



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISION DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**

**LA SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD, AFECTOS
POSITIVOS-NEGATIVOS, EVITACION AGORAFOBICA Y
SU RELACION CON EL HÁBITO DE FUMAR INCIPIENTE.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLINICA**

**P R E S E N T A:
MARIA DE LOURDES ZAMORA CORNEJO**

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

**COMITÉ DE TESIS:
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA
DR. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOSA
MTRA. ITZEL GALÁN LÓPEZ
DR. ARIEL VITE SIERRA**



CIUDAD UNIVERSITARIA

SEPTIEMBRE 2012



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.

La gloria del mundo es transitoria, y no es ella
La que nos da la dimensión de nuestra vida,
Sino la elección que hacemos de seguir
Nuestra leyenda personal, tener fe en
Nuestras utopías y luchar por nuestros sueños.

Paulo Coelho.

A un ser maravilloso que me ha
regalado una nueva oportunidad de vida
y me ha ayudado a valorar lo que he tenido en ella.
Gracias Dios por todo lo que me has dado.

A mis papas:
Luisito y Lupita, gracias por guiarme en mis primeros pasos,
gracias por continuar apoyándome en la
realización de mis sueños y por compartir la vida conmigo.
Gracias Luisito por que con tu ejemplo he llegado a ser la persona que soy,
Donde quiera que estés mi respeto, cariño y admiración.

A Pedro.
Gracias por alentarme a seguir adelante y
Darne alas para volar.

Lulú y Pedro Arturo:
Dos pedacitos de cielo que
Dios me regalo.
Con sus vidas se ha enriquecido la mía,
Porque me permitieron lograr una
Etapas y un rol muy bello en la vida
Que es ser mamá.

A mi hermano.
Manolo, gracias por el cariño, cuidado y amor
que me has otorgado.
Gracias por ser mi hermano.

Al Dr. Samuel Jurado Cárdenas.

Por su comprensión, paciencia, apoyo y sugerencias para la realización de ésta investigación.

Por compartir sus amplios conocimientos conmigo.

Muchas gracias.

A la Dra. Mariana Gutiérrez Lara, Dr. Ariel Vite Sierra, Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinosa, Mtra. Itzel Galán López; por ser parte del comité de examen de grado, por sus valiosas aportaciones, indicaciones y propuestas que me permitieron tener una visión más amplia y concreta para aterrizar este trabajo de investigación.

Una mención especial a la Dra. Alejandra Valencia Cruz, por su vasto conocimiento en el área estadística que compartió conmigo para realizar una de las partes medulares de la investigación que fueron los resultados.

A los alumnos que participaron en esta investigación, gracias por su colaboración.

A mis profesores de la maestría, gracias por sus conocimientos, que me enriquecieron más como profesionista.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por abrirme primero las puertas para realizar mis estudios de licenciatura y después continuar con los de la maestría. Gracias por ser "Mi Alma Mater".

INDICE

RESUMEN

SUMMARY

CAPITULO 1: ANSIEDAD.....	12
1.1 ANSIEDAD Y MIEDO.....	16
1.2 ANSIEDAD Y ANGUSTIA.....	17
1.3 ANSIEDAD Y ESTRÉS.....	17
1.4 TIPOS DE ANSIEDAD.....	19
1.5 SÍNTOMAS.....	20
1.6 MANIFESTACIONES DE LA ANSIEDAD.....	23
CAPITULO 2: SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD.....	24
2.1 HISTORIA DE LA SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD.....	24
2.2 RELACIÓN ENTRE SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD, TRASTORNO DE PÁNICO Y CONSUMO DE TABACO...28	
CAPITULO 3: AFECTOS.....	31
3.1 AFECTO.....	31
3.2 EMOCION.....	33
3.3 COMPONENTES PSICOLOGICOS DE LA EMOCIÓN.....	35
3.4 SIGNIFICADO PERSONAL.....	36
3.5 BIOLOGÍA Y FISIOLOGÍA DE LA EMOCIÓN.....	38
CAPITULO 4: AGORAFOBÍA.....	41
4.1 COMPONENTES DE LA AGORAFOBÍA.....	42
4.2 SITUACIONES EVITADAS Y/O TEMIDAS Y ANSIEDAD ANTICIPATORIA.....	42
4.3 MIEDO AL MIEDO.....	43
4.4 SUSCEPTIBILIDAD A LA ANSIEDAD.....	45
4.5 CAUSAS DE LA AGORAFOBÍA.....	46
4.6 EVITACIÓN AGORAFOBICA.....	48

4.7	AGORAFOBÍA Y ALCOHOL Y/O DROGAS.....	50
4.8	CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y EXPERIENCIAS DURANTE LA INFANCIA.....	51
	CAPITULO 5: TABACO Y TABAQUISMO.....	52
5.1	HISTORIA DEL TABACO.....	52
5.2	PRINCIPALES COMPONENTES DEL HUMO DEL TABACO.....	55
5.3	TABAQUISMO EN MÉXICO.....	62
5.4	JUVENTUD Y TABAQUISMO.....	67
5.5	ENFERMEDADES PULMONARES MÁS ASOCIADAS CON LA CONDUCTA DE FUMAR.....	69
5.6	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.....	70
5.7	ADICCION A LA NICOTINA.....	72
5.8	FORMAS DE FUMAR.....	76
5.9	PERSONALIDAD Y TABAQUISMO.....	81
5.10	EFFECTO STROOP Y TABAQUISMO.....	89
5.11	EFFECTO EMOCIONAL STROOP Y EL CONSUMO DE TABACO.....	91
5.12	INICIO Y MANTENIMIENTO DE LA CONDUCTA DE FUMAR.....	91
5.13	SINDROME DE ABSTINENCIA.....	95
5.14	PSICOLOGIA DEL HÁBITO DE FUMAR.....	97
5.15	ASPECTOS EMOCIONALES Y TABAQUISMO.....	98
5.16	OTROS FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE TABACO.....	100
	CAPITULO 6: ADOLESCENCIA Y JUVENTUD.....	102
6.1	ADOLESCENCIA.....	102
6.2	JUVENTUD.....	103
6.3	MODELO DE PROTECCIÓN-RIESGO.....	110
	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	112
	OBJETIVO.....	113
	PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	113

DISEÑO.....	114
DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES.....	114
DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES.....	115
METODO.....	116
PARTICIPANTES.....	116
INSTRUMENTOS.....	116
PROCEDIMIENTO.....	119
RESULTADOS.....	120
DISCUSIÓN.....	142
REFERENCIAS.....	150

RESUMEN

A nivel mundial la adicción a la nicotina es considerada como uno de los principales problemas de salud debido a las severas consecuencias que ocasiona su consumo. Cabe mencionar que el tabaquismo ocupa el tercer lugar en la lista de las principales causas de mortalidad (World Health Organization, 2003). Y una de las mayores preocupaciones en el campo de la salud es que no se ha encontrado una forma adecuada para poder hacer que las personas dejen de fumar (World Health Organization, 2003).

Por otro lado la adolescencia es el periodo en el cual el niño está en proceso de ir reduciendo la dependencia familiar para transferirla hacia otros sujetos de su misma edad. Como resultado de las nuevas necesidades que el adolescente presenta, va estableciendo ahora una dependencia hacia el grupo de amigos, que adquieren la función de proporcionarle la oportunidad de experimentar con una gran variedad de nuevas conductas sociales, que pueden ser aceptadas o rechazadas, además de que es a través de ellas que intenta expresar su independencia y separación de los padres (INER, 1991; Sansores y Espinosa, 1999; Tapia, 2001).

Es en este periodo cuando se reúnen factores psicosociales como la disponibilidad, curiosidad, rebeldía, anticipación a la adultez, confianza social, presión social, imitación de los padres o hermanos mayores que fumen y el impacto de los medios

de comunicación que lo inducirán a fumar (INER, 1991; Sansores y Espinosa, 1999; Tapia, 2001).

Se ha postulado que la relación de la sensibilidad a la ansiedad con el consumo de tabaco guarda especial importancia en el desarrollo de ataques de pánico. Zvolensky et al., (2004) propusieron un modelo de regulación de afecto entre fumar y el trastorno de pánico, este modelo postula que entre los fumadores regulares, la sensibilidad a la ansiedad se comporta como un factor que impulsa a fumar debido a la reducción de afectividad negativa y sensaciones corporales displacenteras.

A partir de los postulados antes mencionados se planteó la necesidad de un estudio que tuviera por objetivo evaluar la relación existente entre el hábito de fumar incipiente, la sensibilidad a la ansiedad, afectos positivos-negativos y evitación agorafóbica a través de varios instrumentos como: Índice de la Sensibilidad de la Ansiedad (A.S.I.), Escala de Afectos Positivos Y Negativos (PANAS), Cuestionario de Historia Médica e Inventario de la Movilidad (M.I).

Los datos forman parte de una investigación más amplia así que solo se tomaron las variables y datos que son necesarias para este estudio. Los participantes son

186 sujetos, cuyo rango de edad fluctúa entre los 17 a los 26 años, estudiantes de diversas facultades de la Universidad Nacional Autónoma de México.

SUMMARY

Worldwide, nicotine addiction is considered as one of the main health issues due to the severe consequences caused by its consumption. It would be worth mentioning that nicotine poisoning is the third main cause of death (World Health Organization, 2003); and one of the major concerns in the healthcare field is that an accurate way to incite people to stop smoking, is not yet found (World Health Organization, 2003).

Moreover, adolescence is the period in which the kid goes through the process of reducing the family attachment, in order to yield it to individuals of his or her same age group. As a result of the new needs the adolescent displays, he or she is now building a dependence on the group of friends who now acquire the role of providing him or her with the opportunity to experiment with a wide range of new social behaviors that can be either accepted or rejected; besides them being a way through which he or she tries to express his or her independence and distance from the parents (INER, 1991; Sansores y Esponisa, 1999; Tapia, 2001).

It is during this period that psychosocial factors come together, such as availability, curiosity, rebellion, early adulthood, social confidence, peer pressure, the mimesis of the parents or elder siblings that smoke, and the impact of the media which will incite them to smoke (INER, 1991; Sansores y Espinosa, 1999; Tapia, 2001).

It has been postulated that the relationship between anxiety sensitivity with cigarette consumption shows special importance to the development of anxiety attacks. Zvolensky et al. (2004), propounded a model of affect regulation between smoking and the panic disorder. This model postulates that among regular smokers, anxiety sensitivity acts as a factor that propels one to smoke, due to the reduction of negative affectivity and obnoxious body sensations.

From the postulates aforementioned, the need of a study aiming to assess the existing connection between the incipient smoking habit, anxiety sensitivity, positive and negative events, as well as the agoraphobic avoidance by means of different instruments, such as the Anxiety Sensitivity Index (ASI), the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), the Medical History Questionnaire, and the Mobility Inventory (MI), has been set out.

The pieces of information are part of a broader research. Thus, only the necessary variables and pieces of information were taken from this study. The subjects are 186 individuals, whose age group ranges from 17 to 26 years old, all of whom are students from different Faculties of the National Autonomous University of Mexico.

CAPITULO 1

ANSIEDAD

Ansiedad es un estado normal de activación del sistema nervioso como respuesta a estímulos externos o producto de un trastorno endógeno del funcionamiento cerebral. Esta hiperactivación se traduce por una lado en síntomas periféricos (somáticos, corporales) resultado de la estimulación del sistema nervioso vegetativo (síntomas somáticos de la ansiedad) y, por otro, en síntomas de estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral (síntomas psicológicos de ansiedad) (De la Gándara y Fuertes, 1999).

Según la Asociación Psiquiátrica Americana (American Psychiatric Association, 1975), la ansiedad es aprehensión, tensión e intranquilidad que surge de la anticipación de algún peligro, cuya fuente generalmente se desconoce o es irreconocible.

La ansiedad es un componente normal y habitual de la vida psíquica de todo individuo y se corresponde, en la definición tradicional, con los aspectos subjetivos de la emoción que acompaña la incertidumbre respecto del desenlace de una situación, un acontecimiento o un hecho situado en el futuro más o menos inmediato o bien la certeza de que el desenlace será negativo. Se acompaña habitualmente de variadas manifestaciones viscerales (disnea, nudo en el estómago, premura vesical, cólicos intestinales, opresión precordial, palpitaciones, taquicardia) y motoras (tensión, inquietud, inhibición o agitación). Suele

designarse angustia a estas expresiones somáticas de la ansiedad; sin embargo este último término ha sido usado, particularmente a partir de la introducción del DSM, indistintamente para designar ambas condiciones. Desde un punto de vista evolutivo, la ansiedad es la herencia filogenética del sistema de alarma (arousal o activación del Sistema Nervioso Central), al servicio de la adaptación, que le permite al animal anticipar peligros, detectar amenazas y activar las conductas destinadas a enfrentar, escapar o evitar las mismas (Chappa, 2006).

La ansiedad es el fenómeno central en el desarrollo de la personalidad para los neofreudianos, como lo fue también para el propio Freud. Como todos los demás conceptos desarrollados por Sullivan, la ansiedad era considerada como un fenómeno interpersonal y fue descrita como la respuesta a los sentimientos de desaprobación de un adulto importante. Así, sólo puede producirse en un contexto interpersonal incluso si la otra persona no es real sino una imagen fantástica (Freedman, Kaplan & Sadock, 1975).

Sullivan consideraba el desarrollo de la personalidad como un proceso de aprendizaje para manejar la ansiedad por el uso de maniobras adaptativas y técnicas de defensa destinadas a conseguir la aprobación de gente importante. Cuando la ansiedad es muy difusa, el individuo intenta limitar las oportunidades para un desarrollo posterior de la ansiedad restringiendo su funcionamiento a patrones de actividad familiares bien establecidos (Freedman, Kaplan & Sadock, 1975).

Freud da el nombre de "Neurosis de Angustia" a la perturbación que surge completa o sólo rudimentariamente desarrollada, aislada o en combinación con otras neurosis. Todos sus componentes pueden ser agrupados en torno a uno principal que es la angustia (Freud, 1895). Por lo tanto el término ansiedad servirá para describir una reacción emocional que consiste básicamente en sensaciones subjetivas y una elevada actividad del sistema nervioso autónomo.

El estado de ansiedad es fácil de reconocer en uno mismo o en los demás (si lo comunican), ya que contiene una combinación especial del pensamiento, sensaciones desagradables y proceso fisiológicos que son característicos de una enfermedad, trayendo como consecuencias más graves el incremento de signos y síntomas que van repercutiendo en la vida del hombre (Suárez, 2005).

Freud.- Distingue 3 formas de Ansiedad.

- a) Realidad ansiosa o ansiedad de la realidad.
- b) Ansiedad moral.
- c) Ansiedad neurótica.

Las tres ansiedades tienen en común una referencia esencial, el ego como potencialmente indefenso cuando está saturado de problemas. Las diferencias

entre ellos son que cada una de estas formas de ansiedad está basada en que el ego se relaciona con un "Mundo Particular".

- a) Realidad ansiosa.- El ego se relaciona con el mundo externo y lucha contra él para obtener una gratificación sin causar un desequilibrio en el organismo.
- b) Ansiedad moral.- El ego se relaciona con el mundo de los valores, de los poderes y de los principios morales (super ego).
- c) Ansiedad neurótica.- Es la lucha del ego con el mundo de las necesidades instintivas frecuentemente ajenas.

Aparte de estas relaciones contextuales el ego esta tratando de lograr una cierta meta. Por ejemplo en su lucha con los instintos el ego busca gratificación y al mismo tiempo trata de mantener su propia estructura e identidad. Cuando esto ya no es posible entonces recurre a lo que llamamos ansiedad neurótica; y se produce un miedo a lo que Freud considera sinónimo de la ansiedad el ego cuando éste está amenazado por el miedo externo.

Ansiedad moral cuando el ego al luchar por llegar a una meta todas sus inclinaciones las juzga el super ego; y cuando estas acciones no van de acuerdo a lo que el super ego quiere surge la experiencia ansiosa en forma de vergüenza o culpabilidad.

Freud (1895) describió diez características comunes de las neurosis de ansiedad, las cuales son: irritabilidad general, expectación aprensiva, angustia flotante, ataques de ansiedad, terror nocturno, vértigo, desarrollo de fobias, trastornos gastrointestinales, parestesias y una tendencia hacia la cronicidad.

1.1 Ansiedad y Miedo

La ansiedad y el miedo son respuestas normales a una amenaza percibida. La ansiedad es activada por una amenaza vaga o poco clara, como 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 & Carrobbles, 1995), como sensación de indefensión, confusión, aprensión, inquietud y pensamientos catastróficos repetitivos. Activando a la vez síntomas físicos que van desde la simple tensión muscular hasta la taquicardia.

Se habla de temor si el objeto que es fuente de ansiedad puede ser identificado. El miedo constituye una reacción brusca de temor en el que se observa un intenso estado de agitación. Se tiene temor a enfrentar ciertas situaciones mientras que afirmamos haber sentido miedo ante una condición amenazante sorpresiva (Chappa, 2006).

1.2 Ansiedad y Angustia

La angustia desde un punto de vista descriptivo, es una reacción compleja que incluye aspectos emocionales cognitivos, somáticos y conductuales. La angustia normal es la compañera del hombre desde su nacimiento hasta su muerte. Se pueden considerar expresiones de angustia a los estados de ansiedad generalizada, ataques de pánico y fobias (De la Fuente, 1989).

