432	12.201	.000
Intra Grupo		3904.750	97			

Tabla 1.- Puntajes significativos de las escalas ISA-3 y sus subescala Física en diferencias entre grupos.

En la tabla 2 se muestran los puntajes obtenidos en el análisis de diferencias entre grupos para las subescalas Cognitiva y Social del ASI-3.

ASI-3 Sub. Cognitiva	Diagnóstico	N	Media	Desviación Estandar	Error Estandar	
	Sin Diagnóstico	50	2.80	3.796	.537	
	Depresión	30	9.70	7.419	1.355	
	Ansiedad	20	8.45	7.395	1.654	
	Diferencias entre/intra	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	Sig.
	Entre Grupos	1042.750	2	521.375	15.136	.000
	Intra Grupos	3341.250	95	34.446		
ASI-3 Sub. Social	Diagnóstico	N	Media	Desviación Estandar	Error Estandar	
	Sin Diagnóstico	50	6.82	5.340	.755	
	Depresión	30	10.33	6.211	1.134	
	Ansiedad	20	10.50	5.742	1.353	
	Diferencias entre/intra	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	Sig.
	Entre Grupos	313.453	2	156.727	4.840	.010
	Intra Grupos	3076.547	95	32.385		

Tabla 2. Puntajes significativos de las subescalas Cognitiva y Social del ISA-3 en diferencias entre grupos.

Correlaciones.

Por medio de la *r* de Pearson se encontraron las siguientes correlaciones en las variables de Afecto Negativo, Inventario de Wisconsin, ISA-3 (y sus subescalas) y los reactivos 7, 8, 9, 10 y 13 del CHF, éstas se muestran en la tabla 3.

Como se puede observar, los puntajes de la tabla resaltados en negritas corresponden a las correlaciones significativas encontradas en los puntajes del Inventario de Wisconsin, el ISA-3 y sus subescalas y los reactivos elegidos del CHF. Los Afectos Negativos fueron la escala cuyas correlaciones fueron aceptables pero no óptimas como lo muestran las otras escalas.

	AFEC. NEGAT.	INV. WISC.	ISA-3	ISA-3, SubCog	ISA-3, SubFis	ISA-3, SubSoc	CHF- R7	CHF- R8	CHF- R9	CHF- R10	CHF- R13
AFEC. NEGAT.											
INV. WISC.											
ISA-3		-.232 sig. .022									
ISA-3, SubCog		-.233 sig. .019	.887 sig. .000								
ISA-3, SubFis			.862 sig. .000	.646 sig. .000							
ISA-3, SubSoc	.242 sig. .016		.859 sig. .000	.653 Sig. .000	.608 sig. .000						
CHF-R7	-.273 Sig. .006	.373 sig. .000	-.295 sig. .003	-.246 Sig. .014		-.282 Sig. .005					
CHF-R8		.521 sig. .000	-.331 sig. .001	-.301 Sig. .002	-.220 sig. .028	-.286 Sig.004	.728 Sig. .000				
CHF-R9		.528 sig. .000					.309 Sig. .002	.499 Sig. .000			
CHF-R10		.679 sig. .000					.339 Sig. .001	.488 Sig. .000	.819 Sig. .000		
CHF-R13	-.230 sig. .021	.289 sig. .004					.367 Sig. .000	.527 Sig. .000	.374 Sig. .000	.289 Sig. .004	

Tabla 3.- Matriz de correlaciones entre las variables de Afecto Negativo, Inventario de Wisconsin, ISA-3 y sus subescalas y el Total de Tabaquismo

Regresión Múltiple

Para determinar la predicción se realizaron 3 análisis de regresión múltiple utilizando en el primero el puntaje total del Inventario de Wisconsin como variable dependiente (VD) y como VI el puntaje total del ISA-3. El resultado mostró una $R^2 = .29$ con un error típico de 912.72. El estadístico F fue de 8.99 $p < .000$ con 1 gl lo cual indica que sí existe una relación lineal entre la VD y la VI.

