



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“RELACIÓN ENTRE LA SENSIBILIDAD A LA
ANSIEDAD Y EL CONSUMO DE TABACO EN
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

ALMASI IMDALALI AL AKABANI GARCÍA

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS**

**ESTA TESIS SE REALIZÓ CON AYUDA DEL
PROGRAMA DE APOYO PARA LA INVESTIGACIÓN
E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA (PAPIIT) IN304309**



**FACULTAD
DE PSICOLOGÍA**

MÉXICO, D.F.

MAYO 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICATORIA

A mis padres y hermano: papá y mamá por haberme rodeado siempre con tanto amor y apoyo, y por haberme armado con los valores suficientes para ser un buen ser humano y una mujer fuerte y exitosa. Jalil, por ser siempre mi compañero de aventuras en este gran camino que es crecer y madurar, un ejemplo a seguir. Los amo incondicionalmente y los admiro mucho a los tres.

A Pi: por enseñarme que la nobleza en las personas existe aún, por darme tanto amor puro y enseñarme el verdadero significado de la ternura. Por ser el motor propulsor hacia mis sueños, por compartir conmigo la belleza de esa especial compañía que hace que valgan la pena los éxitos y suaviza las penas de la vida. Te doy mi vida para corresponderte en cada una de las maravillas que me das.

A mis amigos Sebastian, Elisa, Yuna, Pamela y Olimpia: por haber compartido los mejores momentos de mi vida en la universidad, porque se han convertido en mis hermanos y se han ganado un lugar imborrable en mi corazón. Su apoyo ha sido invaluable. Siempre contarán conmigo.

A mis profesores: todos los que me han regalado parte de su conocimiento a lo largo de mi vida, porque el aprender cada día algo nuevo es para mí un vital alimento para el alma.

A la U.N.A.M.: por el simple orgullo de haber pertenecido a una de las mejores universidades a nivel mundial. Es demasiado lujo el que albergas entre tus paredes, por eso es todo un privilegio sentarse en tus pupitres y representarte frente al mundo.

A todos mi cariño, admiración y respeto.

Almasi M. Akabani

ÍNDICE

Resumen	5
Introducción	6
CAPÍTULO 1: La ansiedad	10
1.1 Fisiología de la ansiedad	10
1.1.1 Neurotransmisores del Sistema Nervioso Central	10
1.1.2 Estructuras cerebrales	11
1.1.3 Neuropéptidos	12
1.1.4 Eje hipotalámico-hipofisario-adrenal	12
1.2 La ansiedad y el miedo	13
1.3 Los Trastornos de Ansiedad	15
1.4 Las creencias irreales en la ansiedad.....	23
CAPÍTULO 2: La Sensibilidad a la Ansiedad	28
2.1 Desarrollo conceptual de la Sensibilidad a la Ansiedad	28
2.2 La Sensibilidad a la Ansiedad y el Trastorno de Pánico	33
2.3 El SCL-90-R	35
CAPÍTULO 3: El tabaquismo	37
3.1 Tabaquismo y nicotina	37
3.2 El mantenimiento de la conducta de fumar	41
3.3 Tratamientos psicológicos	49
3.4 Relación del Trastorno de Pánico, la SA y el consumo de tabaco	51
Planteamiento del problema y justificación	55
Objetivos	56

Preguntas de investigación	56
Hipótesis	57
Variables	57
Tipo de estudio	59
Método	59
Sujetos	59
Instrumentos	59
Procedimiento	61
Resultados	62
Descripción de la muestra	62
Pregunta 1	66
Pregunta 2	68
Discusión y conclusiones	71
Limitaciones y sugerencias	72
Referencias	74

RESUMEN

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. Asimismo, se ha estudiado en función de la forma en que los individuos interpretan los estímulos internos producto de conductas como el consumo de alcohol, el dolor crónico de espalda baja y el consumo de tabaco, entre otras cosas. En el caso del consumo de tabaco, se ha postulado que su relación con la SA guarda especial importancia en el desarrollo de ataques de pánico. En México se realizó un estudio con el fin de conocer la validez de la SA y la conducta de fumar encontrándose que sólo el nivel de orden inferior de preocupaciones físicas de dicha escala está significativamente relacionado con el deterioro temprano en individuos fumadores (Zvolensky, Berstein, Jurado, Colotla, Marshall y Feldner, 2007). Por lo anterior, el propósito de esta investigación fue conocer la manera en que la SA se relaciona con la dependencia al tabaco y las dimensiones psicopatológicas en una muestra de 400 estudiantes universitarios, de los cuales 200 fueron hombres y 200 mujeres, a su vez divididos en 50% fumadores y 50% no fumadores, tanto de licenciatura como de posgrado. El grupo de los no fumadores fue utilizado como grupo control. Cabe señalar que este proyecto se desprende de una investigación más amplia que pretende dar solidez a la SA como constructo teórico en nuestro país. Se encontró que los sujetos fumadores tienden a presentar niveles mayores de SA por lo que SA y dependencia al tabaco están relacionados. No se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. La SA es un buen predictor tanto de la dependencia al tabaco como de las dimensiones psicopatológicas.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad y el miedo son respuestas normales a una amenaza percibida y se puede considerar a ambos como extremos de un mismo continuo. La ansiedad es activada por una amenaza vaga o poco clara, mientras que el miedo se activa ante la presencia de una amenaza bien definida (Berlanga, 1996; Ellis, 2000).

Tanto la ansiedad como el miedo activan cogniciones desagradables que se manifiestan en respuestas emocionales displacenteras (Caballo, Buela-Casal y Carrobes, 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 de los ataques de pánico que forman parte de los Trastornos de Ansiedad (Matthews, 1990).

Andrews et al. (1994) hacen una puntualización importante respecto a los trastornos de ansiedad. Refieren que éstos no implican sólo estar muy ansioso, sino también preocupaciones irracionales y evitar las situaciones que son el foco de dichas preocupaciones. Las personas con trastorno de pánico se preocupan de que su pánico derive en 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; a aquellos con Trastorno de Estrés Postraumático les preocupa que el recuerdo de las imágenes haga que se tornen reales; y aquellos con trastorno de ansiedad generalizada se preocupan de que el desastre caiga sobre ellos. 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).

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. 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). Reiss, Peterson, Gursky y McNally (1986) construyeron el Anxiety Sensitivity Index (ASI), con el propósito de hacer posible la medición del grado de SA que presentan los individuos. Los 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.

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, Zvolenski, 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.

Zvolenski 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. Esto es posible debido a la presencia de la nicotina, que estimula la liberación de noradrenalina, la cual origina activación autonómica como 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, 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. Individuos con alta SA son menos efectivos en el manejo de las sensaciones que elicitada la ausencia del cigarro, 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 validez de la relación de pánico, SA y fumar (Zvolensky, Berstein, Jurado, Colotla, Marshall y Feldner, 2007). Se buscaba probar el modelo fuera de la población estadounidense en que se había consolidado, encontrando que en la población mexicana sólo el nivel de orden inferior de preocupaciones físicas del Anxiety Sensitivity Index está significativamente relacionado con el deterioro temprano en individuos fumadores. Este efecto se observó por encima de factores de estados afectivos negativos, cigarros consumidos y consumo de alcohol (Zvolenski et al., 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.

CAPÍTULO 1

LA ANSIEDAD

1.1 Fisiología de la ansiedad

Aunque no existe una teoría universal acerca del origen de la ansiedad, a través de los años y en base a la investigación se han propuesto numerosas explicaciones sobre su origen entre las que encontramos las relacionadas con la fisiología cerebral y alteraciones a nivel estructural.