1.3 Ansiedad y estrés

La reacción ante situaciones de alarma o amenazas que generan ansiedad es lo que se ha llamado también "estrés": Se trata de una reacción inespecífica en relación con los sucesos (todos la presentamos, incluso los animales) y fue descrita por Hans Selye como "reacción general de adaptación". Este mecanismo acontece en tres fases fáciles de entender. La primera sería una reacción de "alarma" que va seguida de una segunda de "resistencia" y finalmente de una tercera de "agotamiento" (De la Gándara y Fuertes, 1999).

Esta respuesta general y común ante determinados estímulos no impide que exista una determinación individual de adaptación al estrés, pues cada cual responde según es (carácter) o según se encuentra (situación). Este modo peculiar y personal de responder está en parte genéticamente establecido y en parte se ha modulado (aprendido) a lo largo de la vida, desde las primeras experiencias en las etapas iniciales del desarrollo (primera niñez) hasta la edad actual de cada cual (De la Gándara y Fuertes, 1999).

Aparecerá una ansiedad patológica si:

- La presión estresante es exagerada en intensidad o persistencia y agota las posibilidades de adaptación
- la reacción del sujeto es exagerada en intensidad, duración o en calidad (del tipo inadecuado)
- si ambas concurren.

Es evidente que la interacción de los anteriores factores determina la aparición o no de un estado de ansiedad anormal y perfila sus características en función de los rasgos propios del estímulo y del sujeto (De la Gándara y Fuertes, 1999).

Cuando una persona sufre ansiedad (nerviosismo), la propia percepción de este estado supone un reforzador ansiogénico muy importante (vergüenza, sentimiento de inseguridad o invalidez), ya que la autoimagen se deteriora al sentirse incapacitado, al mostrarse ante los demás como un individuo "nervioso" y al darse cuenta de que los otros pueden percibirlo y formarse una opinión negativa. Es

decir, en la respuesta de ansiedad influyen factores cognitivos personales (autopercepción) y otros de interacción social (relación), que incluyen la expresión del propio sentimiento ansioso, algo generalmente difícil y azaroso (desde luego es más fácil decir “me duele algo” que “estoy nervioso”), y las dificultades para sentirse “comprendido” y aceptado por los demás (De la Gándara y Fuertes, 1999).

1.4 Tipos de Ansiedad

En la tabla que a continuación se muestra se pueden distinguir los diversos tipos de ansiedad:

<p style="text-align: center;">Ansiedad normal</p> <p>Adaptativa y útil para resolver Problemas de la vida, controlable y lógica, que, aunque puede ser Incómoda, no implica sufrimiento Grave</p>	<p style="text-align: center;">Ansiedad anormal</p> <p>Inútil, excesiva, inapropiada; No sirve para adaptarse y por el Contrario dificulta el rendimiento Y la adaptación</p>
<p style="text-align: center;">Ansiedad reactiva</p> <p>Motivada por un desencadenante, Con una relación comprensible Con un suceso o una Anticipación de algo; puede ser Normal y servir para Enfrentarse a ella o anormal y Dificultar la adaptación</p>	<p style="text-align: center;">Ansiedad endógena</p> <p>Aparentemente inmotivada, Surge sin razón o causa comprensible, como una manifestación Del carácter de la persona, Excesiva y poco o nada adaptativa</p>

(De la Gándara y Fuertes, 1999).

Se debe recordar que cuando la ansiedad no es adaptativa, cuando el peligro al que pretende responder no es real, cuando el nivel de activación y su duración son desproporcionados con respecto a la situación objetiva o cuando no es capaz de

generar una respuesta adecuada, hablamos de ansiedad patológica (cualitativa y/o cuantitativamente diferente de la ansiedad normal).

1.5 Síntomas

En los últimos años, los desórdenes de la ansiedad han sido considerados como una expresión de las emociones. Los síntomas asociados con la ansiedad son adaptativos y asumen una cualidad de problema sólo bajo ciertas circunstancias (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Stein y Hollander, 2004).

Los síntomas que se denotan en los desórdenes de la ansiedad pueden ser divididos en cognoscitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos, referidos a los cuatro sistemas que se coordinan para producir respuestas adaptativas a situaciones de peligro (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Stein y Hollander, 2004).

Síntomas Cognoscitivos.

- Sensoriales: hipervigilancia, los objetos se ven borrosos y distantes, el ambiente se ve diferente y poco real, sensación de mareo (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Stein y Hollander, 2004).
- Pensamiento con dificultad: confusión, imposibilidad para controlar el pensamiento, dificultad para la concentración, distracción, dificultad de

razonamiento, pérdida de objetividad y perspectiva (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Stein y Hollander, 2004).

- Conceptual: distorsión cognoscitiva, miedo a perder el control, miedo a ser lastimado o morir, miedo a un desorden mental (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Stein y Hollander, 2004).

Síntomas Afectivos.

- Impaciencia, tensión, ansiedad, alarma, terror, temor (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Stein y Hollander, 2004).

Síntomas conductuales.

- Inhibición, inmovilidad muscular, hiperventilación, discurso desordenado, poca coordinación, nerviosismo (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Stein y Hollander, 2004).

Síntomas fisiológicos.

- Sistema Cardiovascular: palpitaciones, incremento de la presión arterial, latidos acelerados, pulso bajo (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Stein y Hollander, 2004).

- Sistema Respiratorio: respiración rápida, dificultad para tomar aire, respiraciones cortas, presión en el pecho, espasmos bronquiales (Beck, Emery & Greenberg, 1985, Stein y Hollander, 2004).
- Sistema Neuromuscular: incremento en los reflejos, insomnio, espasmos, temblores, rigidez, piernas inquietas (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Stein y Hollander, 2004).
- Sistema Gastrointestinal: dolor abdominal, pérdida del apetito, náuseas, vómito, incomodidad estomacal, acidez (Beck, Emery & Greenberg, 1985, Stein y Hollander, 2004).
- Tracto urinario: presión al orinar, orinar frecuentemente (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Stein y Hollander, 2004).
- Piel: cara enrojecida, piel pálida, sudor localizado (palmas de las manos) sudor generalizado, "escalofríos fríos y calientes", comezón (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Stein y Hollander, 2004).

1.6 Manifestaciones de la Ansiedad

En la siguiente tabla se mencionan algunas de las manifestaciones periféricas (físicas) y algunas de las manifestaciones centrales (psicológicas)

Manifestaciones periféricas (físicas)	Manifestaciones centrales (psicológicas)
<ul style="list-style-type: none">• Taquicardia, palpitaciones• Mareos, inestabilidad• Disnea, sensación de ahogo• Temblores, sacudidas• Sudor, enrojecimiento• Escalofríos, calor• Náuseas, diarrea• Parestesias, entumecimiento	<ul style="list-style-type: none">• Aturdimiento, ansiedad• Desasosiego, irritabilidad• Miedo incoercible, aprensión• Ansiedad "flotante"• Agobio psicológico• Miedo a perder el control• Deseo de escapar• Desrealización• Despersonalización

(De la Gándara y Fuertes, 1999; Webster y Stanford, 2002).

Finalmente se resume que la ansiedad es un estado caracterizado por varios componentes tanto fisiológicos como subjetivos hablando específicamente de emociones entre los que se encuentran la aprehensión y tensión entre otros que surgen de una amenaza la cual puede ser real o ficticia y que origina que el ser humano tenga cierto comportamiento ante ella.

CAPITULO 2

SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD

La sensibilidad a la ansiedad 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).

2.1 Historia de la sensibilidad a la ansiedad

El antecedente principal sobre el que se ha desarrollado la sensibilidad a la ansiedad 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. Con la finalidad de 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 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 sensibilidad a la ansiedad que presentan los individuos. Con una escala establecida se propició encontrar la relación de la sensibilidad a la ansiedad con los factores específicos que predisponen al desarrollo de ataques y trastorno de pánico, además de comenzar a estudiar su validez como constructo unitario.

Por otro lado, se ha postulado que la sensibilidad a la ansiedad es una variable presente en todos los individuos que varía en el grado de intensidad de persona a persona. Por lo que no es necesaria la experiencia de vivir un ataque de pánico o ansiedad extrema para presentarla, sino que su presencia se ha relacionado al aprendizaje social y a la historia de vida que se tenga (Lilienfeld, Turner, Jacob, 1993).

En un principio la sensibilidad a la ansiedad 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 comprendían una versión extendida del ASI original que pretendía, por medio de reactivos más específicos derivados de estudios sobre la sensibilidad a la ansiedad, encontrar una estructura dimensional y jerárquica de variables que correlacionaran con el constructo general. Estos instrumentos arrojaron evidencia de variables tales como: miedo a síntomas respiratorios, miedos a síntomas cardiacos, descontrol cognitivo y miedo a síntomas gastrointestinales como factores independientes que podían correlacionarse con la sensibilidad a la ansiedad.

También se relacionaron estudios en lo relativo a la evaluación de la consistencia interna de la sensibilidad a la ansiedad 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 los diagnósticos psiquiátricos establecidos (Zvolensky, Arrindell, Taylor, Bouvard, Cox, Stewart, Sandin, Jurado & 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 sensibilidad a la ansiedad y a la vez respaldaba la validez psicométrica del ASI-R (Bernstein, Zvolensky, Kotov,

Arrindell, Taylor, Sandin, Cox, Stewart, Bouvard, Jurado, Eifer & 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 sensibilidad a la ansiedad en mujeres y hombres, describiendo la medida base de la sensibilidad a la ansiedad como más alta en mujeres que en hombres, lo cual hacía a las mujeres con menor umbral en la sensibilidad a la ansiedad que los hombres (Bernstein, Zvolensky, Stewart, Corneau y Lee-Feldner, 2006).

Hoy en día se postula que la sensibilidad a la ansiedad es independiente al constructor de ansiedad general, de relevancia en el desarrollo de trastorno de pánico, diferente de emocionalidad negativa (Lee-Feldner, Bernstein, McCormick & Zvolensky, 2005) y compuesto por tres factores de orden inferior: preocupaciones físicas, preocupaciones cognitivas y preocupaciones sociales. Estos factores se retoman dentro del trabajo de Taylor, Cox, Holaway, Stewart, Eng, Arrindel, Jurado, Zvolensky, Deacon, Abramowitz, Sandin, Coles, Daly & 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 sensibilidad a la ansiedad 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 sensibilidad a la ansiedad,

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

2.2. Relación entre Sensibilidad a la Ansiedad ,Trastorno de Pánico, y consumo de tabaco

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

Se ha postulado que la relación de la sensibilidad a la ansiedad con el consumo de tabaco guarda especial importancia en el desarrollo de ataques de pánico. Zvolensky, et al., (2004) propusieron un modelo de regulación de afecto entre fumar y el trastorno de pánico, este modelo postula que entre los fumadores regulares, la sensibilidad a la ansiedad 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 sensibilidad a la ansiedad podrían fumar como un medio para neutralizar la estimulación aversiva que llegan a experimentar. El modelo propone que fumadores regulares con alta sensibilidad a la ansiedad en comparación con no fumadores son más propensos a desarrollar ataques de pánico. Se ha encontrado que la sensibilidad a la ansiedad 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 sensibilidad a la ansiedad son menos efectivos en el manejo de las sensaciones que eliciten 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 consistencia de la relación de pánico, sensibilidad a la ansiedad y el hábito de fumar. Se buscaba probar el modelo, fuera de la población estadounidense. Encontrando que en la población mexicana solo el nivel de orden inferior de preocupaciones físicas del ASI está significativamente relacionado con el deterioro temprano en individuos fumadores. Este efecto se observó por encima de factores de estados afectivos negativos y cigarros consumidos (Zvolensky, Berstein, Jurado, Colotla, Marshall & Feldner,

2007). Lo cual concuerda con investigaciones previas (Leen-Feldner, et al., 2005). En consecuencia se considera que la sensibilidad a la ansiedad es un factor importante en la percepción del deterioro que las personas reconocen respecto a lo que el hábito de fumar puede ocasionar. Esto aporta sustento teórico de manera general a la sensibilidad a la ansiedad y a su relación con fumar, además de que cobra relevancia teórica en investigación nacional dado que la muestra está constituida por población mexicana.

Para terminar el tema, se retoma lo mencionado por Reiss y McNally (1985), que concluyen que la sensibilidad a la ansiedad puede llevar al organismo a enfermarse a sentir vergüenza o a generar ansiedad adicional.

CAPITULO 3

AFECTOS

3.1 Afecto

Afecto, tonalidad sentimental emocional vinculada a un objeto, idea o presentimiento. El término incluye los sentimientos íntimos y sus manifestaciones externas (Freedman, Kaplan y Sadock, 1975).

La afectividad es un sistema de comunicación que funciona en paralelo al sistema de información general. Se han descrito hasta diez canales no verbales para la expresión de la afectividad; la dirección de la mirada y los movimientos oculares, la expresión facial, los gestos, las posturas, las inflexiones y el tono de la voz, los titubeos del habla, los sonidos expresivos como la risa, el bostezo y los gruñidos, el contacto físico, los olores, e incluso el espacio social. La cultura influye mucho en los canales de expresión emocional.

Bajo la etiqueta vida afectiva se engloban una serie de experiencias dispares que son, a la vez, fenómenos universales y vivencias intransferibles de cada sujeto. Así todos comprendemos palabras como amor o afecto, pero nos resulta casi imposible efectuar una descripción precisa de estos términos. Por otro lado se trata de fenómenos fácilmente polarizables, ya que existe una tendencia natural a agrupar las experiencias afectivas en parejas opuestas, a una de las cuales puede asignarse el polo positivo (placentero) y a la otra el negativo (displacentero). Así ocurre con los pares amor-odio, o alegría-tristeza. Pueden distinguirse tres grandes

familias de experiencias afectivas: las emociones, los afectos y el ánimo. (Enciclopedia de Psicología, 1998).

*Las emociones son reacciones de carácter brusco y de duración breve, que aparecen como respuesta ante acontecimientos externos o internos. Por lo general tienen una influencia directa sobre la conducta del sujeto (pánico, cólera, miedo) y se asocian a síntomas de tipo neurovegetativo (sequedad de boca, sudor, temblor). Parece que la expresión de las emociones y el ánimo se reconoce más fácilmente a través de la expresión no verbal. En niños menores de un año ya es posible reconocer a través de la expresión facial una serie de expresiones afectivas primarias, como el miedo, el interés, la tristeza, la sorpresa, la alegría y el disgusto, que tienen un fuerte condicionamiento genético. Más adelante surgen las experiencias que Michel Lewis denomina "emociones autoconscientes" relacionadas con sentimientos de culpa o vergüenza por un lado y orgullo o gozo por otro. Estas experiencias son más elaboradas y aparecen a partir de los tres años, cuando el niño empieza a desarrollar las capacidades de pensamiento abstracto que permiten percatarse del fracaso, el éxito, el error y el acierto. Sobre estas experiencias afectivas básicas fácilmente observables a través de la expresión no verbal, se van construyendo sentimientos más complejos.

*Al igual que las emociones los afectos pueden aparecer como una reacción ante determinados estímulos externos, pero a diferencia de éstas, también se manifiestan de forma autónoma. Los afectos también son cualitativamente

diferentes de las emociones. Así el amor hacia una madre está siempre presente aunque su expresión sea puntual; mientras que el miedo es una experiencia potencial que en el sujeto normal sólo se activa ante un estímulo amenazante.

*Los estados anímicos son un tercer grupo de experiencias afectivas que, a diferencia de los afectos, no se dirigen primariamente hacia objetos externos sino hacia el propio sujeto, y suelen ser más persistentes en el tiempo que las emociones y menos que los afectos. El binomio alegría- tristeza puede considerarse el más primitivo dentro de este grupo de fenómenos, aunque es posible que este término sea engañoso. La profundidad de los estados de ánimo se refiere a su capacidad de impregnar toda la vida psíquica del sujeto.

3.2 Emoción

Una emoción es el resultado de una reacción en el cuerpo y en la mente de quien la experimenta, aunque haya surgido de un estímulo, la reacción se produce al interior, en lo que hemos llamado el mundo de los afectos.

Modular los afectos es contener el desbordamiento emocional ante un estímulo intenso e imprevisto.

Las formas emocionales o emociones son las más pequeñas unidades en las que puede dividirse una escala afectiva, son como las notas de una escala musical. Constituyen las vibraciones del talante y gracias a ellas podemos medirlo, y si alguien está exaltado desprenderá alegría o cólera, si está decaído desatará miedo

o tristeza. Esto no impide que surja una emoción contraria al humor dominante dependiendo de las circunstancias y estímulos, solo que su manifestación estará matizada por dicho talante, que tratará de compensar subiendo o bajando el ánimo. Si existe alguna emoción enraizada en la biología es el miedo. El miedo es el puente por excelencia entre la reacción de estrés, el dolor y el malestar y los múltiples estímulos-internos y externos- que lo provocan (Guido y Valadez, 2008).

Vida emotiva o vida afectiva es el complejo de reacciones psicofísicas que se asocian a la vida mental de todo individuo y se indican generalmente con los términos de sentimientos o estados de ánimo. (Enciclopedia Temática de Psicología, 1980).