En el segundo análisis de regresión lineal se utilizó como VD el Inventario de Wisconsin y como VI el conjunto de subescalas del ISA-3 de componentes "Físicos", "Cognitivos" y "Sociales". El resultado mostró una $R^2 = .31$ con un error típico de 916.76 El estadístico F fue de 3.35 $p < .000$ con 3 gl lo cual indica que sí existe una relación lineal entre la VD y el conjunto de VI. El

coeficientes Beta mostró que la subescala de componentes Físicos del ISA-3 es el que mayor importancia tiene en la predicción.

En el tercer análisis de regresión lineal se utilizó como VD el Inventario de Wisconsin y como variables independientes (VI) los reactivos 7, 8, 9, 10 y 13 del CHF junto con el puntaje total del ISA-3. Se incluyeron los reactivos de la escala del CHF debido a que su contenido está vinculado al consumo de tabaco. El resultado mostró una $R^2 = .72$ con un error típico de 510.11. El estadístico F fue de 40.85 $p < .000$ con 6 gl lo cual indica que sí existe una relación lineal entre la VD y el conjunto de VI. Al respecto, los coeficientes Beta (β) mostraron que de los componentes de la VI, el reactivo 8 del CHF “¿Qué edad tenía cuando comenzó a fumar cotidianamente?” es el que mayor importancia tiene en la predicción, seguido del reactivo 9 de la misma escala “¿Durante cuántos años, en total, ha sido fumador cotidiano?”, en tercer lugar el reactivo 7 “¿Qué edad tenía cuando fumó su primer cigarro?” y por último el puntaje del ISA-3 total.

DISCUSION

El análisis estadístico entre grupos sugiere que la SA se comporta de manera diferente para los pacientes de ansiedad y depresión en comparación a las personas normales. En específico las medias de los pacientes en el ISA-3 total y sus tres subescalas, son más altas que las de los estudiantes tal como se mostró en la tabla 1 y 2. Por lo que los individuos con ansiedad y depresión pueden presentar mayor SA en comparación de sujetos sanos. Por lo que la SA puede entenderse como una variable no exclusiva de los trastornos de ansiedad, sino producto de un estilo de pensamiento tal como lo señala Lilienfeld, Turner y Jacob, (1993).

Por otro lado, los resultados confirman la relación existente entre la SA y el consumo de tabaco (Zvolensky, et al, 2004; Leen-Feldner, et al., 2005; Zvolensky, et al, 2007). Esta relación se refiere al apego que produce el consumo. Las correlaciones del ISA-3 y el Inventario de Wisconsin y las subescalas de preocupaciones Físicas y Cognitivas del ISA-3 con el Inventario de Wisconsin, sugieren que el consumo del cigarro podría estar en función de creencias como: "Fumo cuando realmente necesito concentrarme", "Fumar me ayuda a mantenerme enfocado", "Fumar es la forma mas rápida de premiarme", "Mi concentración aumenta después de fumar un cigarrillo", o "Fumar me ayuda a pensar mejor", que en sujetos con alta SA representan temor a perder estabilidad cognitiva.

La relación SA y tabaco parece enfatizarse en dos momentos, de acuerdo a su correlación con los reactivos 7 y 8 del CHF, en las subescalas de

preocupaciones Físicas y Sociales del ISA-3: 1) El momento en que se prueba el primer cigarro y 2) El momento en que se establece como fumador cotidiano. Esto sugiere que en dichos momentos el temor a ser desaprobado socialmente y el temer por la salud, contribuyen al consumo de cigarro. El hecho de experimentar síntomas de ansiedad como nerviosismo, sonrojarse, sudoración, falta de concentración, respiración agitada, taquicardia, etc, provocan que las personas sientan temor de que su salud corra riesgo o temor a ser desaprobados por los demás si notan dichos síntomas. La correlación entre Afectos Negativos y la subescala de preocupaciones Sociales sugiere que sentimientos, como enojo, culpa, hostilidad, nerviosismo, temor, etc. parecen asociarse a alta SA. Sin embargo, esto no implica que los Afectos Negativos sean un factor predisponente a la SA por si mismos, sino que contribuyen en el desarrollo de la SA en tanto que ambas variables se encuentren en el mismo individuo , tal como lo señalan Leen-Feldner, et al. (2005). Por lo que un sujeto con alta SA en presencia de los componentes somáticos de los Afectos Negativos, podría verse tentado a adoptar el efecto placentero que produce la nicotina en un esfuerzo por mitigar sus síntomas.