1.1.1 Neurotransmisores del sistema nervioso central (SNC)

Se han relacionado los trastornos de ansiedad con deficiencias presentes en los sistemas de neurotransmisores del SNC, y aunque no parece existir un sólo sistema como causa general de este padecimiento, se plantea la existencia de una “química de la ansiedad”, ya que como lo plantea Pérez (2003) hay la probabilidad de que estén implicados un buen número de moléculas que modulan el trabajo a nivel de la sinapsis en las que se liberan. También plantea que los neurotransmisores son sólo mensajeros que permiten que el mensaje de una neurona sea transmitido a otra. Es decir, los neurotransmisores son liberados y es cuando llegan a la sinapsis que sufren alguna alteración llegando con una decodificación errónea a la siguiente neurona provocando así ansiedad.

Dentro de los neurotransmisores más mencionados en la bibliografía como posibles responsables de este padecimiento encontramos:

- El sistema GABA: éste se relaciona con ello gracias a que gran parte de los medicamentos que se administran para el tratamiento de la ansiedad actúan sobre él y dan buenos resultados, además de ser el principal inhibidor del SNC.
- Como otra posible explicación encontramos a la serotonina y al sistema noradrenérgico, ya que muchos fármacos que tienen como finalidad el control de la ansiedad atacan sobre estos neurotransmisores (Howard, 2001; Pérez, 2003).

1.1.2 Estructuras cerebrales

Se plantea la participación de diversas áreas del cerebro involucradas en la ansiedad. Entre ellas se encuentran:

- La amígdala: se encuentra en el lóbulo temporal y recibe un importante cúmulo de información sensorial que le permitiría recibir e interpretar el sentido de la eventual amenaza, además de que emite importantes eferencias.
- Locus Coeruleus: principal núcleo noradrenérgico encefálico, con respuesta al estrés y con aquellos estímulos que generan miedo. Por la cualidad de sus aferencias y eferencias tiene cierto grado de vinculación con los trastornos de pánico (Pérez, 2003; Corsi, 2003).
- Hipotálamo: región ubicada en el rombencéfalo que rige la motivación y las respuestas emocionales.

- Tálamo: región del prosencéfalo que transmite y traduce los mensajes de entrada de los receptores sensoriales (Morris, 2000).

1.1.3 Neuropéptidos

Son sustancias proteicas presentes en el Sistema Nervioso Central (SNC), los cuales funcionan como transmisores de las señales nerviosas.

Éstos se relacionan con la ansiedad debido a:

- Regulación del eje hipotálamohipofisiario.
- Regulación de las conductas, emociones y aprendizaje.

1.1.4 Eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal (HHA)

Cuando un organismo está expuesto a un estresor, muchos mecanismos son activados para restaurar la homeostasis. El estrés activa procesos en el Sistema Nervioso Central (SNC), particularmente en el núcleo paraventricular (NPV) del hipotálamo. Cuando esta región del cerebro es estimulada por estrés, libera la hormona liberadora de corticotropina (CRH) o corticoliberina, y vasopresina. La CRH y la vasopresina alcanzan la glándula pituitaria anterior, donde causan la liberación de la hormona adrenocorticotropa (ACTH) a la circulación. A nivel de las glándulas adrenales, la ACTH estimula el córtex adrenal, que produce hormonas glucocorticoides, principalmente cortisol en humanos (Palkovits, 1987). Estas hormonas, las corticoesteroides, ejercen numerosas acciones en la periferia y en el SNC. En la periferia, las corticoesteroides están involucradas con la movilización de energía (glucogenolisis) y ejercen controles moduladores en el

sistema inmune, crecimiento de músculos y huesos, crecimiento de célula epitelial, producción de célula erythroid y el sistema cardiovascular (McEwen y Stellar, 1993; Tronche et al., 1998).

Bajo condiciones psicológicas, la actividad del eje HHA está principalmente determinada por dos factores: estrés (tanto físico como psicológico) que incrementa su actividad; y el ritmo circadiano normal (de Kloet, 2000). Ambos factores pueden estar implicados en ciertos desórdenes y enfermedades.

1.2 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, Buéla-Casal y Carroble, 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 hormigueo (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 a 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, y ésta 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 creencias catastróficas 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 psicosomáticas 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.

1.3 Los trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad se experimentan como algo constante e impaciente, 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 patologías 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 la

frecuencia y número de síntomas a cada trastorno específico. Siendo ésta una de las más sólidas referencias en tema de las psicopatologías.

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. Un trastorno es una característica estable que conlleva grados elevados de ansiedad de manera poco variable (Tyrer, 1984). Los 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 (Berlangu, 1996; Cox, Borges, Taylor, Fuentes y Ross, 1999). En estos casos, es posible que los individuos reaccionen de manera diferente ante estos sucesos estresantes en el caso de enfrentarlos una segunda vez.

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 requerimiento 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 un ataque de pánico es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, en ausencia de peligro real, acompañado de al menos cuatro de trece síntomas propios del pánico (antes descritos) acompañado de preocupaciones 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 de 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 (Tyrer, 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 diagnosticarlo se recurre al mismo criterio en la presencia de los síntomas del ataque de pánico (cuatro síntomas de trece por 6 meses), sólo 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 sí solo no podría enfrentar.

Las tendencias agorafóbicas 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

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 (Tyrer, 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 más comunes son lavarse las manos, contar, verificar y tocar (Berlanga, 1996). Por ejemplo, la persona que teme 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 sólo 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

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 específica externa y se activa sólo 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.

Trastorno de Estrés Postraumático

Para diagnosticar Trastorno de Estrés Postraumático (TEP), según el DSM-IV, 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, sueño inquietantes y recurrentes sobre el trauma o 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 exageradas de alarma
- 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.

1.4 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 sólo 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 en 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 puede hacerse real; aquellos con Trastorno de Estrés Postraumático les preocupa que el recuerdo de las imágenes haga que se tornen reales; y aquellos con trastorno de ansiedad generalizada se preocupan de que el desastre caiga sobre ellos. 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 a 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 ocasiones 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 por miedo a 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”. Éstos son el resultado de una manera específica de pensar que permite a los individuos coexistir con los impulsos ansiosos que experimentan. 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.

Se enlistan a continuación:

- Alto nivel de creatividad: producto de dos actividades autofrustrantes: 1.- 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 2.- la tendencia a imaginar vívidamente esas tendencias 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 hechas 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 de uno mismo que de lo que se espera de los demás.
- Perfeccionismo: cualquier logro es considerado menos 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.
- 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 el control.
- 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: sólo es consciente 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 de la infancia.

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).

En función de su comprobación con la realidad, estos errores cognitivos requieren ser abordados (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

LA SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD

La Sensibilidad a la Ansiedad (SA) refleja las diferencias individuales en el miedo que se le tiene a la ansiedad y a las sensaciones relacionadas con excitación (Taylor, 1999; McNally, 2002). Cuando experimentan ansiedad, los individuos con niveles elevados de Sensibilidad a la Ansiedad se ponen sumamente temerosos debido a las creencias de que esas sensaciones interoceptivas tienen consecuencias dañinas de tipo físico, psicológico o social (Taylor et al., 2007). 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. Éste se utilizó para determinar la relación de la SA con los factores específicos que predisponen al desarrollo de ataques y trastornos de pánico, además de comenzar a estudiar su validez como constructo unitario. Posteriormente, se construyó el ASI-R (Taylor & Cox, 1998a, b) de 36 reactivos, que mantiene el mismo formato del ASI de 16 reactivos, pero expande el número de contenidos de dominio medidos.

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 y 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 más tarde se encontraron factores específicos que en conjunto daban cuenta de su composición global.