Las emociones son reacciones complejas en las que se ven mezcladas tanto la mente como el cuerpo. Las reacciones comprenden: un estado mental subjetivo, como el sentimiento de enojo, ansiedad o amor; un impulso a actuar, como huir o atacar, tanto si se expresa abiertamente como si no; y profundos cambios corporales, como un ritmo cardíaco más acelerado o una presión arterial más elevada. Algunos de estos cambios corporales preparan y sostienen las acciones de afrontamiento y otros, como posturas, gestos y expresiones faciales, comunican a los demás lo que sentimos, o lo que queremos que piensen que sentimos. Una emoción es una obra vital personal, que tiene relación con el destino de nuestros objetivos en un episodio particular y con nuestras creencias sobre nosotros mismos y el mundo en el que vivimos. Surge por una valoración del significado o alcance

personal de lo que está ocurriendo en ese enfrentamiento. La trama argumental difiere de una emoción a otra; cada emoción tiene su propia historia particular (Lazarus y Lazarus, 1994).

3.3 Componente psicológico de la emoción.

Un componente psicológico de la emoción es la implicación del yo o del ego. Todos tenemos el objetivo de proteger y realzar nuestro yo o ego, así que cuando nos humillan o nos tratan bien nos sentimos, de acuerdo con ello, mal o bien. Una identidad egoica integrada y estable es una parte importante de nuestra composición psicológica y afecta a nuestra vida emocional. Las emociones adultas muchas veces surgen porque el objetivo de proteger y reforzar esa identidad egoica se ha visto satisfecho, como en el orgullo, o frustrado, como en el enojo, la culpa y la vergüenza. La ansiedad, por otro lado, es más sutil en comparación; nos sentimos ansiosos cuando los significados personales que tenemos sobre nosotros mismos y el mundo- el centro de nuestra misma existencia psicológica se ven amenazados (Lazarus y Lazarus, 1994).

Las criaturas inteligentes perciben y comprenden el mundo que les rodea. Para sobrevivir y progresar necesitan decidir si los acontecimientos son o no importantes para su bienestar. Sin un significado personal no existe emoción. La valoración es un juicio que evalúa este significado. Es el proceso principal del

razonamiento del cual dependen las emociones, el corazón del proceso emocional. La valoración se base en la inteligencia y depende de aquello que sabemos sobre cómo funcionan las cosas en el mundo. Desde la infancia aprendemos lo que es probable que acontezca cuando se dan ciertos eventos y qué se podría hacer acerca de ello. Todas las criaturas vivientes se enfrentan a amenazas a su integridad, ya sea por parte de depredadores, enfermedades, accidentes y, en el caso de las personas, de las relaciones sociales. También se encuentran con oportunidades de progreso. Los seres humanos pueden anticipar el futuro y hacer planes. Tomamos aquello que nos interesa e influimos en aquello que deseamos que pase o que no pase. Y esta capacidad nos permite tener unas sociedades y unas relaciones sociales extremadamente complejas y una rica vida emocional (Lazarus y Lazarus, 1994).

3.4 Significado personal

El significado personal, es lo que genera nuestras emociones, es producto de una valoración. Las relaciones persona-entorno que producen emociones suelen ser las que tienen lugar con otras personas, por ejemplo, padres, hijos, hermanos, amantes, amigos, tutores, jefes, subordinados, profesores, estudiantes y competidores. Ello quiere decir que los significados personales también son de relación, es decir, que tienen que ver con cómo las relaciones afectan a nuestro bienestar. Algunas personas en particular son tremendamente importantes para

nosotros. Nos hemos comprometido con ellas o con sus causas y, por ello, sus acciones y reacciones tienen mucha fuerza para afectarnos. Pueden ayudarnos a conseguir lo que queremos, pero también pueden impedirlo (Lazarus y Lazarus, 1994).

El significado personal de lo que está ocurriendo depende de la manera como actúa la otra persona en la relación. Nuestros objetivos y creencias sobre nosotros mismos y el mundo, y las acciones de la otra persona con la que estamos relacionándonos, se combinan para producir el significado personal que produce la emoción. Los significados personales, que cambian fácilmente con el fluir de los acontecimientos, están en el centro de toda emoción y contribuyen a la fluidez de las emociones (Lazarus y Lazarus, 1994).

Cada emoción tiene su propia y exclusiva trama argumental, que revela el significado personal que acarreamos, consciente o inconscientemente. Para comprender cada emoción, por ejemplo el enojo, la ansiedad, la felicidad, el orgullo, etcétera, tenemos que identificar la trama argumental en la que jugamos un papel.

El que no ocurra el acontecimiento, la ausencia de algo que esperamos, queremos o necesitamos, puede en realidad ser descrito como un acontecimiento, que sirve de provocación para una emoción negativa (Lazarus y Lazarus, 1994).

3.5 Biología y fisiología de la emoción

El córtex cerebral es la zona donde se da principalmente el pensamiento abstracto, que posibilita la previsión, la planificación y las complejas estrategias que nos ayudan a enfrentarnos a las tensiones de la vida. Los lóbulos frontales del córtex cerebral juegan un papel importante en las emociones.

Existen dos subsistemas antagónicos del sistema nervioso involuntario, uno llamado simpático, el otro parasimpático. Son especialmente importantes para nuestras emociones. La actividad de uno suprime los efectos del otro. La manera más fácil de comprender este antagonismo es recordar que el sistema nervioso simpático nos excita y moviliza para tratar con el mundo en condiciones de peligro, y la actividad parasimpática apaga estas alarmas (Lazarus y Lazarus, 1994).

En los años treinta el interés empezó a dirigirse también hacia las hormonas segregadas por las glándulas endocrinas, que también se activan cuando respondemos emocionalmente. Entre las más importantes están las glándulas suprarrenales, que segregan dos tipos de hormonas: la adrenalina y la noradrenalina. Son producidas por las partes interiores (o médula) de las

suprarrenales. Sus secreciones son estimuladas por el sistema nervioso simpático al primer signo de emoción.

Cuando se detona una emoción, estas hormonas son vertidas rápidamente en la sangre. Nos hacen sentir un torrente de excitación o nerviosismo y actúan sobre el cuerpo de manera muy similar a las del sistema nervioso simpático. El ritmo cardiaco se acelera, la presión sanguínea sube y la sangre es expulsada de las vísceras, como el estómago y los intestinos, para que acuda a las manos y a los músculos largos del cuerpo (Lazarus y Lazarus, 1994).

Las partes exteriores de las glándulas suprarrenales producen un conjunto diferente de hormonas, que también son importantes para la emoción. A estas hormonas se las llama corticosteroides (esteroides que se producen en la corteza). Los corticosteroides tienen profundos efectos sobre el metabolismo y ayudan a mantener la acción en una emergencia. No obstante, cuando se segrega un exceso de cualquier hormona en la corriente sanguínea, o si estas hormonas permanecen en el cuerpo durante demasiado tiempo, pueden acabar dañando los tejidos, produciendo lo que se suele llamar trastornos por estrés (Selye, 1976).

Para los propósitos de esta investigación, concluimos con esta referencia; Vida emotiva o vida afectiva es el complejo de reacciones psicofísicas que se asocian a

la vida mental de todo individuo y se indican generalmente con los términos de sentimientos o estados de ánimo (Enciclopedia Temática de Psicología, 1980).

Así mismo es importante mencionar que en el afecto están incluidas las emociones, son parte inherente y vital de los afectos.

CAPITULO 4

AGORAFOBIA

Agorafobia, miedo y evitación de lugares públicos, así como estar fuera de casa basados en la anticipación de experimentar niveles nocivos de ansiedad o ataques de pánico. También se considera agorafobia a la persona que tiene miedo a alejarse de casa, miedo a estar solo o lejos de ayuda, y miedo a los lugares públicos llenos de gente tales como calles, tiendas y autobuses. La mayoría de los agorafóbicos temen también que perderán el control sobre sus propias reacciones, y que su miedo quedará completamente fuera de control y les llevará a un ataque de pánico o a algo peor. Debido a este temor, tienden a evitar los lugares que pudieran provocarlo, y esta evitación tiende a convertirse en un hábito. A menudo se sienten mejor con alguien a quien conocen bien y de este modo, llegan a depender de tener un acompañante cuando salen de casa. Una vez que una persona evita regularmente salir sola de casa o evita muchos lugares diferentes por esta razón, se dice que padece agorafobia (Bados, 2000).

La agorafobia es una patología asociada, con altísima frecuencia, al pánico y que, en la mayoría de los casos, se desarrolla como consecuencia del mismo. Anteriormente se definía como el miedo a los espacios abiertos, de ahí su nombre, pues ahora era la plaza o mercado de las ciudades griegas (Cía, 2006).

Según el DSM-IV la agorafobia es el miedo a estar en lugares o situaciones de los cuales puede ser difícil o embarazoso escapar, o en los cuales pueda no disponer de ayuda en el caso de tener un ataque de pánico o síntomas similares a los del pánico (mareo, caída, despersonalización, desrealización, pérdida del control de esfínteres, vómito, molestias cardíacas). Como consecuencia de este miedo, la persona evita las situaciones temidas, las soporta con gran ansiedad o necesita ser acompañada.

4.1 Componentes de la agorafobia

Pueden distinguirse varios componentes en la agorafobia: evitación de situaciones temidas, temor en las mismas (ansiedad fóbica), ansiedad anticipatoria (preocupación por ansiedad/pánico, expectativas de ansiedad (pánico o peligro), miedo al miedo (miedo a reacciones somáticas, cogniciones catastróficas) y ataques de pánico o síntomas similares a los del pánico (mareo, vómito, molestias cardíacas, pérdida de control de esfínteres, despersonalización, desrealización) (Bados, 2000).

4.2 Situaciones evitadas y/o temidas y ansiedad anticipatoria

Ejemplos de situaciones temidas y evitadas en la agorafobia son cines y teatros, supermercados, clases, grandes almacenes, restaurantes, museos, ascensores,

auditorios o estadios, aparcamientos, lugares altos, lugares cerrados (túneles), espacios abiertos exteriores (campos, calles anchas, patios) o interiores (grandes habitaciones, vestíbulos), viajar en autobuses, trenes, metros, aviones, barcos, conducir o viajar en coche (en cualquier momento o en autopistas o vías rápidas), hacer colas, cruzar puentes, fiestas o encuentros sociales, andar por la calle, quedarse en casa solo, estar lejos de casa.

En los casos severos los pacientes pueden pasar la mayor parte del tiempo en casa en compañía de familiares y llegar incluso al enclaustramiento total en casa. El miedo o ansiedad no aparece sólo cuando la persona se encuentra en las situaciones temidas, sino también al anticipar estas situaciones, ansiedad intensa/pánico y/o consecuencias temidas. Esta ansiedad anticipatoria puede ser peor que la ansiedad experimentada en la situación temida y puede persistir largo tiempo después de que el paciente deje de experimentar ansiedad en la situación real (Bados, 2000).

4.3 Miedo al miedo

Los agorafóbicos tienen miedo de aquellas situaciones en las que consideran que pueden tener sensaciones somáticas de ansiedad o ataques de pánico o en las que creen que pueden ocurrir consecuencias dañinas o catastróficas. Por ello, otro

elemento fundamental del cuadro agorafóbico es el miedo al miedo, el cual tiene dos componentes o dimensiones:

-Miedo a las reacciones somáticas o activación fisiológica asociadas con la ansiedad. Este miedo surge normalmente en las situaciones externas temidas, pero puede darse también en otras situaciones como consecuencia del calor, hambre, actividad enérgica, pensamientos perturbadores u otros factores que produzcan activación fisiológica. Ejemplos de reacciones somáticas temidas son las de los ataques de pánico, piernas inseguras o poco firmes, tensión, dolor o malestar en el estómago, nudo en el estómago o en la garganta, debilidad, visión borrosa o deformada, rigidez, tensión o dolor muscular.

-Cogniciones de que experimentar sensaciones somáticas de ansiedad tendrá consecuencias dañinas o catastróficas de tipo físico (ataque cardíaco, vómito, desmayo) o social/conductual (pérdida de control, gritos, volverse loco). Ejemplos de estas cogniciones son: desmayarse, morir, tener un ataque cardíaco, tener alguna enfermedad, vomitar, ahogarse, quedar incapacitado, tener una hemorragia o tumor cerebral, perder el control. Volverse loco, provocar una escena, gritar, balbucear o hablar de un modo raro (Bados, 2000).

4.4 Susceptibilidad a la ansiedad

Estrechamente relacionado con el concepto de miedo al miedo está el de la susceptibilidad a la ansiedad, el cual se define como miedo a los síntomas de la ansiedad basado en creencias de que estos síntomas tienen consecuencias nocivas tales como enfermedad física o mental, pérdida de control, azoramiento o ansiedad adicional. El miedo al miedo y la susceptibilidad a la ansiedad están especialmente asociados con la agorafobia, pero aparecen también, aunque con menor intensidad, en otros trastornos: trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, fobias específicas, trastorno de ansiedad generalizada, depresión mayor, trastorno de pánico sin agorafobia (Bados, 2000).

Ataques de pánico:

Según el DSM-IV (2008) un ataque de pánico consiste en un periodo discreto de intenso miedo, aprensión, terror o malestar que va acompañado frecuentemente de una sensación de peligro o catástrofe inminente y de un impulso a escapar y durante el cual cuatro o más de los siguientes trece síntomas aparecen de repente y alcanzan su máximo en 10 minutos o menos: palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado; sudoración; temblores o sacudidas; sensaciones de falta de aire o ahogo; sensación de atragantamiento; dolor o malestar en el pecho; náusea o malestar abdominal; sensación de mareo, de inestabilidad o de desmayo; desrealización (sensaciones de irrealidad) o despersonalización (sentirse separado

de uno mismo); miedo a perder el control o a volverse loco; miedo a morir; parestesias (entumecimiento o sensaciones de hormigueo); ráfagas de calor o escalofríos. En general, los síntomas más frecuentes son palpitaciones, mareo, dificultad para respirar, sudoración y temblores/sacudidas, mientras que los menos frecuentes son parestesias y miedo a morir. Si hay menos de cuatro síntomas, el DSM-IV habla de ataques de síntomas limitados.

Los ataques de pánico pueden dejar a la persona agotada y con ansiedad residual moderada o elevada, pero no son peligrosos.

La edad media de comienzo de la agorafobia es de 28 años (la mediana de la edad de comienzo para el trastorno de pánico sin agorafobia es 24 años).

4.5 Causas de la agorafobia

Se origina en primer lugar, cuando el cuerpo reacciona a situaciones cotidianas como si estas fueran peligrosas o espantosas. En segundo lugar, esta originada por la preocupación que producen estas extrañas sensaciones y, en tercer lugar, por el hecho de que los agorafóbicos tienden a evitar los lugares relacionados con dichas sensaciones (Bados, 2000).

El pánico agorafóbico es diferente al miedo o shock corriente porque:

- a) No puede ser controlado muy fácilmente.

- b) Produce cambios corporales, como, por ejemplo, que su corazón lata más rápidamente.
- c) Es una reacción corporal automática
- d) Es lo mismo que el miedo, pero sin ningún peligro real.

No siempre es posible decir qué es lo que originó la extrema sensibilidad que conduce a la primera reacción de pánico. Algunas veces, se produce después de una enfermedad física o embarazo, cuando la resistencia física es baja; a veces se da después de un "shock" emocional y, en algunos casos, se produce en una época de tensión prolongada que se debe a alguna otra razón (Bados, 2000). Cualquiera que sea la causa, una vez que la extrema sensibilidad ha ocurrido unas pocas veces, comienza a suceder con más frecuencia en ciertos lugares. La razón de esto, es un tipo especial de aprendizaje que se llama condicionamiento. Llamando condicionamiento, al modo en que las reacciones de miedo llegan a asociarse o relacionarse con lugares o cosas determinados. Esta asociación se aprende de forma totalmente automática, es decir, sucede tanto si queremos como si no.

Condicionamiento significa:

- a) Asociación de una reacción con una situación
- b) Aprender a tener miedo

- c) Un estado de hipersensibilidad que sigue a una enfermedad
- d) Aprender que dos cosas siempre van unidas

4.6 Evitación agorafóbica

Los ataques de pánico y la evitación agorafóbica comienzan antes en personas que presentaron ansiedad por separación en la infancia, fobia escolar o neuroticismo alto. La agorafobia suele comenzar bien con una intensa ansiedad o ataques de pánico bien con episodios de ligera ansiedad que va creciendo gradualmente en intensidad a través de sucesivas ocurrencias hasta convertirse frecuentemente en un ataque de pánico. Por lo general, los agorafóbicos no pueden identificar la causa de sus síntomas somáticos de ansiedad y suelen interpretarlos como indicadores de grave peligro o catástrofe. Esta atribución catastrófica lleva a los agorafóbicos a consultar al médico de asistencia primaria o a diversos especialistas en medicina que, por lo general, no les encuentran nada anómalo. Finalmente, los agorafóbicos, especialmente aquellos con ataques de pánico u otros problemas importantes, terminan por solicitar ayuda psiquiátrica y/o psicológica (Bados, 2000).