Por lo tanto, se puede postular la hipótesis de que preocupaciones físicas y sociales en el marco de la SA parecen contribuir para que los individuos se decidan a probar el tabaco por primera vez o constituirse como fumadores cotidianos. En consecuencia, el tabaco podría actuar como un medio para hacerse de una herramienta que permita evitar dicha estimulación aversiva.

En relación a las capacidades predictivas de la SA, ésta parece ser un buen predictor en el consumo de tabaco, en específico la subescala de preocupaciones Físicas. Esto confirma que las claves corporales displacenteras en personas con alta SA potencian el consumo de tabaco en un intento por contrarrestar las sensaciones corporales que producen preocupación (Zvolensky, et al. 2004). En consecuencia, una segunda hipótesis sería que en un ambiente clínico personas con alta SA pueden encontrar más difícil tener éxito al intentar abandonar el hábito ya que las sensaciones corporales provocadas por la ausencia de cigarro se perciben como peligrosas, lo que incita volver a fumar.

Esta investigación cuenta con una serie de limitaciones a considerar. En un primer momento sería importante abordar en estudios posteriores la relación de la SA y el consumo del tabaco tomando en cuenta los componentes individuales del Inventario de Wisconsin como el apego, el automatismo, la vigorización cognitiva, el antojo, la pérdida de control, etc., que podrían aportar datos más finos sobre cómo es que interviene la SA en dichas dimensiones del tabaquismo. Además de comenzar a delinear de manera más específica cómo es que el temor por el bienestar físico y la aprobación social se configuran en la génesis y desarrollo del hábito de fumar. Una segunda limitación es que la muestra de sujetos sanos se suscribe únicamente a estudiantes de licenciatura, por lo que sería bueno abordar el mismo objetivo con una muestra de participantes más heterogénea. En tercer lugar, aunque se logró obtener un coeficiente de confiabilidad adecuado en los instrumentos utilizados, el

respaldo de una estandarización a población mexicana de las escalas permitiría acceder a los datos con menos probabilidad de sesgo.

Por otro lado, aun restan una serie de variables que podrían ser objeto estudios posteriores. Uno de ellos podría ser identificar de qué manera la SA y la depresión se diferencian en la adicción al tabaco. Esto en función de que las personas con depresión tienden a recaer con frecuencia cuando intentan dejar de fumar debido a que sus síntomas son más pronunciados al abstenerse de la nicotina tal como menciona Hall, Muñoz, Reus y Sees, (1998). Lo que responde a un mecanismo de respuesta evasiva similar al de la SA, por lo que valdría la pena diferenciar en que sentido ambas conductas comparten elementos y que tanto no. Además, es importante identificar con más precisión cómo es que la SA en conjunto al tabaquismo puede potenciar la presencia de pánico, justificado en el modelo de Zvolensky, et al, (2004).

En general, los resultados de esta investigación permiten sostener que la SA es un constructo asociado a la conducta de fumar, por la acción de componentes cognitivos que hacen referencia a temor a claves corporales y de temor social, por lo que es un predictor confiable en el consumo de tabaco.