Taylor y Cox (1997) desarrollaron el Anxiety Sensitivity Index Revised (ASI-R) y el Anxiety Sensitivity Profile (ASP); ambos eran 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 cardíacos, 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 la personalidad para conocer su naturaleza y posible origen, y 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 Borges (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 más alta en mujeres que en hombres, lo cual ubicaba a las mujeres con menor umbral en la SA que los hombres (Bernstein, Zvolensky, Stewart, Comeau y Leen-Feldner, 2006).

Hoy en día se postula que la SA es independiente al constructo de ansiedad general, de relevancia en el desarrollo del 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, Arrindell, Jurado, Zvolensky, 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 género.

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 de 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 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 con individuos con sólo 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, imaginarios o reportarlos indiscriminadamente. Esto 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. Esto sugiere que la percepción de bajo control sobre estímulos asociados a la ansiedad pueden estar relacionados con el cómo 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 Seinson (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, sí puede ser un factor relevante en su desarrollo como factor predisponente.

2.3 EI SCL-90-R

En el caso de este estudio, se pretendía observar si existía una relación predictiva entre la Sensibilidad a la Ansiedad y el Symptom Check-list (SCL-90-R), por lo que se dará una breve introducción al instrumento.

El SCL tuvo su origen en la Universidad Johns Hopkins. Su objetivo era disponer de una escala autoaplicada que sirviera para cuantificar una serie de dimensiones psicopatológicas, así como un índice sintomatológico global. Tras una serie de adaptaciones y modificaciones en el número de reactivos, la versión más conocida y extendida del cuestionario es el SCL-90. Desarrollado por Derogatis et al. (1976), está compuesto de 90 reactivos que puntúan en una escala del 0 al 4. En 1977 aparece el SCL-90-R, sustituyéndose dos reactivos y siendo modificados ligeramente otros siete del SCL-90 por Derogatis. No reuniendo las características de un instrumento diagnóstico, la aplicación principal parece residir en su utilización en estudios comunitarios de detección de patología psiquiátrica menor,

o para la valoración de cambios sintomáticos generales, no siendo particularmente útil para estudiar un aspecto o cambio concreto de la psicopatología (Thompson, 1989; González de Rivera et al., 1990; Bech et al., 1993).

El cuestionario se describe con nueve factores o subescalas (dimensiones sintomáticas), compuestas por doce reactivos para la Somatización, diez para la Obsesión-Compulsión, nueve para Hipersensibilidad, trece para Depresión, diez para Ansiedad, seis para Hostilidad, siete para Ansiedad Fóbica, seis para Ideación Paranoide y diez para Psicoticismo. Además, hay otros siete reactivos que no entrando en ninguna de las anteriores, contribuyen a la construcción de las puntuaciones globales: índice sintomático general (GSI), total de síntomas positivos (PSI) e índice de distrés de síntomas positivos (PSDI).

CAPÍTULO 3

EL 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 sesenta 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 la 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 la nicotina en sí (Aragónés, 1991). La nicotina es sólo uno más de los cuatro mil componentes del humo del tabaco. El humo derivado del tabaco contiene, entre otras cosas, 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 fumadoras
- Daño a los pulmones y aumento de riesgo de cáncer de pulmón, enfisema pulmonar 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 lo 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 incluye como trastornos la dependencia de nicotina y la abstinencia de nicotina. No incluye el abuso a la nicotina 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 debe estar en 10 y 20 mg. y para que sea letal entre 0.5 y 1 mg. por kilo de peso (Aragónés, 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 del 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 u 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 de 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 al organismo. La ausencia de

la nicotina produce una alteración del 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, al 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 aún 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. Estas fases se abordarán individualmente a continuación:

Etapas de preparación

La mayoría de los jóvenes comienza a fumar por motivos personales, ambientales o socioculturales. Estos factores no 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 aún 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 ésta última y el 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 años comiencen a fumar que alguien de más de 21 años. 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 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, los hijos de los padres que han dejado de fumar tienen mayor probabilidad 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 los 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 pesar 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 cigarro 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 en la calle y en las escuelas.
- 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 cigarro, 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 experimentan 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 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 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 objeto (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 éstos se encuentra 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.

Etapas de abandono del hábito

Se calcula que cerca de 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). Aunque se les ha hecho observaciones y cuestionamientos acerca de su construcción teórica (Davidson, 1992), el Modelo Transteórico 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; Zarin et al., 2001). Este modelo consta de seis factores 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 conscientes 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 consciente 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 en 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 reducir 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 (Prochanska 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 más eficiente y efectivo (Sánchez-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 (Aragónés, 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 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 la nicotina es una estrategia más efectiva y que se acopla mejor a los objetivos que pretenden cumplir las técnicas aversivas. En éstas 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. Ésta pretende 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 éstos existe un acuerdo entre el terapeuta y el usuario sobre los premios y castigos que recibirá de modo contingente al fumar, al 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, detención 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 sujeto 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, después del entrenamiento en habilidades sociales, podrá comunicarse de forma sana de manera que no tenga que recurrir al cigarro (Becoña et al., 2002).

3.4 Relación del Trastorno de Pánico, la SA y 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, Zvolenski, 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. Zvolenski 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 cigarros 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 cigarro, 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 un estudio (González et al., 2009), se encontró que la Sensibilidad a la Ansiedad está significativamente relacionada con motivos de imitación, adicción y otros de la conducta de fumar, así como con barreras bien percibidas para dejar de fumar. En otro estudio (Feldner et al., 2008), se confirmó que el nivel de tabaquismo y los niveles de síntomas de estrés postraumático son moderados por la Sensibilidad a la Ansiedad. McLeish et al. (2007) observaron que la Sensibilidad a la Ansiedad es un importante factor de diferencia individual que, asociado con altas frecuencias de tabaquismo, está relacionado con altos niveles de evitación y ansiedad anticipatoria entre fumadores regulares.

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 sólo 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, cigarros consumidos y consumo de alcohol (Zvolenski, 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 la 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 cigarros 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 predice síntomas de ansiedad. Esto aporta una visión complementaria sobre cómo se comporta la relación fumar-pánico en función del uso de marihuana en el consumo de tabaco cotidiano (Zvolenski, Bonn-Miller, Bernstein, McLeish, Feldner y 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 aún en su estado inicial (Lejuez, Paulson, Daughters, Bornovalova y Zvolensky, 2006), pero incrementan el campo experimental de la SA.

Planteamiento del problema y justificación

En lo que respecta a México (Bernstein et al., 2006; Zvolensky et al., 2003), el estudio de la SA y los componentes con los que se relaciona se encuentra en una etapa inicial. 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 y saber más acerca de la relación entre la SA y la dependencia al tabaco, así como entre la SA y las dimensiones psicopatológicas en estudiantes universitarios. Cabe señalar que este proyecto se desprende de una investigación más amplia que pretende dar solidez a la SA como constructo teórico 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 de tabaco, conocer el papel que desempeña la SA posee relevancia clínica al abordar problemas como el mantenimiento del consumo del cigarro, 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 del tabaco y en el posterior deterioro de la salud. Además de que el conocimiento derivado permitirá realizar intervenciones terapéuticas.

Objetivos

1. Identificar si existen diferencias entre los puntajes de las escalas ASI-3, el Cuestionario de Historia Médica, el Inventario de motivos de dependencia a fumar de Wisconsin y el SCL-90-R entre los estudiantes universitarios.
2. Realizar un análisis de Correlación Lineal Simple y un análisis de Regresión Lineal Múltiple entre todas las escalas para determinar si la escala ASI-3 tiene utilidad predictiva en la dependencia al tabaco así como en las dimensiones psicopatológicas, entre los estudiantes universitarios.