La evitación agorafóbica puede darse sin ataques de pánico, puede preceder a los mismos o lo que parece más frecuente, al menos en la práctica clínica puede seguirlos ya sea de un modo relativamente inmediato o después de meses o

incluso años. Comience cuando comience la agorafobia, en muchos casos el número de situaciones agorafóbicas pueden fluctuar marcadamente con remisiones (generalmente parciales) y recaídas de duración variable. Una recuperación estable es improbable si no ha habido tratamiento o éste no ha sido del tipo adecuado. El 80% de los agorafóbicos no tratados no logran eliminar sus problemas. La remisión es más probable cuando la duración del trastorno es inferior a 1 año (Bados, 2000).

Las fluctuaciones de la agorafobia pueden ser debidas a múltiples factores entre los que se cuentan la compañía de una persona, animal u objeto en quien se confía, la cercanía a un lugar o zona de seguridad (hospital, consulta médica, estar al lado de la salida de un sitio) la ocurrencia de eventos estresantes, las preocupaciones, la fatiga y las enfermedades, el estado emocional (el enfado puede reducir la conducta de evitación, mientras que la depresión la aumenta), la anticipación de una situación temida, los cambios hormonales, la toma de alcohol, fármacos o drogas, el tiempo atmosférico (el calor y la lluvia pueden ser agravantes), la luz (si es intensa, ya sea solar o fluorescente, parece ser perturbadora) el ejercicio, hablar de los propios problemas con una persona de confianza, central la atención en algo diferente, considerar las cosas razonablemente y la probabilidad percibida de sufrir ansiedad severa/pánico en un día o momento dado (Bados, 2000).

4.7 Agorafobia y alcohol y/o drogas

Cabe mencionar que algunos agorafóbicos 13% usan alcohol y/o fármacos psicotropos para afrontar sus problemas de ansiedad, pánico y evitación. El abuso de estas sustancias parece ser mayor en la agorafobia que en el trastorno de pánico sin agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada, la depresión mayor, la fobia específica, la fobia social y el trastorno obsesivo-compulsivo. Aunque el alcohol puede reducir la ansiedad a corto plazo, es probable que este efecto se invierta a más largo término. Además, el abuso de alcohol y/o de otras drogas está asociado con un aumento del riesgo de intentos de suicidio en personas con trastorno de pánico con o sin agorafobia. Finalmente, el abuso de alcohol puede interferir con el tratamiento de la agorafobia al impedir la habituación de la ansiedad a través de las sesiones.

La relación entre la agorafobia y el abuso de alcohol no está clara. La ansiedad fóbica puede predisponer al desarrollo del alcoholismo (la persona buscaría aliviar su ansiedad y ayudarse para salir de casa), el alcoholismo puede crear o exacerbar la ansiedad (como consecuencia de la abstinencia, de la producción de ciertas sensaciones o de eventos estresantes inducidos por el consumo crónico de alcohol) o bien ambos pueden ser respuestas a un periodo de estrés. También es posible la siguiente secuencia: la ansiedad precede al abuso del alcohol, el cual es empleado

con fines ansiolíticos; pero el abuso de alcohol puede incrementar la ansiedad y se crea así un círculo vicioso (Bados, 2000).

4.8 Características personales y experiencias durante la infancia

Se ha dicho que los agorafóbicos se diferencian de las personas normales en una serie de características que contribuyen al trastorno: dependencia, poca asertividad, poca confianza en sí mismos, elevada ansiedad y retraimiento social, miedo a la evaluación negativa, alta búsqueda de aprobación, estrategias ineficaces para afrontar el estrés, tendencia a evitar en vez de afrontar los problemas, rasgo de ansiedad elevado, neuroticismo elevado e introversión alta. También se ha sugerido que la inhibición conductual ante lo desconocido es un factor de riesgo para el desarrollo de la agorafobia (aunque especialmente para la fobia social). Todas estas características podrían predisponer a una mayor ocurrencia de ciertos eventos estresantes (de tipo interpersonal) y a una mayor sensibilidad a los efectos de estos eventos. De todos modos, sin estudios longitudinales prospectivos no es posible saber si las características de personalidad mencionadas facilitan el surgimiento de la agorafobia o bien son una consecuencia de la misma; la influencia podría ser recíproca (Bados, 2000).

CAPITULO 5

TABACO Y TABAQUISMO

5.1 Historia del Tabaco

El tabaco pertenece al género *Nicotina tabaccum* de la familia botánica de las Solanáceas y es originaria de América. Es precisamente en estas culturas Mesoamericanas donde se tienen noticias del uso del tabaco principalmente en ceremonias rituales, ya que poseía un poder ritual y ceremonial. En todas las culturas prehispánicas de Mesoamérica, el tabaco jugó un papel ritual de extraordinaria importancia, siendo ofrenda común a un buen número de dioses, y siendo presencia obligada en las bolsas que portaban los sacerdotes al tener un uso mágico, religioso y medicinal (Becoña, Palomares y Gracia, 1994; Escotado, 1994; Lorenzo y Loza, 1998).

El uso del tabaco ha tenido diversos relatos entre los que se encuentran los siguientes; Colón en su diario nos describe como éste era usado al enrollar las hojas de la planta y formar con ellas un utensilio en forma de "Y", por la que se aspiraba el humo del tabaco al colocar las dos astas de la "Y" en la nariz y aspirar el humo una vez que se encendía el tabaco, en otras ocasiones, eran trozos de cañas huecas las que se usaban y en las cuales se introducía tabaco por una de sus partes y se prendía aspirando el humo por la otra. Así mismo, el médico sevillano Nicolás Monardes, autor de la Historia Medicinal de las Cosas que se

traen de Nuestras Indias Occidentales que Sirven en Medicina, en su primera parte publicada en 1565 incluye un capítulo en el que se refieren las virtudes medicinales del tabaco. También algunos frailes como Fray Bartolomé de las Casas es uno de los primeros en dar descripciones del uso del tabaco entre los sacerdotes prehispánicos (Lorenzo, 1998; Tapia, 2001).

Traída la planta de tabaco a España tras los viajes de Colón, su uso se extendió rápidamente por Europa, la primera impresión que ésta causó entre los europeos fue de desconfianza y temor dadas las descripciones hechas de sus efectos, ya que estos eran atribuidos al demonio, pero poco a poco esta desconfianza fue desechada, incluso hay noticias de españoles castigados por fumar en vía pública (Becoña et al, 1994).

El uso medicinal del tabaco tuvo su auge en el siglo XVI hasta el siglo XVIII en los que se ensalzaron sus virtudes terapéuticas, siendo que importantes médicos escribieran libros sobre sus propiedades curativas. Por lo que el principal interés por el tabaco surge de las investigaciones de Jean Nicot (al que se le debe el nombre de Nicotina) quien también fue el que introdujo su uso en Francia al enviarle en 1570 a la reina Catalina de Médicis polvo de hojas de tabaco para sus fuertes jaquecas. Al desaparecer las molestias de la reina, el tabaco se hizo popular en la corte francesa y luego en otras cortes europeas.

Unos años antes había comenzado a popularizarse en Inglaterra el tabaco por sus propiedades curativas y en distintos puertos de Europa y América comenzó a florecer su comercio y consumo, llegando en el siglo XVII a ser tan importante su valor que se utilizaba como moneda y como una de las fuentes de ingresos para algunos países, pero de la misma forma comenzó la prohibición de su uso.

Cabe citar que en 1604 el rey Jaime I prohibió su uso en Inglaterra; en 1624 el Papa Urbano VII publicó una bula en donde se consideraba al tabaco como un producto infernal, provocando que en algunos otros países se castigara con la pena de excomunión a aquel que fuera visto fumando tabaco o esnifando (inhaland) polvo de tabaco en la celebración de la misa (Becoña et al, 1994; Escotado, 1994; Lorenzo y Loza, 1998).

A lo largo de los siglos, sólo ha cambiado la manera en que se consume el tabaco (Mackay, Eriksen y Shafey, 2006), en el siglo XVIII fue el rapé, en el XIX el puro, y a principios del siglo XX el cigarro manufacturado. Desde que James Bonsack inventó la primera máquina para liar cigarros en 1881, y éstos comenzaron a fabricarse en serie y en grandes cantidades, el consumo de tabaco se extendió masivamente a escala mundial (BM, y OPS, 2000). Gracias a las aplicaciones tecnológicas el cigarro, a diferencia de otros tipos de tabaco (puros, pipas o pipa

de agua), resulta fácil de llevar y de usar, ya que los añadidos químicos aseguran que permanezca encendido. En los últimos años, debido a las cada vez mayores restricciones para fumar en lugares públicos, la industria tabacalera está promoviendo el consumo de tabaco sin humo (smokeless tobacco) cuyos principales productos son el snus (tabaco húmedo picado en trozos grandes o finos, que se coloca entre el labio superior y la encía), el rapé (tabaco en polvo que se aspira por la nariz) y el tabaco para masticar (en hoja o pastilla)

5.2 Principales componentes del humo del tabaco.

La composición química del tabaco es muy variada puesto que se han encontrado casi 4000 sustancias producidas por la combustión (quema) de la planta (Benowitz, 1988). Éstas se agrupan en gases y partículas de otras sustancias, pero la proporción de cada una de ellas en el aire que inspira el fumador está sujeta a factores como: la variedad de tabaco, la mezcla de saborizantes, colorantes y conservadores, los agentes que aumentan la combustión, el tamaño del cigarrillo, etc (Brailowsky, 2003).

Dentro de estos 4,000 componentes producto de la combustión, los más importantes que podemos encontrar son la nicotina, el alquitrán y el monóxido de carbono (Becoña et al, 1994; Lorenzo y Loza, 1998; Tapia, 2001).

Nicotina

Es el principal alcaloide que contiene la planta del tabaco, al sintetizarse en forma líquida es oleaginoso e incoloro, pero al entrar en contacto con agua adquiere un color amarillo para poco después obtener un color pardo oscuro, se disuelve fácilmente en agua y en alcohol. La nicotina existente en cada uno de los cigarrillos estándar es aproximadamente entre 0.9 y 2.4 mg, y de esta solamente se inhala un tercio, mientras que el resto pasa a la atmósfera (Velasco y González, 1988). Además la nicotina es el componente psicoactivo del tabaco, tiene la propiedad de ser altamente adictiva para el organismo, misma a la que se le atribuye el fracaso para dejar de fumar (Benowitz, 1998).

Cabe mencionar que el 1% del peso de una hoja de tabaco está formado por nicotina (Goldestein, 2003).

La nicotina es metabolizada principalmente por el hígado y el pulmón y se excreta por la orina (Ladero, et al., 1998).

La nicotina dura alrededor de 2 horas en el organismo por cada cigarrillo fumado, pero la sensación de placer que produce en el cerebro tan sólo permanece 30 segundos (Feldman, et al., 1999), tardando en llegar a los receptores nicotínicos alrededor de 7 segundos (Feldman, et al., 1999). Es decir, el adicto se despierta

cada mañana con una concentración residual muy baja en la sangre y el cerebro, que lo lleva a un estado de abstinencia (Ladero, et al., 1998).

La nicotina es la droga contenida en el tabaco, la cual se transporta rápidamente por todo el organismo gracias a su solubilidad en el agua y los lípidos. Una vez en el organismo se concentra en el cerebro, la pituitaria y las glándulas suprarrenales (Bobes, et al., 2002 (A); Leshner, 2004). La nicotina pasa desde la sangre a todos los lugares del cerebro pero sólo actúa en donde se encuentran los receptores colinérgicos nicotínicos que son los receptores de la acetilcolina, en los que tienen una elevada afinidad (Goldestein, 2003). Este tipo de receptores de la acetilcolina están en la médula adrenal, las conexiones neuromusculares y el cerebro (Benowitz, 1988).

La nicotina se absorbe inicialmente en el árbol bronquial para pasar después a los alvéolos pulmonares, aunque ello depende del pH del tabaco; en los cigarros el pH es ácido y se absorbe por el árbol bronquial y los alvéolos pulmonares, mientras que en los puros, la nicotina tiene un pH alcalino y se encuentra en forma de sales básicas, estas sales al disolverse en la saliva son absorbidas por la mucosa bucal y por los plexos venosos sublinguales. Tanto la nicotina como los otros compuestos de los puros afectan en menor medida al organismo, pues las inhalaciones son más suaves y menos profundas y la nicotina es absorbida por la boca, mientras

que en los cigarros se tienen que hacer inhalaciones más profundas para que la nicotina sea absorbida por los pulmones para así mantener su nivel en la sangre, llegando de esta manera más sustancias nocivas a los pulmones.

La nicotina actúa a diferentes niveles según la dosis existente en el organismo (Lorenzo y Loza, 1998; Velasco y González, 1988) sus principales reacciones son las que a continuación se mencionan:

En el sistema nervioso central, actúa como estimulante aumentando el grado de atención o alerta y la capacidad de percepción mental, facilitando así la memoria y el tiempo de reacción. A dosis tóxicas produce temblores y convulsiones, excitación respiratoria y vómito. Estimula también centros respiratorios, vasomotores, además de desincronizar el electroencefalograma.

En el sistema periférico, ejerce un efecto inicial transitorio estimulante seguido del efecto depresor de los ganglios autónomos, de manera similar actúa en el músculo esquelético.

En la glándula suprarrenal, produce la liberación de pequeñas cantidades de adrenalina que actúan sobre el aparato cardiovascular.

En el aparato cardiovascular, produce bradicardia inicial seguida de taquicardia y vasoconstricción con aumento de la presión arterial que puede ir seguida de vasodilatación.

En el aparato respiratorio, causa ruptura de los tabiques alveolares, fibrosis y engrosamiento de las paredes de las arterias pulmonares además de los cambios metaplásticos del epitelio respiratorio.

En el aparato digestivo, aumenta el tono de la actividad motora del intestino (peristaltismo) por estimulación parasimpático, con aumento en la secreción salival seguida de una disminución de la misma.

En ojos y vejiga causa irritación. En riñón tiene un efecto antidiurético por la liberación de vasopresina a través de la neurohipófisis. En sangre desciende los niveles plasmáticos de insulina elevando los niveles de glucosa.

Se han hecho estudios que muestran cuatro sistemas importantes que se activan en el cerebro al contacto con la nicotina (Volkow, et al., 2003) y que intervienen en el proceso de la adicción, estos son: el de recompensa (núcleo acumbens y el área ventral tegmental), el de la motivación (corteza orbitó frontal), el de la memoria (amígdala e hipocampo) y el del control (corteza prefrontal y giro

cingulado) (Volkow, et al., 2003; Feldman, et al., 1999). Se ha encontrado que todos los circuitos mencionados trabajan juntos y cambian con las experiencias. En la adicción, el decremento de la sensibilidad a la recompensa, motivación y circuitos de memoria lleva a la inhibición del control de los impulsos dado por la corteza prefrontal (Volkow, et al., 2003; Maisto, et al., 1999).

Alquitrán.

Es uno de los principales componentes sólidos del cigarro, se trata de una sustancia untuosa, de color oscuro, olor fuerte y sabor amargo, se desprende por la combustión del papel del cigarro y del tabaco. Es muy nocivo para la salud pues contiene numerosos carcinógenos, siendo de los más importantes los hidrocarburos policíclicos, además de contener una gran cantidad de sustancias irritantes (Lorenzo y Loza, 1998).

La cantidad de alquitrán que produce el humo del cigarro varía según la longitud del mismo, el uso o no del filtro, la porosidad del papel, el contenido de tabaco, el peso y la clase de este (Becoña et al, 1994; Lorenzo y Loza, 1998; Samet, 2002; Tapia, 1980).

Monóxido de carbono (CO).

Es un gas incoloro e inodoro que se produce en la combustión del tabaco y el papel del cigarro, posee un elevado nivel tóxico. La proporción de este gas en el humo del tabaco es de 2% en los cigarros, de 1 a 3% en la pipa y del 6% en el puro. En la sangre el monóxido de carbono se combina con la hemoglobina (Hb) formando la carboxihemoglobina (COHb), sustancia que desplaza el oxígeno de los pulmones impidiendo así un adecuado abastecimiento de oxígeno a los distintos tejidos y órganos del cuerpo. Es el factor de mayor responsabilidad en producir infartos al miocardio, muerte súbita en infantes, arterioesclerosis y enfermedades respiratorias crónicas.

La carboxihemoglobina tiene una vida media de cuatro horas en el organismo y se elimina proporcionalmente con la actividad del individuo y su ventilación pulmonar (Becoña et al., 1994; Lorenzo y Loza, 1998; Tapia, 1980).

Como consecuencia de esta gran cantidad de compuestos químicos que se desprenden del humo del cigarro, se han incrementado de manera importante la mortalidad y morbilidad atribuible al consumo del tabaco en México y el mundo (Tovar, Barquera y López, 2002)

5.3 Tabaquismo en México

En México hay aproximadamente 14 millones de fumadores, de ellos el 66% son varones y el 33.3 % son mujeres según la ENA del 2002, indicándonos que el 26.4% de los mexicanos entre 12 y 65 años fuman. La mortalidad en nuestro país por causas relacionadas al tabaquismo es de 147 personas al día, dando un total de 53,000 al año (Kuri, Alegre, Mata y Hernández, 2002).