REFERENCIAS

- Anda, R. F., Williamson, R. F., Escobedo, L. G., Mast, E. E., Giovino G. A. & Remington P. L.(2000) Depression and the dynamics of smoking. A national perspective. *Journal of the American Medical Association*, 264 , 124-136.
- Andrews, G., Crino, R., Hunt, C., Lampe & Page, A. (1994) *The Treatment of Anxiety Disorders. Clinicians Guide and Patients Manual*. USA, Cambridge, pp. 1-25.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition*. Wasinghton.
- Aragonés, R. (1991) *Tabaquismo. Tesina de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM*.
- Becoña, E., Palomares, A. y Garcia, M. P. (2002) *Tabaco y Salud. España, Pirámide*, 17-35.
- Becoña, E. y Vazquez, (2004) *Psicopatología del Tabquismo*. Disponible en: www.dejardefumar.com.ar/articulos.asp?art=33.
- Berlanga, C. (1996) *Evaluación Clínica y Tratamiento de los Pacientes con Trastorno de Angustia Estado Actual y Perspectivas*. *Salud Mental*, 19, 52-57.
- Bernstein, A., Zvolensky, M. J., Kotov, R., Arrindell, W. A., Taylor, S., Sandin, B., Cox, B. J., Stewart, S. H., Bouvard, M., Jurado S., Eifert, G. & Schmidt, N. B. (2006) *Taxonicity of Anxiety Sensitivity: Multi national Analysis*. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 1-22.
- Berstein, Zvolensky Stwart, Comeau y Lee-Feldner, (2006) *Anxiety Sensitivity Taxonicity Across Gender Among Youth*. *Behavior Research Therapy*, 44, 679-698.
- Bonn-Miller, Zvolensky, Leen-Feldner, Feldner y Yartz, (2005) *Marijuana Use Among Daily Tobacco Smokers: Relationship to Anxiety-Related Factors*. *Jorunal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 279-289.
- Caballo, V. E. (1997) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos Psicológicos*. España, Siglo Veintiuno, pp. 3- 88, 113-136, 171- 265
- Caballo, V. E., Buela-Casal, G., Carrobles, J. A. (1995) *Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiatricos*. España, Siglo Veintiuno, pp. 257-550.
- Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A y Valente, R. M. (1999) *Escalas PANAS de Afecto Positivo y Negativo: validación factorial y convergencia transcultural*. *Psicothema*, 11, 37-51.
- Covey, L. S., Glassman, A. H., Stetner, F. (1998) *Cigarette Smoking and Major Depression*. *Journal of Addictions*, 17, 35-46.

- Cox, B. J., Borges, S. C., Taylor, S., Fuentes, K. & Ross, L., M. (1999) Anxiety Sensitivity and the Five-Factor Model of Personality. *Behavior Therapy*, 37, 633-641.
- Cox, B. J., Endler, N. S. y Swinson R., P. (1995) Anxiety Sensitivity and Panic Attack Symptomatology. *Behavior Research and Therapy*, 33, 833-836.
- Davidson, R. (1992) Prochanska and Diclemente's Model of Change a Case Study?. *British Journal of Addiction*, 87, 821-822.
- Dogana, F. (1990) *Psicopatología del Consumo Cotidiano*. España, Guedisa, pp.107-116.
- Donnell y McNally, (1988) Anxiety Sensitivity and History of Panic as Predictors of response to Hyperventilation. *Behavior Research and Therapy*, 27, 325-332.
- Ellis, A. (2000) *Cómo controlar la ansiedad antes de que lo controle a usted*. Mexico, Paidós Autoayuda, pp. 13-38
- Glassman, A. H., Helzer, J. E. Covey, L. S., Cottler, L. B. Stetner, F. Tipp, J. E. & Johnson, J. (1999) Smoking, Smoking Cessation, and Major Depression, 264, 12-20.
- Goldstein, J. H. & Chambless, D. L. (1978) A Reanalysis of Agoraphobia. *Behavior Therapy*, 9, 47-59.
- Hall, S. M., Muñoz, R. F., Reus, V. I. & Sees, K. L.(1998) Nicotine, Negative Affect, and Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 761-7.
- Hernandez, S. R., Fernandez-Collado, C. y Baptista, L. P. (1991) *Metodología de la Investigación*. México, McGraw-Hill, pp. 157-272.
- Kerlinger, N. F. (1985) *Investigación del Comportamiento. Técnicas y Metodología*. México, Interamericana, pp. 214-268.
- Leen-Feldner, E. W., Feldner, M. T., Bernstein, A., McCormick, J. T., y Zvolensky, M. J., (2005) Anxiety Sensitivity and Anxious responding to Bodily Sensations: A Test Among Adolescents Using a Voluntary Hyperventilation Challenge. *Cognitive Therapy and Reserch*, 29, 593-609.
- Lejuez, C. W., Paulson, A., Daughters, S. B., Bornovalova, M. A., & Zvolensky, M. J. (2006). The association between heroin use and anxiety sensitivity among inner-city individuals in residential drug use treatment. *Behavior Research and Therapy*, 44, 667-677.
- Lilienfeld, S. O., Turner, S. M., Jacob, R. G., (1993) Anxiety Sensitivity: An Examination of Theoretical an Methodological Issues. *Behavior Research Therapy*, 15, 147-183.