Preguntas de investigación

Conforme a los objetivos contemplados en este trabajo, se plantearon las siguientes preguntas de investigación:

Pregunta 1

¿Existen diferencias entre los puntajes de las escalas ASI-3, el Cuestionario de Historia Médica, el Inventario de motivos de dependencia a fumar de Wisconsin y el SCL-90-R entre los estudiantes universitarios?

Pregunta 2

¿Existe una relación predictiva entre la SA y la dependencia al tabaco así como entre la SA y las dimensiones psicopatológicas entre los estudiantes universitarios?

Hipótesis

H₀: No habrá diferencias entre los puntajes de las escalas ASI-3, el Cuestionario de Historia Médica, el Inventario de motivos de dependencia a fumar de Wisconsin y el SCL-90-R entre los estudiantes universitarios.

H₁: Sí habrá diferencias entre los puntajes de las escalas ASI-3, el Cuestionario de Historia Médica, el Inventario de motivos de dependencia a fumar de Wisconsin y el SCL-90-R entre los estudiantes universitarios.

H₀: No habrá una relación predictiva entre la SA y la dependencia al tabaco así como entre la SA y las dimensiones psicopatológicas entre los estudiantes universitarios.

H₁: Sí habrá una relación predictiva entre la SA y la dependencia al tabaco así como entre la SA y las dimensiones psicopatológicas entre los estudiantes universitarios.

Variables

Variable independiente

1. Sensibilidad a la Ansiedad

- Definición conceptual: la Sensibilidad a la Ansiedad se basa en la suposición de que ciertos síntomas de ansiedad tienen consecuencias dañinas. Así, una persona con alta SA tendría mayor probabilidad de interpretar una rápida tasa cardíaca 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).

- Definición operacional: está representada por las puntuaciones obtenidas por los participantes en el ASI-3.

Variables dependientes

1. *Tabaquismo*

- Definición conceptual: el 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).
- Definición operacional: está representado por los puntajes del Cuestionario de Historia Médica y por los puntajes del Inventario de motivos de dependencia a fumar de Wisconsin, obtenidos por los participantes en cada una de estas escalas.

2. *Dimensiones psicopatológicas*

- Definición conceptual: se refiere a diferentes sintomatologías de patologías psicológicas. Se utilizan en estudios comunitarios de detección de patología psiquiátrica menor o para la valoración de cambios sintomáticos generales, no siendo particularmente útil para estudiar un aspecto o cambio concreto de la psicopatología (Thompson, 1989; González de Rivera et al., 1990; Bech et al., 1993).

- Definición operacional: está representado por los puntajes del Symptom Check-list (SCL-90-R), obtenidos por los participantes en esta escala.

Tipo de estudio

Se trata de un estudio con diseño no experimental ex post facto (Kerlinger, 1985; Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 1991).

MÉTODO

Sujetos

La muestra quedó conformada por 400 estudiantes universitarios pertenecientes a una universidad pública y a una universidad privada. La muestra se dividió en 50% hombres y 50% mujeres, y estos mismos divididos en 50% fumadores y 50% no fumadores. Fueron estudiantes tanto de licenciatura como de posgrado, no importando la edad. El grupo de sujetos no fumadores fue utilizado como grupo control.

Instrumentos

Es importante señalar que los instrumentos propuestos cuentan con confiabilidad psicométrica probada en población mexicana:

- Hoja de datos demográficos: registra lo referente a la edad, género, estado civil y nivel escolar. Constituye la primera hoja de la batería.
- Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI-3): es una escala multidimensional que evalúa la SA. Consta de 18 reactivos agrupados en 3

subescalas: preocupaciones físicas, preocupaciones cognitivas y preocupaciones sociales. Su formato de respuesta es una escala tipo Likert de 5 puntos, donde 0 es “muy poco” y 4 es “muchísimo”. Esta escala cuenta con un valor alfa de .59-.63 (Zvolensky et al., 2007; Jurado, 2008).

- Cuestionario de Historia Médica (CHM): 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” (Jurado, 2008).
- Inventario de motivos de dependencia a fumar de Wisconsin (WISDM-68): mide la conducta de fumar por medio de 68 reactivos agrupados en 13 subescalas: 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 mí nada verdadero” y 7 es “para mí extremadamente verdadero”. Cuenta con un valor alfa de .73-.95 (Piper, Piasecki, Federman, Bolt, Smith, Fiore y Baker, 2006; Jurado, 2008).

- Cuestionario de Síntomas (SCL-90-R): evalúa un amplio rango de problemas y síntomas psicopatológicos. Consta de 90 preguntas que se pueden contestar en un tiempo de entre 12 a 15 minutos. Cada pregunta se contesta con base en una escala tipo Likert de 5 puntos, que van desde 0 (ausencia del síntoma) hasta 4 (presencia total del mismo). Proporciona 9 escalas sintomáticas y 3 índices de malestar psicológico (Jurado, 2008).

Procedimiento

La batería de cuestionarios se aplicó a 400 estudiantes universitarios, tanto de una universidad pública como de una privada.

Se requirió de la colaboración de algunos profesores para que permitieran entrar a su salón antes de comenzar la clase o media hora antes de terminarla, para poder aplicar los cuestionarios a su grupo.

Al entrar al grupo y contar con la aprobación del profesor, se les explicó a los alumnos el fin de la aplicación de la batería y se pidió su cooperación voluntaria, asegurándoles el anonimato. Al aceptar, se repartieron los cuestionarios y se dio la instrucción de que solamente los alumnos no fumadores no contestaran el Cuestionario de Wisconsin y la parte referente al consumo de tabaco en el Cuestionario de Historia Médica. El aplicador se mantuvo todo el tiempo en el salón para resolver cualquier duda que surgiera. Al terminar la aplicación se les agradeció su colaboración. El tiempo promedio de aplicación fue de 30 minutos.

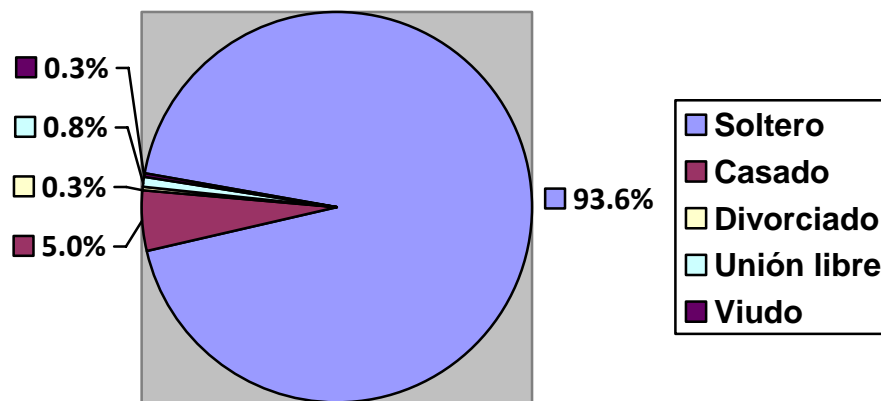
RESULTADOS

Descripción de la muestra

Los análisis descriptivos de las características demográficas de la muestra total indicaron que la edad promedio de los sujetos fue de 22 años. La edad mínima fue 18 años y la máxima de 56 años.