Los daños producidos por fumar en exceso no se presentan de manera inmediata, sino que existe un periodo de latencia que puede ser de muchos años entre el inicio de la conducta de fumar y la aparición de los primeros síntomas relacionados con este hábito, por lo que la persona que se inicia en el tabaquismo está exponiendo a su organismo a un riesgo que en el futuro lo hará adquirir enfermedades crónicas que están directamente o indirectamente asociados con la conducta de fumar. Entre estos padecimientos se pueden mencionar como las más importantes a las enfermedades respiratorias, las enfermedades cardiacas y diversos tipos de cáncer (INER, 1991; Kuri et al., 2002; Salazar, Sánchez, López Estrada, Lazcano y Hernández, 2002; Tovar, et al., 2002).

De acuerdo a varias investigaciones realizadas en México, acerca del hábito del tabaco por año encontramos lo siguiente:

En 1980, en un estudio realizado en una población estudiantil de 14 a 18 años de nivel medio y medio superior, el 47% de los estudiantes reportó fumar ocasionalmente y el 23% de manera regular (Castro y Maya y Aguilar, 1982). Estos datos muestran que al menos casi la mitad de los estudiantes de secundaria y preparatoria prueban el tabaco, pudiendo estar en riesgo de adquirir el hábito.

En 1983, investigaciones realizadas en diversas instituciones de salud reportan que entre el 25% y el 37% del personal médico y paramédico son fumadores, el 11% fuma 15 o más cigarrillos; el 50% se inició en el hábito entre los 10 y los 19 años; el 56% había intentado dejar de fumar, sin lograrlo (Noriega y Puente, y de la Garza, 1983). Estos datos indican que a pesar de conocer los daños que el tabaco ocasiona al organismo, la gente sigue fumando.

En 1983 en una encuesta aplicada por el Instituto Nacional del Consumidor a estudiantes fumadores del nivel medio superior, se encontró que el promedio de consumo de cigarrillos por día era de 2.5 y la edad de inicio era entre los 13 y 14 años. Esta misma investigación reportó que la mayoría de los estudiantes han tenido acceso e información acerca de los efectos nocivos que provoca el consumo del tabaco. Aproximadamente el 78% afirmó que el cigarrillo es un tranquilizante durante los exámenes y el 56% consideró que es en la escuela y con los amigos donde se fuma más (Instituto Nacional del Consumidor, 1985). Nuevamente

encontramos en estos datos que la información acerca de los daños del tabaco en el organismo, no inhibe el consumirlo.

En 1984 se realizó una encuesta con 180 pacientes de consulta externa del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (Puente, 1984) en la que se encontró que el 37% continuaba fumando a pesar de su enfermedad; 24% informó haber fumado regularmente en el pasado y 39% nunca lo había hecho. Estos datos muestran que la mayoría de los pacientes de consulta externa que acudieron al INER fumaba y posiblemente acudieron por ya sentirse enfermos.

En este mismo año, en un estudio realizado en Petróleos Mexicanos, se reporta que el 40% de los trabajadores eran fumadores y el 26% ex - fumadores. De los fumadores, 40% habían iniciado su hábito antes de los 20 años y el 41% había intentado dejar de fumar sin éxito (Lara y Balzaretti, 1984) lo que muestra que la mayor parte de los trabajadores de PEMEX tiene o tuvo el hábito tabáquico.

Narváez (1985), realizó una encuesta entre derechohabientes de 28 clínicas del Instituto de Seguridad de Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y encontró que el 23% de las mujeres encuestadas eran fumadoras eventuales y el 61% nunca había fumado. Del grupo de hombres, 41% eran fumadores y el 10% alguna vez había fumado.

En 1988 en un esfuerzo a nivel nacional se realizó una encuesta acerca de sustancias adictivas, entre ellas, el tabaco (Dirección General de Epidemiología, 1990).

La Encuesta Nacional de Adicciones forma parte de la línea de investigación epidemiológica desarrollada por el Instituto Nacional de Psiquiatría y uno de sus objetivos es tener un diagnóstico actualizado del problema de consumo de sustancias adictivas en México, en lo referente a la extensión del consumo, la identificación de los subgrupos afectados y las tendencias del fenómeno. Esta encuesta se realizó en una población de 12 a 65 años de edad, residente en las zonas urbanas del país, en 15 mil viviendas visitadas (12,581 entrevistas).

Al evaluar la frecuencia de cigarrillos consumidos por una persona se encontró que el 48.8% de la población que fuma a diario consume de 1 a 5 cigarrillos; el 34.4% de 6 a 15; y el 16.8% son dependientes del tabaco al fumar 16 cigarrillos o más cotidianamente. Vista esta información por sexo, resulta significativo encontrar que los fumadores dependientes casi duplican a su contraparte del sexo femenino con porcentajes de 19.5 y 10.1, respectivamente.

Los principales motivos de inicio en el hábito referidos por los fumadores, son la curiosidad (46.1%) y el fumar porque las amigas o compañeros lo hacen (34%).

Se encontró que la edad de inicio en el hábito es temprana puesto que: el 52.1% de los fumadores inició el hábito antes de los 17 años de edad (36% antes de los 12 años) y el 42.4%, entre los 18 y 29 años.

En cuanto a las razones para continuar fumando, el 37% lo hace por la costumbre; el 31% por gusto; y el 14.4% como un medio para tranquilizarse.

(Tapia-Conyer y colaboradores, 1990) en un análisis acerca del hábito de fumar en la Ciudad de México, concluyen que uno de cada tres habitantes de entre 12 y 65 años de edad fuma y se le puede describir como un individuo generalmente del sexo masculino, entre 18 y 29 años de edad, que se inicio en el hábito entre los 12 y los 17 años, por curiosidad o por imitación, que consume de manera cotidiana entre 1 y 10 cigarrillos, que tiene una inclinación importante a fumar con mayor intensidad en reuniones sociales y en cantidad directamente proporcional a su consumo de alcohol. Además, se encuentra en una situación laboral activa y continúa en el hábito por costumbre.

Por otro lado, la mujer fumadora que reside en la Ciudad de México es generalmente joven y se inicia en el hábito después de los 15 años, sobre todo si en su familia existen fumadores. Tiene un nivel educativo superior o profesional, fuma cotidianamente entre 1 y 10 cigarrillos y lo hace con mayor intensidad en reuniones sociales. Generalmente no cuenta con empleo económicamente remunerado. La población femenina continúa fumando por costumbre y por gusto. En ella tiene un gran peso para continuar fumando el efecto tranquilizante del hábito. Sin embargo, también influye el hecho de no poder dejar de hacerlo.

Velázquez (1992), estudió la prevalencia y consumo del tabaco en una población estudiantil de siete escuelas secundarias del D.F. La población fue de 581 hombres y 482 mujeres de 11 a 18 años de edad. La prevalencia de fumadores de la población fue de 19%, siendo que los hombres (20.48%) presentaron una mayor prevalencia de consumo en comparación con las mujeres (17.43%), aunque la diferencia no es estadísticamente significativa.

En cuanto a la edad, las mujeres y los hombres fuman con mayor frecuencia a los 14 años y esta situación tiende a incrementarse de manera proporcional a la edad. Respecto a la cantidad de cigarrillos a partir de los 14 años, el número más frecuente de cigarrillos consumidos es de 1 a 5.

5.4 Juventud y Tabaquismo

Con el propósito de analizar la evolución del consumo de tabaco entre los jóvenes de países de todo el mundo, la Organización Mundial de la Salud y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos iniciaron en 1999 el proyecto "Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes" (Global Youth Tobacco Survey, GYTS), utilizando muestras representativas de alumnos de 13 a 15 años de edad. La encuesta se ha aplicado a 52 países de siete regiones del mundo: África, Mediterráneo Oriental, Europa, Pacífico Occidental, América, Sudeste Asiático (CDC, 2008b). Los resultados preliminares mostraron que el consumo se situaba entre un mínimo de 10% y un máximo de 33% (Warren et al., 2000). En México

se ha aplicado la GYTS a 42,024 estudiantes de 492 escuelas secundarias públicas, privadas y técnicas de 10 ciudades durante el periodo 2003-2005. La prevalencia de fumadores en el mes anterior a la encuesta en esta población estudiantil fue de 19.96% (IC95% 18.1-21.8) (Valdés-Salgado et al., 2006).

Según la Encuesta Nacional de Adicciones, en México la prevalencia de fumadores entre los adolescentes de 12 a 17 años de zonas urbanas era de 7.7% en 1988, de 11.6% en 1998 y de 10.1%(más de un millón de individuos) en 2002 (SSA, 1990, 1998; INEGI, 2002); en cuanto a la población rural, la frecuencia de fumadores fue de 6.1%. En los jóvenes de 18 a 29 años se observó la mayor prevalencia de fumadores, tanto en población urbana (40.8%) como rural (28.8%). Alrededor de la mitad de los adolescentes (47.6% de los habitantes de zonas urbanas y 50.5% de los de áreas rurales) comenzaron a fumar entre los 15 y los 17 años.

En un estudio documental que analiza las tendencias del consumo de tabaco entre los alumnos de nuevo ingreso a la UNAM (de 14 a 25 años), se encontró un aumento en la prevalencia de consumo de tabaco, particularmente en las edades menores de 18 años y entre las mujeres. Los estudiantes de situación económica más favorable mostraron una mayor incidencia de inicio de consumo (Valdés-Salgado, Micher, Hernández, Hernández y Hernández-Ávila, 2002).

En un estudio efectuado en la Ciudad de México con estudiantes de universidades privadas, cuya edad promedio fue de 19.5 años, se encontró que 76.1% de los hombres y 62.4% de las mujeres dijeron ser fumadores (Calleja, 1998); en cambio, en una universidad pública, la prevalencia general fue de 46.2% (Martínez Berriozábal, 2008).

5.5 Enfermedades pulmonares asociadas con la conducta de fumar.

Bronquitis crónica.- se caracteriza por un estado de inflamación permanente en los bronquios de las vías respiratorias, sus principales síntomas son la tos y la expectoración de flemas que va empeorando con el paso del tiempo, sobre todo, en las personas que continúan fumando y tienen gripas e infecciones repetidas.

Enfisema pulmonar.- consiste en la destrucción de las fibras elásticas de los alvéolos pulmonares (sacos de aire del pulmón) provocando que los pulmones se queden expandidos, generando una ventilación deficiente que trae como consecuencia la falta de aire cuando se realiza un esfuerzo, ya que se reduce el aporte de oxígeno a una cuarta o quinta parte de lo normal. Este daño es irreversible aún si deja de fumar el individuo por el daño que encuentra establecido (INER, 1991; Samet, 2002).

Cáncer pulmonar.- Este constituye la forma de neoplasia maligna más frecuente en los países desarrollados, con alrededor del 80% de ellos directamente atribuibles al tabaquismo (US Department of Health and Human Services, 1982). En este contexto, numerosos estudios realizados en varios países han demostrado –con consistencia- la especificidad y naturaleza temporal de la asociación entre tabaquismo y algunas variedades histológicas de cáncer pulmonar.

5.6 Enfermedades cardiovasculares.

a) Hipertensión arterial,. Se caracteriza por una presión muy alta en el flujo de los vasos sanguíneos, provocando una sobrecarga para el corazón al enfrentar una resistencia mayor. La hipertensión arterial conduce a la arterioesclerosis.

b) Arterioesclerosis.- se caracteriza por una acumulación anormal de grasa y calcio en las paredes de las arterias, ocasionando que los vasos sanguíneos pierdan elasticidad y se estrechen, por lo que se dificulta el paso del flujo sanguíneo conduciendo a problemas de irrigación y oxigenación.

c) Infarto al miocardio.- o ataque al corazón, se refiere a la obstrucción total de una de las ramas de las arterias coronarias. Al producirse un coágulo se origina una obstrucción en una zona del músculo cardíaco que al quedar sin irrigación sanguínea se infarta y muere.

El tabaquismo aumenta la tendencia de coagulación de la sangre. En esta enfermedad, los efectos nocivos del tabaco se deben a la acción del CO (monóxido de carbono).

d) Embolia y accidente cerebrovascular.- son términos que se refieren a las consecuencias clínicas de las hemorragias dentro del cerebro o a la muerte de tejido cerebral que se produce por una oxigenación insuficiente. La embolia sucede si un coagulo, se genera localmente o se mueve desde un sitio distante obstruye un vaso sanguíneo, o por el sangrado dentro del cerebro.

La evidencia epidemiológica muestra que la relación entre la conducta de fumar y las enfermedades cardiovasculares es impresionante, ya que la frecuencia del infarto al miocardio y la muerte por enfermedad coronaria es de un 70% mayor en fumadores que en no fumadores. El riesgo de estas enfermedades aumenta con el número de cigarros fumados al día y con la duración del hábito; ya que las personas que fuman 20 o más cigarrillos tienen aproximadamente 3 veces más peligro de un infarto que los que no fuman.

Aunque dejar de fumar puede ayudar a disminuir este riesgo, se ha observado que éste disminuye inmediatamente al dejar el hábito, y luego de mantenerse en

abstinencia por un año se ha logrado disminuir el riesgo a la mitad en comparación de un fumador habitual (INER, 1991; Salazar, et al, 2002; Tapia, 2001).

Para considerar la conducta de fumar como una adicción a una droga, en este caso la nicotina, utilizaremos la siguiente clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde al referirnos a una droga hablamos de aquella sustancia psicoactiva con acción reforzadora positiva, capaz de generar dependencia física, psíquica o ambas y que ocasiona en muchos casos un grave deterioro psicoorgánico y de la conducta social (Lorenzo y Loza, 1998).

El tabaquismo es considerado como una enfermedad sistémica progresiva asociada a la adicción o dependencia psíquica o psicológica.

5.7 Adicción a la Nicotina

El término adicción deriva de la palabra en latín "addicere" de "sentencia". Quien es adicto a una droga es, en cierta forma, sentenciado involuntariamente a cubrir obligatoriamente las demandas de su dependencia a la droga (Carlson, 2001).

Hasta ahora se sabe que la adicción a la nicotina mantiene la conducta de fumar por dos tipos de componentes que son las que crean la adicción: 1) La dependencia psicológica y 2) La dependencia física. La conducta de fumar es un

hábito creado por razones multifactoriales: tiene una parte de predisposición genética, de contenido social y de contenido cultural, etc (Volkow, et al., 2003). La adicción conlleva a un hábito, que es la costumbre de consumir una sustancia por haberse adaptado a sus efectos (Ladero, et al., 1998). Hoy en día tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Sistema de Clasificación de Enfermedades (CIE.10), como la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), afirman que la costumbre de fumar es una auténtica dependencia a la nicotina (Lacero, et al., 1998).

Dependencia Física.

Es definida como la necesidad compulsiva por fumar cuando los niveles de nicotina en sangre se encuentran bajos por el abandono o retirada del tabaco.

Resulta de un proceso de adaptación biológica por la tolerancia que se ha desarrollado a los efectos iniciales de la nicotina, llegando a necesitar cada vez una mayor dosis para obtener los mismos efectos que anteriormente se obtenían a dosis pequeñas. El efecto de recompensa que se obtiene al fumar puede ser un incremento de la energía, relajación, placer y una alteración en el estado de ánimo inhibiendo o amortiguando la inquietud emocional e incrementando la habilidad para enfrentarse con los problemas de cada día. Por lo que se requiere de la administración continua de nicotina para evitar las desagradables sensaciones fisiológicas que se presentan cuando ésta decremента en sangre. La dependencia

física es menos marcada en drogas estimulantes como la nicotina a diferencia de drogas depresoras como el alcohol o sedantes (Becoña, et al., 1994; Lorenzo y Loza, 1998; Sansores, Córdoba, Espinosa, Herrera, Ramírez, Martínez & Villalba, 1998).

Otra definición para la dependencia física es la siguiente: "es un estado adaptativo que se manifiesta a sí mismo por intensas disfunciones físicas cuando se suspende la administración de la droga" (Carlson, 2001).

Dependencia psicológica

Es el resultado de la relación de un evento placentero (reunión social, tomar una taza de café, etc.) con un objeto específico (cigarro, puro) que al ser asociado repetidamente, se llega a requerir para obtener placer con la presencia o administración periódica de uno cuando el otro ocurre. Esto es lo que provocaría que la dependencia psicológica sea más difícil de controlar, ya que se ha asociado el fumar con situaciones gratificantes o relajantes por sí mismas.

La dependencia psicológica es una situación compleja, y la intensidad y rapidez con que se establece así como la dificultad para salir de ella una vez establecida es variable y depende de varios factores (personales, educativos, sociales, ambientales, motivaciones, etc.) Además de que también están los relacionados a

la nicotina: como su eficacia, vía de administración y propiedades. Por lo tanto, la dependencia psicológica es el fenómeno clave de la adicción (Becoña, et al., 1994; Lorenzo y Loza, 1998; Sansores y Espinosa, 1999).

La dependencia psíquica se caracteriza por los efectos reforzantes conductuales tanto negativos como positivos y que son propiedades de las drogas (Koob y Bloom, 1998), definiéndose como "un grupo de síntomas y condiciones cognoscitivas, conductuales y psicológicas que indican que la persona ha perdido el control de sus impulsos respecto a la administración de la sustancia" (Koob y Bloom, 1988).