- Matthews, A. (1990) Why worry? The Cognitive Function of Anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 28, 455-468.
- Moreno, J. J., Herrero, F. J. y Rivero, A. (2003) *Tabaquismo: Programa para Dejar de Fumar*. España, Ayuntamiento de Madrid, 89-106.
- Perifoy, R. Z. (1993) *Venza sus Temores. Ansiedad, fobias y pánico*. España, Robin Book, pp. 9-42.
- Piper, M. E., Piasecki, T. M., Federman, E. B., Bolt, D. M., Smith, S. S., Fiore, M. C. & Baker, T. B. (2006) A Multiple Approach to Tobacco Dependence: The Wisconsin Inventory of Smoking Motives (WISDM-68). Center of Tobacco Research and Intervention, University of Wisconsin, 1-59
- Pollock, R. A., Carter, A. S., Amir N. y Marks, L., E. (2006) Anxiety sensitivity and Auditory Perception of Heartbeat, *Behavior Research and Therapy*, 44, 1739-1756.
- Prochanska, J. O. & Diclemente, C. C. (1983) Stages and Processes of Self Change of Smoking: Toward an Interactive Model of Change, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51. 390-395.
- Prochanska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H. Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L. L., Redding, C. A., Rosenbloom, D. & Rossi, S. R. (1994) Stages of Change and Decisional Balance for 12 Problem Behaviors. *Health Psychology*, 13, 39-46.
- Reiss, S. & McNally R. J. (1985) *The Expectancy Model of Fear*. Theoretical Issues and Behavior Therapy, Academy Press, New York.
- Reiss, S. Peterson R. A., Gursky, D. M., & McNally R. J. (1986) Anxiety Sensitivity frequency and the Prediction of Fearfulness. *Behavior Research Therapy*, 24, 1-8.
- Rico, F. G., Ruiz, L. G. y Flores, J. M. (1990) *Tabaquismo. Su repercusión en Aparatos y Sistemas*. Mexico, Trillas, pp. 41-46.
- Sánchez-Hervás, E. y Tomás, G. V. (2002) *Terapia Breve de la Adicción a las Drogas*. Health and Addictive Behaviors: Investigating Transtheoretical, 83, 159-175.
- Sandin, B., Chorot, P. & McNally, R., J. (1996) Validation of the Spanish Version of the Anxiety Sensitivity Index in a Clinical Sample. *Behavior Research and Therapy*. 34, 283-290.
- Sandin, B., Chorot, P. & McNally, R., J. (2001) Anxiety Sensitivity Index: Normative Data and its Differentiation from Trait Anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 39, 213-219.
- Stewart, S. H., Samoluk S. B. & MacDonald, A. B. (1999) Anxiety Sensitivity and the Self Reported reasons for drug use. *Journal of Substance Abuse*, 9, 223-240.