La Gráfica 1 muestra el porcentaje del estado civil de los sujetos:

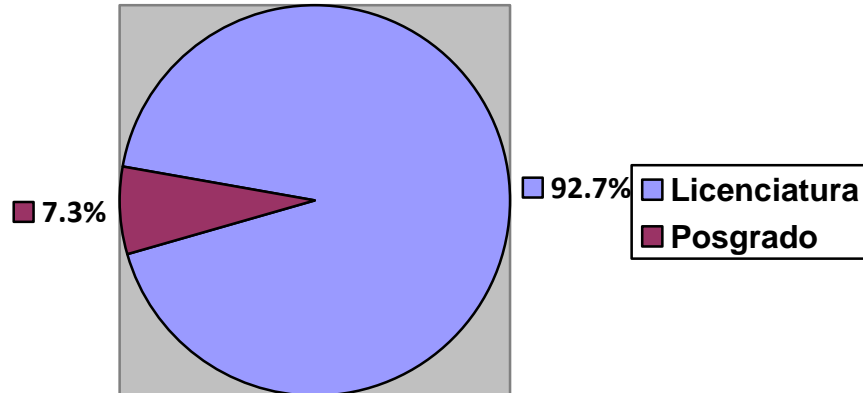
Gráfica 1: Estado civil



Como se observa en esta gráfica, la muestra está conformada en su mayoría por sujetos solteros.

La Gráfica 2 muestra el porcentaje del nivel escolar referido por los sujetos:

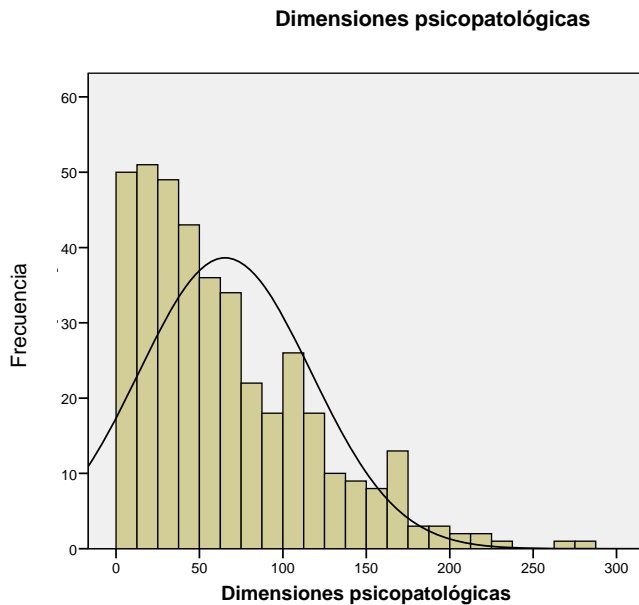
Gráfica 2: Nivel escolar



De acuerdo a la Gráfica 2, el mayor porcentaje de la muestra son sujetos que estudian la licenciatura.

Con fines descriptivos, a continuación se muestran las gráficas del comportamiento de las respuestas a las diferentes preguntas de los cuestionarios, ordenadas de acuerdo a las variables:

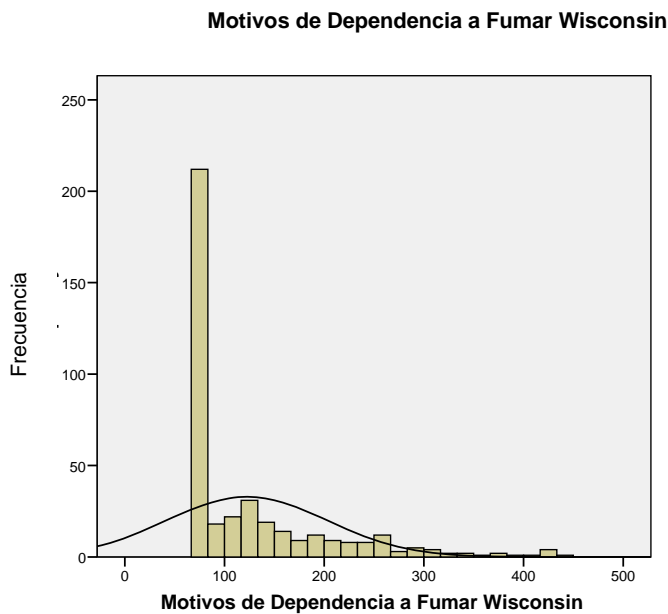
- dimensiones psicopatológicas
- dependencia al tabaco
- y los factores preocupaciones físicas, preocupaciones cognitivas y preocupaciones sociales que conforman el ASI-3



Lo que se puede observar en esta gráfica es que en el SCL-90-R los sujetos contestaron con mayor frecuencia las alternativas de respuesta 0 y 1, que significan “nada en absoluto” y “un poco presente”, respectivamente.

Media= 65.37
Desviación estándar= 51.65
N= 400

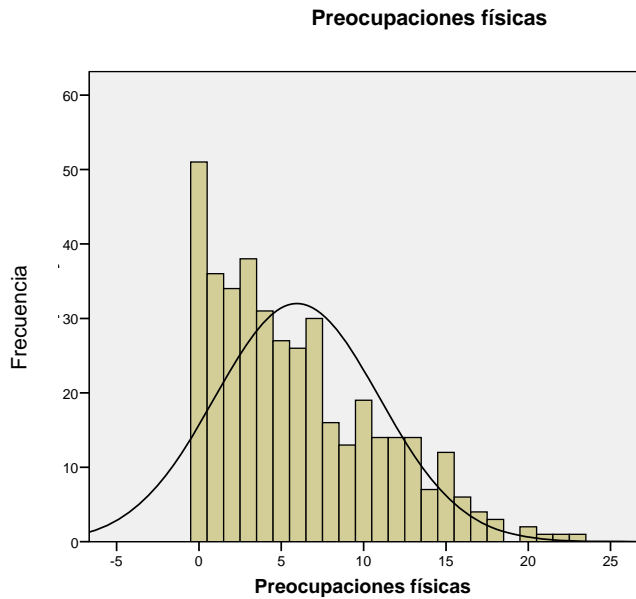
Gráfica 3. Comportamiento de las respuestas de los sujetos al SCL-90-R.



En esta gráfica se muestra que los sujetos contestaron con mayor frecuencia las alternativas de respuesta 1 y 2 del Cuestionario de Wisconsin, donde 1 significa “para mí nada verdadero”. Debemos tomar en cuenta que estos datos incluyen a los sujetos que son fumadores.

Media= 122.38
Desviación estándar= 80.82
N= 400

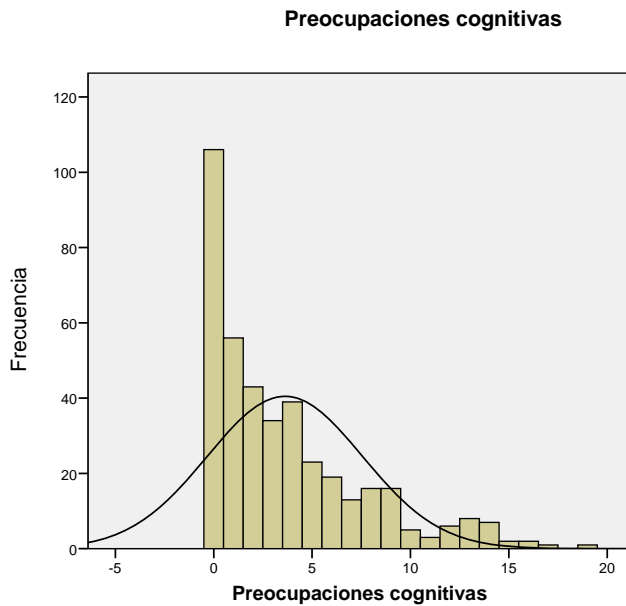
Gráfica 4. Comportamiento de las respuestas de los sujetos al Cuestionario de Wisconsin.



Estos datos nos permiten observar que los sujetos contestaron con mayor frecuencia las alternativas de respuesta 0 y 1 que significan “muy poco” y “un poco”, respectivamente, en el factor preocupaciones físicas del ASI-3.