Según Russel, Peto y Patel (1974) fumar es reforzante por varias razones:

Primero: por los efectos psicosociales, o sea, por la imagen de inteligencia, precocidad y satisfacción que se han asociado al fumar;

Segundo: por la gratificación sensorio-motriz que produce a nivel oral, manual y respiratoria;

Tercero: porque se le adjudican efectos sedativos y tranquilizantes;

Cuarto: porque se le considera también un estimulante.

Este modelo propuesto por Russell, Peto y Patel (1974), también sugiere como cada una de las diferentes formas de fumar depende de diferentes clases de reforzadores:

-Los farmacológicos, en donde el fumar es motivado para obtener los efectos de la nicotina en el organismo, o para obtener los efectos de la nicotina en el organismo, o para evitar los efectos de la supresión de ésta, y se incluyen los tipos de tabaquismo de estimulación, necesidad y hábito.

-Los no farmacológicos, en donde el fumar no tiene ningún tipo de reforzador ocasionado por la nicotina, y se incluyen los tipos de tabaquismo psicosociales y sensoriomotrices.

Estos reforzadores van en una progresión desde los no farmacológicos hacia los farmacológicos.

5.8 Formas de fumar.

Russell, Peto y Patel (1974) utilizan un cuestionario relativo a las diferencias en el fumar, las motivaciones, gratificaciones, estilos y situaciones en las cuales ocurre el hábito, y clasifican en siete grupos o categorías a los fumadores.

a) Tabaquismo psicosocial:

En esta categoría las gratificaciones obtenidas son todas psicosociales. Se utiliza el valor simbólico de fumar para crear una imagen, ya sea de intelectualidad, sensualidad, sofisticación, etc. Ayuda a tener una imagen social deseada y a

conformar y ganar aceptación en determinado grupo. Esta imagen es obviamente de mayor relevancia para el quinceañero, y esta forma de fumar está ampliamente confinada a los primeros estadios de tabaquismo, que ocasionalmente se dan en la adolescencia.

Los fumadores que caen dentro de este grupo tienen una forma de fumar intermitente y una tendencia a hacerlo mayormente en situaciones sociales. Fuera de éstas, el deseo de fumar es poco. Para la mayoría, la rápida absorción de nicotina asegura la evolución a fumar por las recompensas farmacológicas.

Pocos son los fumadores, en especial los que nunca le dan el golpe, en que puede persistir durante muchos años esta forma psicosocial de fumar.

b) Tabaquismo sensorio-motor (manipulación):

Este incluye el goce de numerosas sensaciones, no farmacológicas de fumar y el uso de manipulaciones orales, manuales y respiratorias para procurarse placer y una compleja serie de reducciones de tensión.

La apariencia del paquete, la sensación del cigarrillo en la boca y en las manos, el acto mismo de encenderlo, la forma de tomar el cigarro, de golpearlo, de darle la chupada, el percatarse del acto, el olor, sabor y el sonido, todo ello contribuye a la elaboración de un ritual sensorio-motor complejo.

Es la repetición del ritual por sí mismo lo que es gratificante, mucho más que cualquier efecto farmacológico. Esto es especialmente evidenciado en el fumador

de pipa, en el cual la limpieza minuciosa y el encendido, finalizan con una o dos bocanadas, generalmente sin inhalación.

Comparado con el fumador que busca una gratificación farmacológica se ha reportado que únicamente el 11% de los fumadores de pipa consideran el aspecto farmacológico importante (Aragonés, 1981).

c) Tabaquismo por indulgencia (relajación)

Esta es la forma más común del tabaquismo y es característica de la mayoría de los fumadores leves o moderados que fuman menos de 20 cigarrillos al día.

El fumador indulgente fuma por placer, mayormente en períodos de descanso o relajamiento, cuando fumar puede ser deliberadamente gozado y saboreado. Existen muchos de estos instantes, por ejemplo, después de los alimentos, durante las pausas en el trabajo, al tomar té, café, alcohol para aumentar el placer de las reuniones sociales.

A diferencia del tabaquismo psicosocial, este tipo de fumar ocurre indiferentemente cuando se está o no con la gente.

Otra característica de este tipo de fumar, es que no es totalmente regular, periodos de dos o tres horas son comunes, especialmente cuando el fumador está ocupado o absorto en algo. Fuera de algunas ocasiones, el tabaquismo de este tipo o produce ansiedad por fumar, incluso muchas veces el fumador se olvida del cigarrillo si lo tiene en la mano.

El tabaquismo por indulgencia se asocia a la inhalación y gran parte del placer de fumar se deriva del efecto farmacológico de la nicotina.

d) Tabaquismo sedante (reducción de tensión):

En este caso se fuma para tranquilizarse, para sobrellevar estados displacenteros de ansiedad o tensión. La frecuencia del tabaquismo varía ampliamente dependiendo de los estados emocionales. El efecto sedante esta proporcionado tanto por la acción farmacológica de niveles altos de nicotina como por el mantener las manos y la boca ocupadas.

Este tipo de tabaquismo es más común en las mujeres y también en gente tensa o nerviosa.

e) Tabaquismo estimulante:

En contraste con el tabaquismo por indulgencia que es llevado a cabo durante los periodos de descanso, el tabaquismo estimulante ocurre cuando el fumador está ocupado y activo. El uso es dado por la acción estimulante de la nicotina (niveles bajos), lo cual proporciona una exaltación subjetiva que ayuda a pensar, concentrarse, alejar la fatiga y mantener el desempeño adecuado durante las tareas monótonas.

Esta clase de fumadores también son comúnmente fumadores adictivos o automáticos.

f) Tabaquismo adictivo (necesidad):

En esta categoría los fumadores experimentan síntomas de supresión a los 20 o 30 minutos de no fumar. Se fuma para evitar o disminuir estados desagradables. Ya no se fuma tanto por el placer que ocasiona, sino por una necesidad. Pocos son realmente los cigarros placenteros.

No existe una relación de la frecuencia de fumar con los cambios de las situaciones externas. Se inicia inmediatamente al levantarse y cesa con el sueño.

En esta categoría el fumar es regulado para mantener un alto nivel de nicotina en el cerebro.

g) Tabaquismo automático (hábito):

Esta clase de tabaquismo se encuentra únicamente en fumadores que fuman por estimulación o por adicción o más comúnmente, por ambos.

El fumador se sorprende a sí mismo encendiendo un segundo cigarrillo, cuando todavía el primero no se ha terminado de consumir. Fumar se ha vuelto automático, particularmente en el encendido del cigarro.

Debe hacerse énfasis en que esta clasificación representa formas de fumar y no tipos de fumadores. Cualquier fumador puede participar en varios de estos tipos y no forzosamente en uno solo. Particularmente el tipo adictivo, automático y estimulante, tienen tendencia a encontrarse juntos en un solo fumador y representan un patrón químico adictivo de tabaquismo (Aragonés, 1981).

5.9 Personalidad y tabaquismo

Muchas han sido las investigaciones que estudian la relación de variables de personalidad con actividades de salud y el uso de drogas (Murdaugh y Hinshow, 1986; Sieber, 1990; Groebe y Campbell, 1990; Winefield, Winefield y Tiggeman, 1988; Poole y Evans, 1987; Marston, Jacobs y Singer, 1988; Arque y Torrubia, 1987; Lester y Parilis, 1986; Kozicki, 1986; Lavoubie, McGee y Connell, 1986; Von Knoring y Orelan, 1985).

En estos estudios principalmente se han investigado a los adolescentes y de manera global, los factores que parecen estar relacionados con el uso de drogas, son los siguientes:

- actitudes antisociales, depresivas e hipocondríacas.
- gran necesidad de alineación.
- alta tendencia a evitar la monotonía.
- características de extroversión.
- características de agresividad.
- alto grado de autonomía.
- gran impulsividad.
- consumo de los padres.

En relación con el tabaco, se han encontrado características del individuo que lo predisponen a su consumo, como es el tener una personalidad con una orientación

dependiente, tener pocos juicios de autoeficacia, tener sentimientos de desmoralización y necesidad de alineación social.

Greenberg y Bornstein (1988) señalan que un individuo con una personalidad de orientación dependiente, tiene un mayor riesgo de presentar una variedad de problemas psicológicos (incluyendo depresión, alcoholismo, obesidad y dependencia al tabaco) que uno que no la tenga.

Los autores antes citados, enfocan la acción de fumar, como una conducta simbólica, en donde se enfatiza la estimulación oral y significa un deseo infantil de ser cuidado; lo que sugiere que las personas de una orientación dependiente tienen conflictos orales infantiles no resueltos.

Los autores también encuentran que la gente dependiente, sin importar la fuente de su angustia, prefiere afiliarse más que aislarse. Esto ocasiona que el adolescente, o el adulto dependiente, si se relaciona con un grupo que consuma tabaco, por su necesidad de pertenecer a él, también lo haga.

Stacy, Sussman y Dent (1992), examinaron moderadores de la influencia social de los pares ("peer"), en los adolescentes que fuman, en 1,245 estudiantes de preparatoria. Encontraron que los juicios de autoeficacia moderan de manera significativa los efectos de la influencia social en las tendencias a fumar, a mayor

autoeficacia el adolescente es menos susceptible a las influencias sociales y por lo tanto tiene menor probabilidad de fumar.

La autoestima y el estres no fueron factores significativos en las interacciones evaluadas.

Los hallazgos son consistentes con las teorías que sugieren que ciertas variables situacionales y/o de personalidad actúan como amortiguadores, entre proteger al adolescente contra la influencia social o hacerlo más susceptible a tales influencias.

Winefield, Winefield y Tiggemann (1989), examinaron características demográficas (sexo, antecedentes étnicos y ocupación) y psicológicas (auto-estima, "locus de control", alineación social) de los usuarios y no usuarios de tabaco y alcohol.

Obtuvieron un reporta de 1,028 australianos de 19 años de edad, del uso de estas sustancias en la semana previa al estudio, y de 598 de ellos, se obtuvo información similar 3 años después.

Encontraron una asociación entre el fumar a los 22 años (particularmente comenzando entre los 19 y 22 años) y sentimientos de desmoralización y alineación social.

Ketterer y Maercklein (1992), encontraron en 240 pacientes propensos a tener enfermedades coronarias fumaban menos, que las personas que tenían personalidad tipo B, depresivas, ansiosas, y con características de irritación, enojo

e impaciencia, fumaban más. Proponen la hipótesis de que las características antes mencionadas interfieren con el dejar de fumar y evitar la recaída.

Así como se han encontrado características que predisponen al individuo al consumo del tabaco, también se han encontrado diversos factores que influyen en el éxito de su abandono.

Hao y Yang (1992), estudiaron los factores que intervienen en el éxito o fracaso del abandono del hábito tabáquico en 107 fumadores hombres y mujeres, que voluntariamente participaron en un programa de abandono tabáquico, llevado a cabo entre mayo y octubre de 1986.

Antes de realizar el programa, se identificaron los antecedentes de tabaquismo y actitudes de auto-confianza y de la familia. Al final del programa se realizó una autoevaluación y se examinaron estados desadaptativos y el estado actual de tabaquismo. Se aplicaron el Inventario de Personalidad de Eusenck y el de motivos de fumar de Russell.

Las variables que predijeron el éxito en el abandono del hábito tuvieron relación con el sexo, auto-confianza, deseo de mejorar la salud, apoyo familiar, experiencia previa en el uso de drogas, síntomas de abstinencia severos y síntomas psiconeuróticos.

Una prueba que se ha utilizado en el estudio del tabaquismo es la prueba del MMPI (Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota). En esta prueba se han encontrado valores predictivos de sus escalas, del éxito en los programas de abandono del hábito tabáquico (Barefoot, Smith y Dahlstrom, 1989; Cottraux, Schbath y Messy, 1986).

Barefoot, Smith y Dahlstrom (1989), entrevistaron a 239 médicos acerca de su nivel de fumar en 1981. Se utilizaron datos del Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota (MMPI) que se habían obtenido de los sujetos entre 1954 y 1959, cuando ellos todavía eran estudiantes de medicina.

84 sujetos que nunca habían fumado tuvieron puntajes indicativos de convencionalismo social (bajos puntajes de L, Pd; y altos puntajes en auto-control).

Un patrón similar existió entre 112 fumadores que abandonaron el hábito después de una historia relativamente corta de tabaquismo.

Comparado con los ex fumadores, 43 sujetos que continuaban fumando al tiempo del estudio, obtuvieron altos puntajes en las escalas de Pd y Ma.

Los resultados son consistentes con la noción de que los procesos de inicio y cese de fumar pueden ser divididos en varias etapas de desarrollo y sugieren que las diferentes variables de personalidad pueden ser importantes en estas etapas.

Cottraux, Schbath y Messy (1986) realizaron un estudio en el cual 558 fumadores se distribuyeron al azar en uno de 4 grupos (acupuntura, terapia conductual, placebo y lista de espera), integrados para abandonar el cigarro. La duración de estos grupos fue de 15 días. Se les administró el Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota (MMPI) antes, después y al año de haberse integrado en uno de los grupos antes mencionados.

El análisis de componentes principales aisló el factor depresión-psicastenia, contando con un 61% de la varianza de los puntajes del MMPI.

Cottraux, Schbath y Messy (1986) observaron que un número de escalas patológicas del MMPI predicen el fracaso en cualquiera de los grupos estudiados. La acupuntura tuvo mayor éxito cuando el perfil del MMPI era normal. La terapia conductual y el placebo tuvieron más éxito cuando el nivel de ansiedad del MMPI era anormal. Concluyen que los factores de personalidad se relacionan con la adicción al tabaco e influyen el éxito en los programas de su abandono.

Otra prueba que se ha utilizado en el estudio del hábito tabáquico es el Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad (16PF).

Glover, Holbert, Alston, White y Edmundson (1990) compararon a 48 fumadores con 32 ex fumadores utilizando el 16 PF. Encontraron que la característica de personalidad relacionada con el hábito tabáquico fue la de confianza-escepticismo.

Los sujetos fumadores fueron más escépticos y desconfiados que los ex fumadores, teniendo también niveles más altos de tensión interna y sentimientos de inseguridad.

Diversos estudios se enfocan a la investigación de las variables de personalidad que influyen en el hábito tabáquico, entre fumadores y no fumadores. La mayoría de ellos encuentran que hay diferencias entre ambos grupos, en las variables de extroversión (Kriebel, Ganz y Stacher, 1992; Tokheim, Wanzenried y Powell, 1990; Sieber y Angst, 1990; Patil y Chengti, 1987; Lester y Collins, 1988; Imperato y Mitchell, 1986), neuroticismo – emocionalidad- (Costa y McCrae, 1981; Nirmala y Swaminathan, 1985) y psicoticismo- dureza- (Fagestrom y Sawe, 1989; Bass, 1988; Gilbert, 1988; Boyd y Maltzman, 1982).

Kriebel, Ganz y Stacher (1992), al estudiar las características de personalidad de los fumadores y los no fumadores, se relacionan que los típicos fumadores son extrovertidos, en tanto que los típicos no fumadores son introvertidos. Encuentran que los fumadores introvertidos y los no fumadores extrovertidos, tienen más disturbios de personalidad, que los típicos fumadores y no fumadores.

Sieber y Angst (1990), al cuestionar a 1,577 hombres a la edad de 19 a 31 años acerca del consumo de sustancias diversas, encontraron predictores específicos a

la conducta de fumar, que fueron: hogares desintegrados, bajo nivel de preparación vocacional y características de extroversión.

Imperato y Mitchell (1986) sugieren que la decisión de fumar y de continuar haciéndolo tiene sus raíces en rasgos de personalidad, necesidades percibidas e influencias externas. Cuando se comparan a los fumadores adultos con los no fumadores, encuentran que los primeros son personas que les gusta el riesgo, son extrovertidos, compulsivos y desafiantes.

Un factor clave de riesgo tabáquico, tanto para las mujeres como para los hombres, es la tendencia a la rebeldía (romper las reglas), la toma de riesgos y la búsqueda de sensaciones. Burt, Dinh, Peterson y Sarason (2000) encontraron, en un estudio con alumnos de quinto grado que la probabilidad de fumar para las niñas que exhibían altos niveles de conducta de toma de riesgos era dos veces mayor que para quienes reportaban niveles bajos.

En México, Arillo-Santillán, Thrasher, Rodríguez-Bolaños, Chávez-Ayala, Ruiz-Velasco y Lazcano-Ponce (2007) observaron que los individuos que buscaban asumir riesgos con el fin de incrementar su estimulación y excitación presentaron mayor susceptibilidad para fumar.

5.10 Efecto Stroop y Tabaco

Cuando una palabra (como amarillo, verde o rojo) se encuentra impresa en un color diferente del color expresado por el significado semántico de la palabra (e.g., la palabra "amarillo" impresa en tinta azul), ocurre un retraso en el procesamiento del color de la palabra, lo cual conduce a tiempos de reacción más lentos y a un mayor número de errores. A este efecto se le ha denominado "interferencia Stroop" por su descubridor, Jhon Ridley Stroop, psicólogo norteamericano (1897-1973), quien lo describió en 1935. El efecto Stroop es uno de los fenómenos más robustos y bien estudiados en la investigación psicológica y neurológica sobre atención y tiempo de reacción (MacLeod, 1991).