- Stewart, S., Taylor, S., Jang, K., Cox, B., Watt, M., Fedoroff, I., & S., Borger (2001) Causal Modeling of Relations Among Learning History, anxiety Sensitivity and Panic Attacks. *Behavior Research and Therapy*, 39, 443-456.
- Solano, S., y Jimenez, C. A., (2002) *Manual de Tabaquismo*. España, Masson, 63-75.
- Taylor, S. (1995) Anxiety Sensitivity: Theoretical Perspectives and Recent Findings. *Behavior Research Therapy*, 33, 243-258.
- Taylor, S. & Cox, B., J. (1997) An Expanded Anxiety Sensitivity Index: Evidence for a Hierarchic Structure in a Clinical Sample. (Inédito)
- Taylor, S., Cox, B. J., Holaway, R. M., Stewart, S. H., Eng, W., Arrindel, W. A., Jurado, S., Zvolensky, M. J., Deacon, B., Abramowitz, J. S., Sandin, B., Coles, M., Daly E. S. & Bouvard, M. (2007) Robust Dimensions of Anxiety Sensitivity: Development and Initial Validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment*, 19, 176-188.
- Tyrer, P. (1984) Classification of Anxiety. *British Journal of Anxiety*, 154, 823-828.
- Watson, D. (2000) *Mood and Temperament*. Nueva York, Guilford Press.
- Westling, B. E., & Öst L. G. (1995) Cognitive Bias in Panic Disorder and Changes After Cognitive-Behavioral Treatments. *Behavior Research and Therapy*, 33, 585-588.
- Voogt, E., Van Der Heide, A., Van Leeuwen, A. F., Visser, A. P., Cleiren, M. P. H. D., Passchier, J. & Van Der Mass, P. J. (2007) Positive and Negative Affect After Diagnosis of Advanced Cancer. *Psycho-oncology*. En prensa.
- Vowels, K. E., Zvolensky, M. J., Gross, R. T. y Sperry, J. A. (2004) Pian-related Anxiety in the Prediction of Chronic Low-Back Pain Distress. *Journal of Behavioral Medicine*, 27, 77-89.
- Zarin, D. A. Pincus, H. A., & McIntyre, J. S., (2001) *Guía Clínica para el Tratamiento de la Dependencia de la Nicotina*, España, Ars Medical, pp. 4-9.
- Zvolensky, M. J., Heffner, M., Eifert, G. H., Spira, A. P., Feldner, M. T., & Brown (2001) Incremental Validity of Perceived Control Dimensions in the Differential Prediction of Interpretative Biases for Threat. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 75-83.
- Zvolensky, M. J., Arrindell, W. A., Taylor, S., Bouvard, M., Cox, B. J., Stewart, S. H., Sandin, B. Jurado, S. & Eifert, G. H. (2003). Anxiety Sensitivity in Six Countries. *Behavior Research Therapy*, 41, 841-859.
- Zvolensky, M.J., Feldner, M.T., Leen-Feldner, E., Bonn-Miller, M.O., McLeish, A.C., & Gregor, K. (2004). Evaluating the role of anxiety sensitivity in smoking

outcome expectancies among regular smokers. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 473-486.

Zvolensky, M. J., Bonn-Miller, M. O., Bernstein, A., McLeish, A. C., Feldner, M. T., Leen-Feldner, E. W. (2006) Anxiety Sensitivity interacts with Marijuana Use in the Prediction of Anxiety Symptoms and Panic-Related Catastrophic Thinking Among Daily Tobacco Users. *Behavior Research and Therapy*, 44, 907-924.

Zvolensky, m. J., Berstein, A., Jurado, S., Colotla, V. A., Marshall, E. C., & Feldner, M. T. (2007) Anxiety Sensitivity and Early Relapse to Smoking: A Test Among Mexican Daily, low-level Smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 9, 483-491.

APÉNDICE

Por medio del Alfa de Cronbach se obtuvo un puntaje de confiabilidad de .815 en la Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo (EAPAN).

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
R1	48.31	134.196	.804
R2	48.17	131.355	.806
R3	48.69	133.355	.803
R4	48.54	133.267	.802
R5	48.39	132.534	.810
R6	49.01	136.564	.808
R7	48.92	134.636	.805
R8	49.07	133.448	.800
R9	48.10	131.217	.812
R10	48.47	137.222	.814
R11	48.44	134.956	.807
R12	48.24	132.649	.803
R13	49.34	139.388	.809
R14	48.74	136.417	.810
R15	48.05	133.301	.804
R16	48.08	137.670	.811
R17	48.07	138.551	.812
R18	48.31	133.590	.805
R19	47.94	137.411	.811
R20	48.88	136.672	.810

Por medio del alfa de Cronbach se obtuvo un puntaje de confiabilidad de .984 en el Cuestionario de Historia de Fumar (CHF).