Media= 5.96
Desviación estándar= 4.99
N= 400

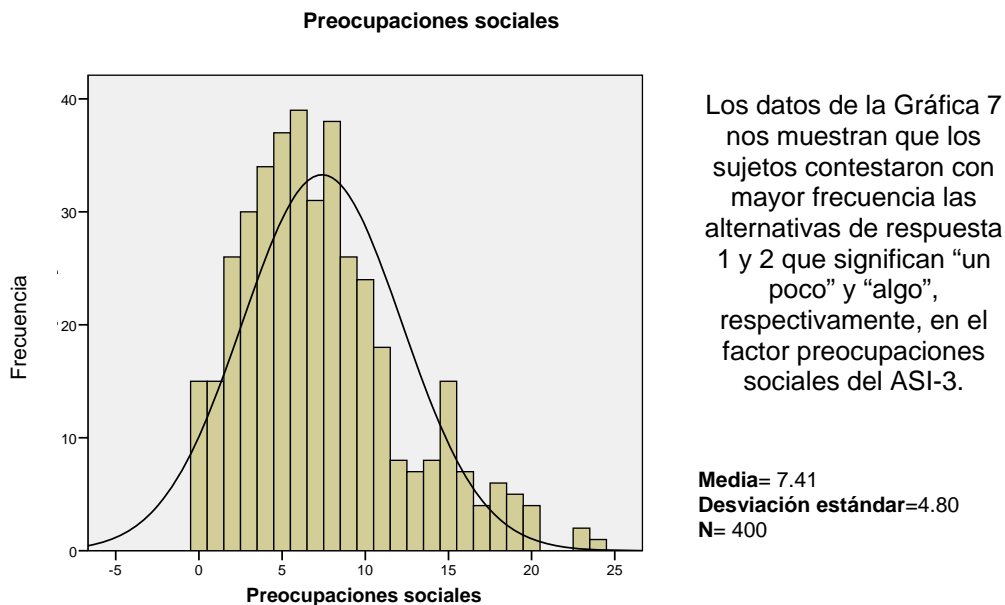
Gráfica 5. Comportamiento de las respuestas de los sujetos al factor preocupaciones físicas del ASI-3.



La Gráfica 6 pone de manifiesto que los sujetos contestaron con mayor frecuencia las alternativas de respuesta 0 y 1 que significan “muy poco” y “un poco”, respectivamente, en el factor preocupaciones cognitivas del ASI-3.

Media= 3.62
Desviación estándar=3.94
N= 400

Gráfica 6. Comportamiento de las respuestas de los sujetos al factor preocupaciones cognitivas del ASI-3.

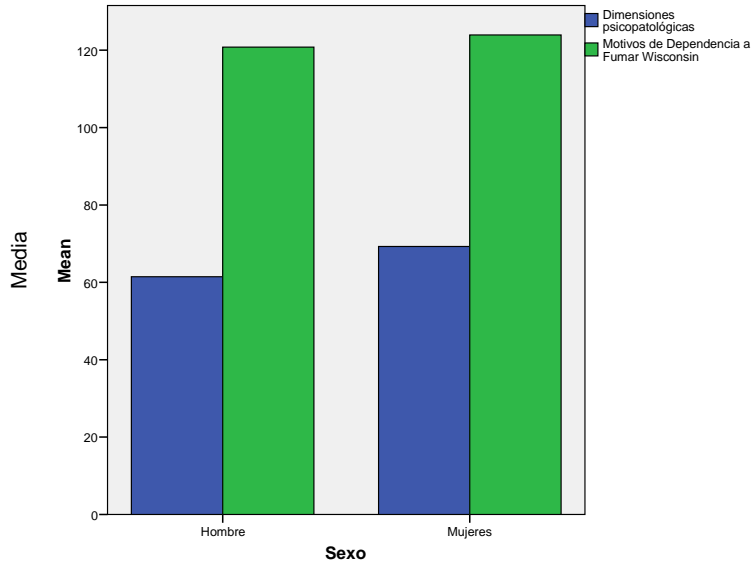


Gráfica 7. Comportamiento de las respuestas de los sujetos al factor preocupaciones sociales del ASI-3.

Pregunta 1

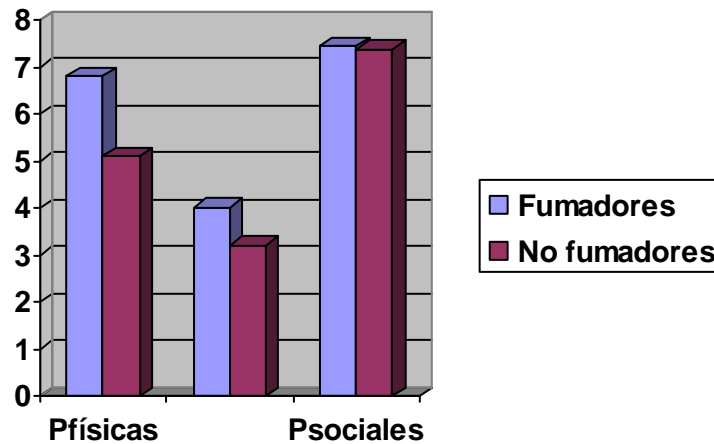
Se llevó a cabo una Prueba T para muestras independientes con el fin de determinar si existían diferencias entre los puntajes de las escalas ASI-3, el Inventario de motivos de dependencia a fumar de Wisconsin y el SCL-90-R entre fumadores y no fumadores y entre hombres y mujeres. Se observó que no era posible utilizar el Cuestionario de Historia Médica debido a que el tipo de respuestas con el que cuenta no tiene un fácil manejo estadístico.

En el caso de hombres y mujeres, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las variables dimensiones psicopatológicas y dependencia al tabaco para los sujetos fumadores. En la variable dimensiones psicopatológicas se obtuvo un valor de $t = -0.18$ con 198 g.l. y $p = 0.86$. En cuanto a la variable dependencia al tabaco, se obtuvo una $t = -0.53$ con 198 g.l. y $p = 0.60$.



Gráfica 8. Diferencias entre hombres y mujeres para las variables dependientes.

Para la variable Sensibilidad a la Ansiedad, sí se encontraron diferencias significativas entre los sujetos fumadores y no fumadores, donde se observó un mayor nivel de SA entre los sujetos fumadores, sobre todo en los factores preocupaciones físicas con un valor de $t = -3.46$ con 398 g.l. y $p = 0.001$, así como en preocupaciones cognitivas con un valor $t = -2.05$ con 398 g.l. y $p = 0.04$. Para el factor preocupaciones sociales, se obtuvo un valor $t = -0.15$ con 398 g.l. y $p = 0.88$, por lo tanto no se encontró estadísticamente significativo.



Gráfica 9. Diferencias entre fumadores y no fumadores para la variable independiente.

Pregunta 2

Correlación

Se encontró una correlación positiva entre la SA y la dependencia al tabaco así como entre la SA y las dimensiones psicopatológicas. Sobre todo para los factores preocupaciones físicas y preocupaciones cognitivas, a mayor SA mayor dependencia al tabaco y mayor presencia de sintomatología. Se concluye que la SA es un buen predictor en especial de dimensiones psicopatológicas para los sujetos fumadores. En la tabla 1 se muestran los datos:

Correlaciones

Estado	Factor	Dimensiones psicopatológicas	Motivos de Dependencia a Fumar
1 No fumador N= 200	Preocupaciones físicas	r= 0.32(**) Sig, de dos colas .000	
	Preocupaciones cognitivas	r= 0.53(**) Sig, de dos colas .000	
	Preocupaciones sociales	.609(**) Sig, de dos colas .000	
2 Fumador N= 200	Preocupaciones físicas	.405(**) Sig, de dos colas .000	.344(**)
	Preocupaciones cognitivas	.542(**) Sig, de dos colas .000	.241(**)
	Preocupaciones sociales	.454(**) Sig, de dos colas .000	.229(**)

** La correlación es significativa $r = 0.01$ (dos colas).

Tabla 1. Correlaciones entre SA y dependencia al tabaco así como SA y dimensiones psicopatológicas.