La más clara demostración de los efectos de la nicotina sobre los procesos cognitivos se observa en la atención. Por ejemplo, los estudiantes fuman más intensamente cuando se preparan para exámenes que en otras épocas del semestre y estos incrementos se relacionan con los efectos atentos que esperan obtener del tabaco (West y Lennox, 1992).

La abstinencia de fumar entre individuos dependientes de la nicotina tiene efectos supresores de los procesos atentos. Los fumadores reportan que les es difícil concentrarse cuando se abstienen de fumar y que su concentración aumenta después de consumir tabaco. Utilizando la tarea clásica de Stroop, Domier, et al., (2007) encontraron que los fumadores exhibieron latencias de respuesta mayores,

tanto para los estímulos congruentes como para los incongruentes en la prueba Stroop, después de abstenerse de fumar toda la noche, en comparación con quienes se abstuvieron sólo por un breve lapso. Después de fumar el efecto Stroop se redujo. En suma, la administración de nicotina parece afectar positivamente los procesos de atención selectiva, en particular en fumadores abstinentes (Rusted, Caulfield, King y Goode, 2000),

La atención permite a un individuo filtrar los eventos ambientales (MacLeod y MacDonald, 2000). Esta función de la atención puede llevar a la formación de sesgos atencionales hacia los estímulos emocionalmente relevantes para el sujeto, por lo que se ha sugerido que los mecanismos atencionales contribuyen cercanamente a explicar la motivación para el consumo de sustancias adictivas, entre ellas el tabaco.

Watters y Feyerabend (2000) han señalado tres razones de la importancia de los sesgos atencionales en la adicción: a) las personas adictas tienden a estar más conscientes de los estímulos relacionados con su adicción; b) el procesamiento automático de estos estímulos evoca respuestas condicionadas que incrementan el deseo de consumir; c) tales sesgos atencionales son indeseables para quienes intentan abstenerse de consumir la sustancia, ya que perturban su estado de ánimo e interfieren en sus procesos de pensamiento y en sus actividades cotidianas.

5.11 Efecto emocional Stroop y el consumo de Tabaco.

El efecto emocional Stroop ha permitido evaluar también la relación entre el consumo de tabaco y los sesgos atencionales relacionados con las evaluaciones afectivas del fumador. Drobles, et al., (2006) diseñaron una tarea Stroop con cuatro categorías de 16 palabras cada una: a) palabras relacionadas con fumar (e.g., "colilla", "nicotina", "cajetilla"); b) palabras afectivas negativas (e.g., "enfermo", "dolor", "culpa"), c) palabras afectivas positivas (e.g., "seguro", "contento", "esperanzado") y palabras neutras (e.g., "herramienta", "pala", "martillo"), igualadas en longitud, número de sílabas y frecuencia de ocurrencia en el idioma inglés. Los resultados indicaron sesgos atencionales para las palabras relacionadas con fumar y para las afectivas negativas (los cuales correlacionaron significativamente), pero no para las afectivas positivas. Estos hallazgos confirman lo reportado por Brandon (1994) respecto de la influencia de los estados afectivos negativos como motivación para fumar.

5.12 Inicio y mantenimiento de la conducta de fumar

La adolescencia es el periodo en el cual el niño está en proceso de ir reduciendo la dependencia familiar para transferirla hacia otros sujetos de su misma edad. Como resultado de las nuevas necesidades que el adolescente presenta, va estableciendo ahora una dependencia hacia el grupo de amigos, que adquieren la función de

proporcionarle la oportunidad de experimentar con una gran variedad de nuevas conductas sociales, que pueden ser aceptadas o rechazadas, además de que es a través de ellas que intenta expresar su independencia y separación de los padres (INER, 1991; Sansores y Espinosa, 1999; Tapia, 2001).

Es en este periodo cuando se reúnen factores psicosociales como la disponibilidad, curiosidad, rebeldía, anticipación a la adultez, confianza social, presión social, imitación de los padres o hermanos mayores que fumen y los medios de comunicación que lo inducirán a fumar (INER, 1991; Sansores y Espinosa, 1999; Tapia, 2001).

Un individuo no se convierte en adicto de la noche a la mañana, el adolescente fumador es en un principio un fumador psicosocial más que un fumador farmacológico, pero a medida que va aumentando su consumo y va agregando las gratificaciones sensoriomotoras y farmacológicas al paso del tiempo, las gratificaciones psicosociales disminuyen y sólo se mantiene el hábito mediante gratificaciones farmacológicas.

Este es en realidad un proceso que consta de 5 fases:

Preparación.- es el estado creado por el ambiente en el que crece el niño, el cual lo "prepara" a imitar o seguir el modelo de su núcleo familiar donde los miembros

más importantes fuman (papá y/o mamá). En esta etapa el niño habitualmente tiene menos de 8 años.

Primeros intentos.- estos se presentan entre los 8 y los 10 años de edad, cuando el niño tiene facilidad de obtener cigarros ya sea .porque los robe de las cajetillas de sus familiares fumadores, porque estos le pidan encenderles sus cigarros o por que los compran sueltos en la vía pública.

Experimentación.- se considera que entre los 10 y los 12 años el adolescente ha experimentado cuando menos con una inhalación ("Toque") de un cigarro.

Fumador regular.- entre los 12 y los 18 años ya se da un consumo regular o establecido de cierto número de cigarros al día, llegando a fumar cuando menos 100 cigarros en toda su vida. Aquí, la influencia más importante esta en la industria tabacalera que intenta establecer una influencia determinante en el mantenimiento de la conducta de fumar para que el adolescente se convierta en adicto potencial conforme los años avance, también la influencia de los amigos es determinante para seguir fumando.

Adicto.- el tránsito entre fumador regular y adicto es solo cuestión de tiempo por los efectos de la tolerancia a la nicotina que desarrolla el organismo. Los adictos

son mayores de 18 años de edad que ya requieren fumar un número específico de cigarrillos al día (INER, 1992; Sansores y Espinosa, 1999; Tapia, 2001).

No todos los niños que tienen contacto alguna vez en su vida con los cigarrillos transitarán por todo este proceso, pues habrá aspectos como la susceptibilidad y receptividad que posean hacia las campañas antitabaco o a los consejos de los padres o maestros que les permitirán no seguir en este proceso y evitar así su posible tabaquismo (Lorenzo y Loza, 1998; Tapia, 2001).

Por otro lado McNeill (1991) señala en su planteamiento que hay cinco etapas previas al establecimiento de la conducta tabáquica: a) Precontemplación: el niño no piensa en fumar pero recibe mensajes tanto de sus padres y hermanos como de anuncios, cine, televisión y otros modelos; b) Contemplación; debido a la creciente influencia de los pares y a las imágenes recibidas previamente, el joven considera probar el cigarrillo; c) Iniciación: el chico prueba el cigarrillo por primera vez, usualmente influenciado por sus amigos; d) Experimentación: implica los intentos repetidos de fumar, los jóvenes se vuelven adictos después de fumar unas cuantas veces y e) Regularización de la conducta de fumar: involucra un nuevo grupo de influencias, como las creencias acerca de los beneficios de fumar, la autoeficacia percibida, las políticas escolares al respecto del tabaco, la disponibilidad y el precio de los cigarrillos.

5.13 Síndrome de Abstinencia

Por definición el síndrome de abstinencia se presenta a la hora de la suspensión de la sustancia adictiva, es una condición que implica una serie de síntomas asociados con cesación o interrupción repentina del consumo de nicotina por parte de un individuo adicto a esta sustancia (Gold, 1997). Los síntomas aparecen el primer día sin tabaco a las pocas horas de haber dejado de fumar, alcanzando su mayor intensidad al segundo y tercer día, un porcentaje muy alto de fumadores sigue presentando los síntomas hasta un mes después de haber dejado de fumar (Bobes, et al., 2002 (A)).

Los síntomas de abstinencia provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes del individuo, los cuales no se deben a una enfermedad médica ni se explican por la presencia de otros trastornos mentales (DSM-IV-TR, 2002).

Existe un fuerte deseo por volver a fumar y en ocasiones las personas terminan fumando un cigarrillo (Benowitz, 1988). La mayoría de los síntomas del síndrome de abstinencia alcanzan su máxima intensidad en las primeras 24 a 48 horas de haber dejado de fumar y gradualmente van disminuyendo la intensidad en un periodo de dos semanas (Benowitz, 1988).

En términos generales las personas que intentan abandonar el hábito de fumar presentan alguna forma del síndrome de abstinencia a la nicotina, considerándose que entre más tiempo hayan fumando y más nicotina y cigarrillos hayan consumido, mayor será la posibilidad de presentar síntomas de abstinencia y que los síntomas serán más severos (Gold, 1997; Benowitz, 1988; DSM-IV-TR, 2002). Los principales síntomas registrados o característicos son los siguientes:

Nauseas, sudoración, dolor de cabeza, irritabilidad, ansiedad, dolores musculares, insomnio, imperantes ganas de fumar, aumento de apetito, somnolencia, estado de ánimo disfórico o depresivo, frustración o ira, agresividad, inquietud o impaciencia, disminución de la frecuencia cardiaca, sensación de no estar descansado, despertares nocturnos frecuentes (Gold, 1997; DSM-IV-TR, 2002; Bobes, et al., 2002 (A)).

Además, objetivamente se detectan cambios en el electroencefalograma (EEG), disminución en el rendimiento de pruebas de vigilancia o en tareas que exigen coordinación psicomotora, y también se ha detectado una disminución de las concentraciones plasmáticas de adrenalina y cortisol (Bobes, et al., 2002 (A)).

5.14 Psicología del hábito de fumar

La forma en cómo se establece este hábito: lo más frecuente es que, próximos a la pubertad o dentro de ésta, un amigo se encarga de nuestra iniciación como fumadores, la cual suele ser traumática. Luego de un sufrido aprendizaje el cigarrillo se transforma en una imprescindible necesidad y a partir de entonces entra en la personalidad como una prótesis (Garma, 1971).

Para el "adicto", el cigarrillo aparece mezclado con casi todos los momentos de su vida. Al despertar enciende el primero, alterna sus comidas con cigarrillos, en medio de la noche, cuando se despierta, recurre al tabaco. El fumar se transforma en una fuente de constante preocupación, y la falta de cigarrillo provoca una seria reacción general. En la vida social del fumador, el cigarrillo está siempre presente. Cuando más importante le es el intercambio con el otro, más se intensifica su necesidad. Es muy frecuente que lo encontremos combinado con el café y el alcohol: dos elementos que cumplen una función social parecida a la del cigarrillo (Garma, 1971).

Otro aspecto de la vida del fumador es la relación existente entre su hábito y sus variaciones somáticas. En primer término se destacan las alteraciones en la boca: la inflamación de mucosas, el ennegrecimiento de las piezas dentarias, el mal

gusto y el empastamiento de la boca, etc. Luego están las gastritis, y otros trastornos gastrointestinales. A nivel de las vías respiratorias aparecen los síntomas de irritación crónica, y todos conocemos, ya que es de actualidad, hasta que punto se lo ha asociado al cáncer de este aparato. También el aparato circulatorio sufre las consecuencias de la intoxicación tabáquica (Garma, 1971).

La asociación entre el fumar y las tendencias orales es obvia; el cigarrillo entre los labios, el chupar del mismo, la expresión popular "Tragar el humo", ya nos la están señalando. Esto explicaría, en parte, la relación que encontramos entre el fumar y la obesidad; es frecuente que cuando el fumador se abstiene aumenta de peso rápidamente. Si agregamos a estas consideraciones un rasgo "que he encontrado regularmente en los "adictos" al cigarrillo – una fijación a la madre internalizada en el inconsciente, y muchas veces una intensa dependencia para con su madre en la realidad – podemos pensar que el hábito de fumar está expresando la existencia en el inconsciente de una marcada fijación a etapas orales, es decir, a una representación del pecho materno" (Garma, 1971).

5.15 Aspectos emocionales y Tabaquismo

Además de las amenazas a la salud física asociadas con el consumo de tabaco, las adolescentes y las mujeres que fuman están en riesgo de padecer problemas emocionales.

En la Youth Risk Behavior Survey efectuada en Estados Unidos (CASA, 20002d), se encontró que era casi dos veces más probable que las chicas de preparatoria que fumaban reportaran que se sentían deprimidas(tristes o desesperadas) que quienes no fumaban (47% vs 25.3%). Hasta ahora, los datos no permiten establecer una relación causal clara entre consumo de tabaco y depresión; sin embargo algunas investigaciones parecen sugerir que, aunque a veces la depresión pueda llevar a fumar, con frecuencia fumar precede al comienzo de la depresión. En el estudio de CASA (2003^a), se encontró que era más probable que las adolescentes que fumaban cuando se realizó una primera entrevista reportaran, en una segunda medición seis meses después, que estaban deprimidas, en comparación con quienes no fumaban en esa época. Goodman y Capitman (2000) señalan que es casi cuatro veces más probable que las adolescentes fumadoras no deprimidas desarrollen síntomas depresivos durante el transcurso de un año que las no fumadoras.

En dosis altas la nicotina puede tener un efecto depresivo en el sistema nervioso central, explicando en parte el efecto terapéutico prometedor de los medicamentos antidepresivos en la adicción a la nicotina (Quattrochi, Baird y Yurgelun-Todd, 2000).

Altas tasas de tabaquismo se relacionan con un mayor riesgo de pánico en mujeres (y en hombres) jóvenes. Breslau y Klein (1999) señalan que no hay evidencia de que éstos incrementen el riesgo de fumar, más bien, fumar parece anteceder á estos síntomas, probablemente porque el consumo de tabaco puede afectar la respiración y causar problemas pulmonares, lo cual puede dar la falsa sensación de asfixia, llevando a ataques de pánico.

En la Youth Risk Behavior Survey en Estados Unidos (CASA,2002d) se encontró que es casi tres veces más probable que las chicas de preparatoria que fuman hayan considerado o intentado suicidarse, en comparación con las no fumadoras (37.0% vs 14.4%).

5.16 Otros factores asociados al consumo de Tabaco.

De acuerdo con Calleja (2009), los factores asociados con el consumo de tabaco se agrupan en biológicos, personales, familiares, sociales, de publicidad y los medios y el control del tabaco. Entre los factores personales se ha encontrado la tendencia a la rebeldía a la toma de riesgos, y a la búsqueda de sensaciones, la depresión, la baja autoestima, el locus de control externo, la carencia de habilidades de enfrentamiento al estrés, las conductas desordenadas relacionadas con el peso, la ausencia de actividades en el tiempo libre, la percepción de invulnerabilidad ante los efectos nocivos del tabaco, la imagen de los fumadores, los conocimientos de

los efectos del tabaco, las creencias y actitudes hacia el tabaco, la depresión, entre otras. En su investigación encontró que la rebeldía, la toma de riesgos, la permisividad en el consumo de tabaco en el hogar, los amigos fumadores, la creencia en los beneficios de fumar, la supervisión de los padres y la creencia en las propiedades adictivas del tabaco, se asociaron al consumo de tabaco de adolescentes de secundaria, en mayor grado en las fumadoras que en las experimentadoras.

Por otro lado, se ha encontrado que el consumo de tabaco covaria con otras variables psicopatológicas como la depresión, la ansiedad y la obsesividad-compulsividad (Villar, Viñas, Ferrer, Caparrós & Cornellá, 2004).

CAPITULO 6

ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

Debido a que la muestra de la presente investigación es joven se considero importante mencionar un capítulo exclusivo de adolescencia y juventud. Mencionando en primera instancia que la adolescencia es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y prenuncia la adultez. Para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa de amistades íntimas, de aflojamiento de las ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro (McKinney, Fitzgerald & Strommen, 1982).

6.1 Adolescencia

El término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad, periodo típico entre la niñez y la adultez. Este periodo empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad, y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto (McKinney, Fitzgerald & Strommen, 1982).

La adolescencia es el período que nos sitúa entre la infancia que dejamos atrás y la edad adulta en la que nos embarcamos. En términos generales, se tiende a aceptar la definición de madurez de Sigmund Freud, a saber: la capacidad de amar

y trabajar. En culturas menos sofisticadas, el adolescente es considerado como un adulto, preparado para asumir responsabilidades de trabajo, preparado para casarse, tener hijos y educarlos. En sociedades más complejas como la nuestra, el adolescente es considerado todavía un niño en la mayoría de los aspectos. Por todos los cambios físicos que comporta y por ser el anuncio de lo que será la edad adulta, esta etapa marca el renacer del ser humano. El adolescente, transcurrida su pubertad, parece tan diferente de cuando era niño como la mariposa que sale del capullo lo parece de su estado original de oruga. No hay nada sutil ni gradual en esta transformación. Tras el desarrollo paso a paso de la infancia, los cambios en la adolescencia surgen como una tormenta repentina. La totalidad de la forma corporal cambia de tal modo que parece ya un adulto, aunque sus emociones y sus capacidades intelectuales no se encuentran al mismo nivel de madurez. Se ve diferente. Su vida está afectada por un nuevo ritmo que perdurará en las siguientes décadas. Los adolescentes son poco a poco absorbidos por las preocupaciones adultas (Papalia & Wendkos, 1988).