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
R1	6.99	255.970	.984
R2	7.00	255.980	.983
R3	7.06	261.613	.983
R4	7.04	260.564	.984
R5	7.01	261.323	.984
R6	7.12	268.733	.984
R7	6.97	254.332	.983
R8	7.11	267.634	.984
R9	7.01	256.576	.983
R10	6.96	256.524	.984
R11	7.04	260.806	.983
R12	7.04	250.099	.983
R13	6.95	250.795	.983
R14	7.08	264.236	.983
R15	7.09	234.850	.984
R16	7.06	264.178	.984
R17	7.02	257.050	.983
R18	7.01	258.656	.983
R19	7.05	261.543	.983
R20	7.04	259.291	.983
R21	7.01	260.858	.984
R22	7.00	260.182	.984
R23	6.93	255.500	.984
R24	6.94	257.491	.984
R25	6.91	253.578	.984

Por medio del alfa de Cronbach se obtuvo un puntaje de confiabilidad de .983 en el Inventario de Motivos de Dependencia a Fumar de Wisconsin-68.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
R1	70.09	9844.244	.983
R2	71.07	10013.035	.983
R3	70.92	9992.014	.983
R4	70.77	9932.138	.983
R5	70.85	9956.654	.983
R6	70.11	9386.786	.987
R7	70.85	9972.694	.983
R8	70.90	9977.828	.983
R9	71.06	9973.350	.983
R10	71.02	9984.363	.983
R11	70.79	9910.733	.983
R12	70.29	9863.743	.983
R13	71.00	9970.263	.983
R14	71.18	10048.392	.983
R15	71.12	9994.652	.983
R16	70.94	10025.523	.983
R17	71.15	10021.018	.983
R18	70.94	9966.037	.983
R19	70.96	9973.332	.983
R20	70.96	9968.867	.983
R21	71.06	9989.208	.983
R22	70.60	9973.354	.983
R23	70.74	9930.316	.983
R24	71.09	10002.354	.983
R25	70.65	9894.735	.983
R26	70.97	9949.565	.983
R27	70.57	9876.328	.983
R28	71.06	9965.370	.983
R29	70.86	9963.455	.983
R30	70.35	9941.684	.983
R31	71.11	10009.998	.983
R32	70.74	9919.851	.983
R33	70.42	9851.478	.983
R34	70.98	9952.080	.983
R35	70.96	9934.928	.983
R36	71.08	10010.983	.983
R37	70.90	9935.283	.983
R38	71.03	9969.181	.983
R39	71.00	10010.141	.983
R40	70.61	9899.473	.983
R41	71.11	10022.564	.983
R42	70.86	9999.152	.983
R43	71.07	9991.177	.983
R44	69.54	9787.726	.988
R45	70.54	9872.554	.983
R46	70.92	9974.115	.983
R47	70.88	9920.066	.983
R48	70.82	9963.563	.983
R49	70.85	9911.947	.983
R50	70.96	9947.574	.983
R51	70.72	9894.248	.983

R52	70.17	9857.516	.983
R53	70.69	9904.115	.983
R54	71.03	9973.545	.983
R55	70.93	9991.035	.983
R56	71.05	10016.331	.983
R57	71.21	10052.774	.983
R58	70.82	9943.684	.983
R59	70.99	9964.475	.983
R60	70.59	9888.810	.983
R61	71.10	10007.485	.983
R62	70.97	9948.696	.983
R63	70.79	9900.046	.983
R64	70.67	9879.496	.983
R65	70.83	9939.920	.983
R66	70.73	9939.920	.983
R67	71.08	9985.973	.983
R68	70.96	9973.594	.983

Por medio del alfa de Cronbach se obtuvo un puntaje de confiabilidad de .915 en el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad-3 (ISA-3).

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
R1	19.32	253.992	.917
R2	20.49	239.840	.912
R3	20.04	240.452	.910
R4	20.27	248.733	.913
R5	20.33	246.799	.913
R6	20.11	240.699	.909
R7	19.93	240.108	.909
R.8	20.17	236.001	.908.
R9	19.71	236.289	.908
R10	20.37	233.699	.923
R11	20.58	249.297	.912
R12	20.50	243.304	.910
R13	20.22	236.693	.909
R14	20.39	239.743	.907
R15	20.45	239.114	.909
R16	20.17	239.491	.909
R17	19.74	239.491	.910
R18	20.62	239.475	.908