Regresión Lineal Múltiple

Con el fin de corroborar la predicción de dimensiones psicopatológicas y el nivel de dependencia al tabaco por medio de la SA, se llevó a cabo un análisis de Regresión Lineal Múltiple para ambas variables dependientes, encontrando que la SA es un buen predictor de las dimensiones psicopatológicas en especial en sus factores preocupaciones cognitivas y preocupaciones sociales. Así también, se

observó que la SA es un buen predictor del nivel de dependencia al tabaco, sobre todo en su factor preocupaciones físicas. En la Tabla 2 y 3 se muestran estos datos para cada una de las variables dependientes:

Coefficientes de Dimensiones psicopatológicas

Estado	Modelo	Coefficientes no estandarizados		Coefficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error estándar	Beta	B	Error estándar
1 No fumador	1 (Constant)	15.520	4.934		3.145	.002
	Preocupaciones físicas	.400	.670	.036	.597	.551
	Preocupaciones cognitivas	3.309	.905	.254	3.656	.000
	Preocupaciones sociales	4.212	.660	.444	6.383	.000
2 Fumador	1 (Constant)	27.983	6.377		4.388	.000
	Preocupaciones físicas	.941	.740	.094	1.271	.205
	Preocupaciones cognitivas	4.962	1.025	.379	4.842	.000
	Preocupaciones sociales	2.306	.887	.191	2.601	.010

Tabla 2. Predicción de las dimensiones psicopatológicas por medio de la SA.

Coefficientes de la Dependencia al tabaco

Modelo	Coefficientes no estandarizados		Coefficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error estándar	Beta	B	Error estándar
1 (Constant)	95.344	7.458		12.784	.000
Preocupaciones físicas	4.710	.915	.291	5.145	.000
Preocupaciones cognitivas	1.820	1.275	.089	1.428	.154
Preocupaciones sociales	-1.029	1.004	-.061	1.024	.306

a Dependent Variable: Wisc Motivos de Dependencia a Fumar Wisconsin

Tabla 3. Predicción de la dependencia al tabaco por medio de la SA. Sólo en el caso de los sujetos fumadores.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El análisis estadístico entre grupos sugiere que la SA se comporta de manera diferente para las personas fumadoras y las personas no fumadoras, siendo los fumadores el grupo con un nivel mayor de SA tal como se muestra en la Gráfica 9. Para el caso de los hombres y mujeres, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a dependencia al tabaco, SA y dimensiones psicopatológicas, como se puede observar en la Gráfica 8. Con esto rechazamos la primera Hipótesis Nula a favor de la Alternativa concluyendo que sí hay diferencias entre los puntajes de las escalas ASI-3, el Inventario de motivos de dependencia a fumar de Wisconsin y el SCL-90-R al menos entre los sujetos fumadores y no fumadores.

Por otro lado, los resultados confirman la relación existente entre la SA y la dependencia al tabaco (Zvolensky et al., 2004; Leen-Feldner et al., 2005; Zvolensky et al., 2007) así como entre la SA y las dimensiones psicopatológicas. En el caso de las dimensiones psicopatológicas, ello significa que a mayor SA el sujeto presentará más sintomatología psicológica. En cuanto a la dependencia al tabaco esta relación se refiere a 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 (Zvolenski et al., 2004). Las correlaciones de la SA y la dependencia al tabaco, sobre todo en los factores preocupaciones físicas y preocupaciones cognitivas, sugieren que el consumo de tabaco podría estar en función de creencias como: “fumar me aleja de subir de

peso”, “el fumar me hace controlar el hambre”, “fumar me ayuda a controlar el estrés”, “fumo cuando realmente necesito concentrarme”, “fumar me ayuda a mantenerme enfocado”, “fumar es la forma más rápida de recompensarme”, “mi concentración aumenta después de fumar un cigarrillo” o “fumar me ayuda a pensar mejor”, que en sujetos con un alto nivel de SA representa temor a perder estabilidad física y cognitiva.

En relación a las capacidades predictivas de la SA, ésta parece ser un buen predictor de la dependencia al tabaco, en específico en el factor preocupaciones físicas. Esto confirma que las claves corporales displacenteras en personas con alta SA potencian la dependencia al tabaco en un intento por contrarrestar las sensaciones corporales que producen preocupación (Zvolensky et al., 2004) con lo que a estas personas les sería difícil dejar de fumar. Asimismo, se encontró que la SA también es un buen predictor de la sintomatología psicológica, sobre todo en los factores preocupaciones cognitivas y preocupaciones sociales. Con esto podemos rechazar la segunda Hipótesis Nula a favor de la Alterna concluyendo que sí hay una relación predictiva entre la SA y la dependencia al tabaco así como entre la SA y las dimensiones psicopatológicas entre los estudiantes universitarios.

Limitaciones y sugerencias

Una de las limitaciones en este estudio fue el uso del Cuestionario de Historia Médica. Se sugiere revisar los reactivos con el fin de obtener respuestas claras y de fácil manejo estadístico ya que el CHM es importante para observar el tiempo

que un sujeto lleva fumando y con esto determinar su relación con el Cuestionario de Wisconsin.

Por otro lado, la mayoría de los sujetos, por ser jóvenes, no tenían muchos años fumando por lo que fue difícil determinar si los puntajes bajos en el Cuestionario de Wisconsin se debieron a su corto período como fumadores o a algún otro factor. Se sugiere trabajar con un rango más amplio de edad entre los sujetos.

Otro aspecto que se observó es que probablemente los sujetos fumadores contestaron, en su mayoría, puntajes bajos en el Cuestionario de Wisconsin debido a que el título de la prueba hace explícita la finalidad de medir motivos de dependencia y, en el caso de sujetos jóvenes, puede ser difícil aceptar una dependencia o siquiera percatarse aún que se es dependiente a algo. Se sugiere suprimir los títulos de las pruebas dentro de la batería o simplificarlos de tal manera que no sea explícito lo que mide el cuestionario.

Se encontró que el grupo control de sujetos no fumadores no estaba compuesto exclusivamente por sujetos que no han fumado. Se llegó a detectar posibles “ex-fumadores” dentro de este grupo, por lo que sus resultados en cuanto a utilidad predictiva de SA sobre las dimensiones psicopatológicas fueron similares a los de los sujetos fumadores. Se propone para futuras investigaciones conformar un grupo control de sujetos que nunca hayan fumado.

Como propuesta de tratamiento para los sujetos con niveles elevados de SA y que desean dejar de fumar, se sugiere que primero se aborde la SA por medio de una Terapia de Reestructuración Cognitiva, apoyada por el contexto familiar del sujeto. Al trabajar primero con las cogniciones erróneas que generan una SA elevada, se podrá abordar la dependencia psicológica al tabaco y así poder hacer más efectivo el tratamiento físico. El tratamiento psicológico debe ir siempre de la mano con el tratamiento físico.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, S. A.
- Andrews, G.; Crino, R.; Hunt, C.; Lampe & Page, A. (1994). The Treatment of Anxiety Disorders. *Clinicians Guide and Patients Manual*. U. S. A.: Cambridge, pp. 1-25.
- Aragónés, R. (1991). *Tabaquismo*. Tesina de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Bech, P.; Malt, U. F.; Denker, S. J.; Ahlfors, U. G.; Elgen, K.; Lewander, T. (1993). Scales for assessment of diagnosis and severity of mental disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 87 (372), 33-47.
- Becoña, E.; Palomares, A. & García, M. P. (2002). *Tabaco y Salud*. España: Pirámide, pp. 17-35.
- Becoña, E. & Vázquez (2004). *Psicopatología del tabaquismo*. 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.; Eifer, G. & Schmidt, N. B. (2006). Taxonicity of Anxiety Sensitivity: multinational analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 1-22.
- Bernstein, A.; Zvolensky, M. J.; Stewart, S. H.; Comeau & Leen-Feldner, E. W. (2006). Anxiety Sensitivity taxonicity across gender among youth. *Behavior Research Therapy*, 44, 679-698.
- Bonn-Miller, M. O.; Zvolenski, M. J.; Leen-Feldner, E.; Feldner, M. T. & Yartz (2005). Marijuana use among daily tobacco smokers: relationship to anxiety-related factors. *Journal 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., Carrobes, J. A. (1995). *Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos*. España: Siglo Veintiuno, pp. 257-550.
- Corsi, M. (2003) El electroencefalograma y la ansiedad: diferencias sexuales. *Ciencia*, abril-junio, 40-51.

- 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. & 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.
- de Kloet, E. R. (2000). Stress in the brain. *Eur. J. Pharmacol.*, 405, 187-198.
- Derogatis, L. R.; Lipman, R. S.; Covi, L. (1976). SCL-90 Self Report symptom inventory. En: Guy, W., ed. *ECDEU Assessment manual for psychopharmacology*. Revised 1976. Maryland, U. S. Department of Health, Education, and Welfare. National Institute of Mental Health; 1976.
- Dogana, F. (1990). *Psicopatología del consumo cotidiano*. España: Guedisa, pp. 107-116.
- Donnell & McNally, R. J. (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*. México: Paidós Autoayuda, pp. 13-38.
- Feldner, M. T.; Leen-Feldner, E. W.; Trainor, C.; Blanchard, L.; Monson, C. M. (2008). Smoking and posttraumatic stress symptoms among adolescents: Does anxiety sensitivity matter? *Addictive Behaviors*, 33, 1470-1476.
- Goldstein, J. H. & Chambless, D. L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 9, 47-59.
- González, A.; Zvolensky, M. J.; Vujanovic, A. A.; Leyro, T. M.; Marshall, E. C. (2009). An evaluation of anxiety sensitivity, emotional dysregulation, and negative affectivity among daily cigarette smokers: Relation to smoking motives and barriers to quitting. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 138-147.
- González de Rivera, J. L.; De las Cuevas, C.; Gracia-Marco, R.; Monterrey, A. L.; Rodríguez-Pulido, F.; Henry-Benítez, M. (1990). Morbilidad psiquiátrica menor en la población general de Tenerife. *Psiquis*, 11, 11-22.
- Hernández, S. R.; Fernández-Collado, C. & Baptista, L. P. (1991). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill, pp. 157-272.
- Howard, C. (2001). *Psiquiatría*. México: Manual moderno. 5ª edición.

- Jurado, C. D. (2008). *Sensibilidad a la Ansiedad, afectos negativos y consumo de tabaco en pacientes con ansiedad y depresión*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Kerlinger, N. F. (1985). *Investigación del Comportamiento. Técnicas y Metodología*. México: Interamericana, pp. 214-268.
- Lanfume, L.; Mongeau, R.; Cohen-Salmon, C.; Hamon, M. (2008). Corticosteroid-serotonin interactions in the neurobiological mechanisms of stress-related disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32, 1174–1184.
- Leen-Feldner, E. W.; Feldner, M. T.; Bernstein, A.; McCormick, J. T. & Zvolensky, M. J. (2005). Anxiety Sensitivity and anxious responding to bodily sensations: a test among adolescents using a voluntary hyperventilation challenge. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 593-609.
- Lejuez, C. W.; Paulson, A.; Daughters, S. B.; Bornoalova, M. A. & Zvolensky, M. J. (2006). The association between heroin use and Anxiety Sensitivity among innercity 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 and methodological issues. *Behavior Research Therapy*, 15, 147-183.
- Martínez-Azumendi, O.; Fernández-Gómez, C.; Beitita-Fernández, M. (2001). Variabilidad factorial del SCL-90-R en una muestra psiquiátrica ambulatoria. *Actas Esp Psiquiatr*, 29(2), 95-102.
- Matthews, A. (1990). Why worry? The cognitive function of anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 28, 455-468.
- McEwen, B. S.; Stellar, E. (1993). Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Arch. Intern. Med.*, 153, 2093–2101.
- McLeish, A. C.; Zvolensky, M. J.; Bucossi, M. M. (2007). Interaction between smoking rate and anxiety sensitivity: Relation to anticipatory anxiety and panic-relevant avoidance among daily smokers. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 849-859.
- McNally, R. J. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological Psychiatry*, 52, 938-946.
- Moreno, J. J.; Herrero, F. J. & Rivero, A. (2003). *Tabaquismo: programa para dejar de fumar*. España: Ayuntamiento de Madrid, pp. 89-106.
- Morris, C. (2000). *Psicología*. México: Prentice Hall.

- Palkovits, M. (1987). Organization of the stress response at the anatomical level. *Prog. Brain Res*, 72, 47–55.
- Pérez, M. (2003) Dónde y cómo se produce la ansiedad: sus bases biológicas. *Ciencia*, abril-junio, 16-28.
- 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. & 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 twelve 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. & Flores, J. M. (1990). *Tabaquismo. Su repercusión en aparatos y sistemas*. México: Trillas, pp. 41-46.
- Sánchez-Hervás, E. & 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.

- Solano, S. & Jiménez, C. A. (2002). *Manual de tabaquismo*. España: Masson, pp. 63-75.
- 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. & Borges, S. (2001). Causal modeling of relations among learning history, Anxiety Sensitivity and panic attack. *Behavior Research and Therapy*, 39, 443-456.
- Taylor, S. (1995). Anxiety Sensitivity: Theoretical perspectives and recent findings. *Behavior Research and Therapy*, 33, 243-258.
- Taylor, S. (1999). *Anxiety sensitivity*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- 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. (1998a). An expanded anxiety sensitivity index: evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(15), 463-483.
- Taylor, S.; Cox, B. J. (1998b). Anxiety sensitivity: multiple dimensions and hierarchic structure. *Behavior Research and Therapy*, 36, 37-51.
- Taylor, S.; Cox, B. J.; Holaway, R. M.; Stewart, S. H.; Eng, W.; Arrindell, 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.
- Taylor, S.; Zvolensky, M. J.; Cox, B. J.; Deacon, B.; Heimberg, R. G.; Ledley Roth, D.; et al. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3). *Psychological Assessment*, 19, 176-188.
- Thompson, C. (1989). *The instruments of psychiatric research*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Tronche, F.; Kellendonk, C.; Reichardt, H. M.; Schutz, G. (1998). Genetic dissection of glucocorticoid receptor function in mice. *Curr. Opin. Genet. Dev.*, 8, 532-538.
- Tyrer, P. (1984). Classification of Anxiety. *British Journal of Anxiety*, 154, 823-828.
- Vowels, K. E.; Zvolenski, M. J.; Gross, R. T. & Sperry, J. A. (2004). Pain-related anxiety in the prediction of chronic low-back pain distress. *Journal of Behavioral Medicine*, 27, 77-89.

- 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.
- 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.; 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 and Therapy*, 41, 841-859.
- Zvolensky, M. J.; Bernstein, 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.
- Zvolenski, 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.
- Zvolenski, 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 smoker. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 473-486.
- 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.; Strong, D.; Bernstein, A.; Vujanovic, A. A.; Marshall, E. C. (2009). Evaluation of anxiety sensitivity among daily adult smokers using item response theory analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 230-239.