6.2 Juventud

Los psicólogos evolutivos estudian con atención el desarrollo de los adultos, dividiendo la vida adulta en diversas etapas. Existen pocos criterios científicos para señalar el cambio de un período a otro, y a pesar de ciertos indicadores sociales, los límites que señalan el inicio y el final de cada etapa son incluso más arbitrarios

que en la infancia. Para facilitar nuestro estudio, dividiremos la edad adulta en tres partes: la temprana o juventud (de 20 a 40-45 años) la media o madurez (de 40-45 años hasta los 65) y la tardía o senectud (de 66-70 en adelante). Mientras la biología determina en gran parte lo que hacemos en la infancia, durante la edad adulta son la cultura y la personalidad individual quienes representan un papel más relevante. Cuanto más viejos seamos, menos puede decir nuestra edad sobre nosotros. Por ejemplo, dos mujeres de 40 años pueden parecerse fisiológicamente, pero la que tuvo tres hijos en su juventud permaneció en casa con ellos y está empezando a desarrollar una vocación, tiene un punto de vista sobre la vida muy distinto del que tiene una mujer de la misma edad con una profesión bien establecida (Papalia y Wendkos, 1988).

Son años de buena salud y gran energía, especialmente de los 20 a los 40 años, con cambios muy ligeros y graduales que no se percibirán hasta los 50 años. De los 25 a los 30 años nos encontramos en el punto máximo de nuestra fortaleza muscular y destreza manual (Bromley, 1974; Troll, 1975). Vemos y oímos de forma más nítida de los 20 a los 25 años, perdiendo gradualmente la agudeza visual y la capacidad para oír los tonos más agudos. El sabor, el olfato y la sensibilidad al dolor, al tacto y a la temperatura permanecen estables hasta al menos los 40 o 50 años. Estamos en la cúspide de nuestra capacidad reproductora (Papalia y Wendkos, 1988).

Leen-Feldner, Zvolensky, Van Lent, Vujanovic, Bleau, Bernstein, Branch, Feldner (2006) realizaron una investigación en la que pretendían abordar la problemática de consumo de tabaco en la adolescencia debido a que es una cuestión empíricamente poco abordado, además de que durante la adolescencia el fumar y los ataques de pánico tienden a presentarse por primera vez, así mismo, querían corroborar que individuos con alta sensibilidad a la ansiedad prestan mayor atención a síntomas físicos internos en contraste con los que no presentan alta dicha sensibilidad. Se comprobó que los adolescentes fumadores regulares son significativamente más aptos a focalizar su atención a las sensaciones corporales. También es probable que jóvenes con alta sensibilidad a la ansiedad sean más propensos a tomar en cuenta las reacciones corporales provocadas por fumar (abstinencia a la nicotina o problemas de salud).

En relación al objetivo de buscar extender la evidencia hasta el momento conocida en esta área, se pretendía dar solidez a la relación del modelo de regulación de afecto entre fumar y trastorno de pánico propuesto por Zvolensky, et al., (2004), se sugiere que existe una relación específica al modelo de regulación de afecto entre fumar y la vulnerabilidad a la presencia de pánico entre adolescentes, estos hallazgos son importantes en tanto que permiten mayor comprensión de la interacción de las variables psicológicas y el impacto de drogas en la presencia de ataques de pánico.

En otra investigación realizada por Leen-Feldner, Reardon, McKnee, Feldner, Babson, Zvolensky (2006) en el cual participaron 124 adolescentes cuyas edades fluctuaron entre los 12 y 17 años a los cuales se les aplicaron las siguientes mediciones; pre-prueba Método: Childhood Anxiety Sensitivity Index (CSAI); Positive and Negative Affect Schedule for Children (PNAS-C) y las siguientes mediciones en la prueba: Subjective Units of Distress Scale (SUDS) Para la prueba de laboratorio se utilizó un procedimiento de hiperventilación voluntaria que produce respuestas arousal que emulan a la ansiedad y los ataques de pánico.

Se encontró que los adolescentes con alta sensibilidad a la ansiedad reportaban mayor ansiedad post-prueba, al contrario de los adolescentes con baja sensibilidad a la ansiedad que evaluaban menos ansiedad post-prueba. Esto sugiere que la interacción entre la sensibilidad a la ansiedad y el estado puberal puede predisponer a la interpretación errónea de síntomas físicos de ansiedad y no solo el estado puberal en sí.

Por otro lado, se encontró que la sensibilidad a la ansiedad y el estado puberal no actúan de manera conjunta como productores de estados emocionales negativos. Sin embargo el estado puberal si correlacionó con la presencia de emociones negativas. Se ha confirmado en otras investigaciones que los estados emocionales negativos pueden relacionarse con la adolescencia, lo que da lógica y apoya los resultados obtenidos.

Los resultados en conjunto sugieren que la sensibilidad a la ansiedad y el desarrollo puberal pueden ser factores que en conjunto permitan la posible presencia de pánico en la adolescencia.

En cuanto a la prueba de hiperventilación se encontró que los sujetos con mayor sensibilidad a la ansiedad reportaban mayor ansiedad ante el cambio del ritmo cardiaco. Esto es consistente con la teoría de la sensibilidad a la ansiedad, que sugiere que a mayor sensibilidad a la ansiedad existe mayor predisposición a evaluar perturbaciones corporales como sucesos notablemente preocupantes.

Sin embargo los hallazgos de este estudio deben ser usados con reservas debido a que no se estudió de manera concreta los factores implicados en la presencia de pánico en la adolescencia, además de que la muestra no es homogénea, y el estudio muestra el comportamiento de las variables del trastorno de pánico en un ambiente inmediato dentro del laboratorio, mas no muestra el desarrollo que comprende. Desde el punto de vista clínico, no se cuenta con un punto de corte que especifique en qué momento la sensibilidad a la ansiedad se convierte en un factor potencial para la presencia del pánico y se sugiere hacer el mismo estudio con población adolescente que presente el trastorno de pánico como tal.

En otra investigación, realizada por Leen-Feldner, Reardon, McKnee, Feldner, Babson & Zvolensky (2006), se esperaba una correlación positiva entre la sensibilidad a la ansiedad y la expectativa de que "el cigarro ayuda a controlar el estado de ánimo y a reducir la ansiedad" y también en la relación de "fumar va a poner en riesgo mi salud". No se esperaba que existiera una correlación entre la sensibilidad a la ansiedad y la expectativa sensorial satisfactoria de fumar, como "el cigarro sabe bien". Además, buscaban evaluar diferentes dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad, como son sensaciones negativas, género y características de fumar (como dependencia a la nicotina) con el fin de identificar:

- 1) si el fumar ayudaba a reducir estados emocionales negativos y
- 2) si fumar puede llevar a consecuencias negativas.

Participaron 90 fumadores regulares a los que se aplicaron las siguientes pruebas: Anxiety Sensitivity Index (ASI); The Positive Affect Negative Affect Scale (PANAS); Fagerstrom Tolerance Questionnaire (FTQ); Smoking History Questionnaire (SHQ); Smoking Consequences Questionnaire (SCQ); CO Assessment.

Las correlaciones entre la sensibilidad a la ansiedad y la expectativa de control de estados emocionales negativos y las creencias de que se pone en riesgo la salud fueron positivas, tal como se había hipotetizado. Además la sensibilidad a la ansiedad correlacionó negativamente con la experiencia sensorial de fumar.

No se encontró relación entre la sensibilidad a la ansiedad y variables como el número de cigarrillos consumidos o la dependencia a la nicotina. Se argumenta que la sensibilidad a la ansiedad podría estar relacionada con dimensiones de la conducta de fumar propiamente, como sería tener problemas para dejarlo en virtud de procesos cognitivos particulares (expectativas sobre fumar). Esto es, la sensibilidad a la ansiedad se relaciona con un estilo determinado de pensar en lo que respecta a fumar.

Los resultados también sugieren que las preocupaciones relativas a características interoceptivas de la sensibilidad a la ansiedad pueden ayudar a comprender las expectativas sobre reducción de estados emocionales negativos al fumar. Sin embargo la investigación no presenta argumentos necesarios para asegurar dicha correlación.

Además se encontró que sujetos con alta sensibilidad a la ansiedad en torno a preocupaciones físicas y mentales, tienen mayor predisposición a creer que el fumar puede causar consecuencias físicas negativas. Se ha encontrado en otros estudios que las preocupaciones sobre consecuencias físicas negativas están relacionadas con ataques de pánico.

Se sugiere que el estudio se considere como parte de un primer paso para entender la asociación entre fumar y los ataques de pánico.

6.3 Modelo de Protección-riesgo

Jessor (1991) planteó un modelo de protección-riesgo en el que representó las conductas de riesgo adolescente, sus factores de riesgo y protección, así como sus consecuencias para la salud, el desarrollo y la vida misma. En las conductas de riesgo incluyó conductas problema (consumo de drogas, delincuencia y abuso de alcohol, conductas relacionadas con la salud (alimentación no saludable, consumo de tabaco, sedentarismo y no usar el cinturón de seguridad) y conductas escolares (ausentismo y deserción).

Igra e Irwin (1996) mencionan entre las conductas de riesgo el uso de sustancias adictivas, conducta sexual precoz, o sin protección, uso de un vehículo de forma imprudente, homicidio, conducta suicida, desordenes alimenticios y delincuencia.

Desde esta perspectiva se ha intentado explicar porque los adolescentes se involucran en ciertas conductas de riesgo, la relación entre ellas y sus consecuencias (Becoña, 1999). Para ello cobra relevancia la comprensión del concepto de factores de riesgo y de protección.

Se entiende por factores de riesgo “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso y/o drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas” (mantenimiento).

Los factores de protección se refieren a cualquier atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (Clayton, 1992, pág.16).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

El tema de la sensibilidad a la ansiedad y los componentes con los que se relaciona en nuestro país, se encuentran aún en una etapa inicial. El hábito de fumar, afectos positivos y negativos y la evitación agorafóbica no se han evaluado en función de su vínculo con la sensibilidad a la ansiedad, lo que resulta importante dado que la sensibilidad a la ansiedad comprende una variable cognitiva que se ha comprobado en la literatura (Zvolensky, et al., 2004; Bonn-Miller et al., 2005; Zvolensky et al., 2007) relevante en el desarrollo de síntomas propios de los trastornos de ansiedad y la incurrancia en el consumo de tabaco.

Delimitar y conocer la manera en que la sensibilidad a la ansiedad 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 (Zvolensky, et al., 2003; Bernstein, et al., 2006;). Cabe señalar que este proyecto es parte de una línea de investigación más general que pretende dar solidez a este último punto en nuestro país

Además, el estudio de la sensibilidad a la ansiedad 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 de esta investigación es conocer la importancia que el consumo del tabaco tiene con respecto a la

sensibilidad a la ansiedad, los afectos positivos y negativos y la evitación agorafóbica en dicho desarrollo y mantenimiento de ciertos problemas de salud.

OBJETIVO

Identificar la relación entre la Sensibilidad a la Ansiedad, Afectos Positivos-Negativos y Evitación Agorafóbica con el hábito de fumar incipiente.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Existe relación entre el hábito de fumar incipiente y la sensibilidad a la ansiedad?

¿Qué tipo de afectos positivos y negativos se presentan en una población con hábito de fumar incipiente?

¿Se presenta evitación agorafóbica en personas con hábito de fumar incipiente?

¿Existe relación entre Evitación agorafóbica y los Afectos Positivos y Negativos?

¿Cuáles serían los predictores de percepción de salud en una población con hábito de fumar incipiente?

¿Qué relación existe entre los intentos por dejar de fumar, la evitación agorafóbica y los afectos positivos y negativos?

DISEÑO

No experimental, transeccional, correlacional.

Es no experimental ya que la investigación se realiza sin manipular deliberadamente variables, observando fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos, debido a que las variables independientes ya han ocurrido y no es posible manipularlas, es transeccional o transversal, debido a que se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único y es transeccional correlacional ya que describe relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado (Hernández, 1991)

DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

Sensibilidad a la Ansiedad (SA). Se basa en la suposición de que ciertos síntomas tienen consecuencias dañinas. Así, una persona con alta SA, tendría mayor probabilidad de interpretar una rápida tasa 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).

Estados Afectivos Negativos. Despliegue de afectos que acompañan el estado de ánimo en su aspecto negativo: angustiado, enojado, culpable, asustado, hostil, irritable, avergonzado, nervioso, intranquilo y temeroso. Estos forman parte de la Teoría del Afecto que también contempla afectos positivos como: interesado,

excitado, fuerte, entusiasta, orgulloso, alerta, inspirado, decidido, atento y activo (Voogt, Van Der Heide, Van Leeuwen, Visser, Cleiren, Passchier y Van Der Mass, 2007)

Agorafobia. Persona que tiene miedo a alejarse de casa, miedo a estar solo o lejos de ayuda y miedo a los lugares públicos llenos de gente tales como calles, tiendas y autobuses (Bados, 2000).

Hábito de fumar incipiente. Se refiere a la conducta de fumar que se caracteriza por una frecuencia baja; por consiguiente no es una adicción

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

Sensibilidad a la ansiedad, representado por la escala de Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI).

Estados afectivos y negativos, obtenidos por los puntajes de la Escala de Afectos positivos y negativos (PANAS)

Evitación agorafóbica, medido a través del Inventario de la Movilidad (MI).

Hábito de fumar incipiente. En la historia médica solo se tomaron en cuenta las preguntas 13 y 15 relacionadas con el consumo de tabaco, y la pregunta 1 por ser la que evaluaba la salud de los participantes.

METODO

PARTICIPANTES

La muestra aleatoria estuvo conformada por 187 estudiantes de diversas facultades de una universidad pública, de los cuales 115 son hombres y 72 mujeres. Se seleccionaron al azar y eran los que en ese momento se encontraban en el salón de clases. La media de edad fue de 22.23 con una desviación estándar de 2.13.

INSTRUMENTOS

Se utilizó una batería compuesta por los siguientes instrumentos psicométricos:

Escala de afectos positivos y negativos (PANAS)

La prueba psicométrica de autoinforme conocida como Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) es un instrumento breve que consta de 20 items desarrollado por Watson, et al., (1988) para evaluar el AP (afecto positivo) y el AN (afecto negativo) en otras palabras para medir dos dimensiones ortogonales del afecto, cada una de estas escalas se compone de 10 adjetivos como angustiado, interesado, culpable, temeroso y nervioso entre otras. Se contesta cada item en base a una escala tipo Likert de 5 puntos, se puntúa según una escala de 1 (casi

nada o nada) hasta 5 (extremadamente). Se pide a los examinados que califiquen el grado en el que sus estados de ánimo reflejan los sentimientos descritos por cada adjetivo durante una semana previa a la aplicación del instrumento. El análisis de factor indica que valora dos dimensiones globales del afecto: negativo y positivo. Ambas sub-escalas de PANAS han demostrado buena convergencia y validez del discriminante (Taylor, 2007). Las dos subescalas (afecto positivo y afecto negativo) han demostrado niveles altos de consistencia interna en un amplio rango de población y en muestras internacionales (Rango de coeficiente alfa =.83 a .90 y .85 a .93 respectivamente; Watson (2000), esta escala fue traducida al español confiabilizada y validada por (Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Velente, 1999). Así mismo ha sido confiabilizada y validada en población mexicana (Jurado, 2008).

Índice de sensibilidad de la ansiedad (ASI)

Índice de sensibilidad de la ansiedad (anxiety sensitivity index), elaborada por Peterson y Reiss en (1992), este índice mide el miedo que una persona le tiene a las sensaciones orgánicas que aparecen con el estrés y la ansiedad, como la aceleración del ritmo cardíaco, la transpiración y los mareos. Es una escala multidimensional que consta de 16 ítems agrupados en 3 subescalas, una de preocupaciones cognitivas, otra de preocupaciones físicas y una de preocupaciones

sociales, a los que se contesta según una escala tipo Likert de 5 puntos, donde 0 es "muy poco" y 5 "muchísimo". Esta escala cuenta con un alfa de .59 a .63 (Zvolensky, et al. 2007). Para la presente investigación se tomaron en cuenta los reactivos 1,4,5,6,8,9,10,12. Cabe mencionar que esta prueba también fue confiabilizada y validada en población mexicana (Jurado, 2008).

Inventario de Movilidad (MI)

Inventario de la Movilidad, elaborado por Chabless, et al., en 1984. Consta de 26 items, (más una final de tipo abierto, cuando está solo, y define el ataque de pánico de forma no coincidente con el DSM IV) para medir la conducta de evitación agora-fóbica autoinformada y la frecuencia e intensidad de los ataques de pánico los cuales se contestan con 5 puntos tipo escala Likert que van de "nunca evito" hasta "siempre evito". Los primeros (12) están acordes a situaciones que son evitadas, ambos si están solos o si están acompañados. Los segundos ítems están acordes a la incomodidad experimentada estando acompañados o solos, la frecuencia de pánico se mide en un reporte simple del número de ataques de pánico en los últimos 7 días. Esta escala cuenta con una alfa de Cronbach de .87, resultado de una investigación inédita más amplia realizada con población mexicana.

Preguntas sobre consumo de tabaco (Cuestionario de Historia Médica)

Se hicieron tres preguntas relativas al estado de salud en general y el consumo de tabaco, los reactivos que se utilizaron fueron el 1, 13 y 15

1. En general usted diría que su salud es:
13. ¿Cuántas veces en su vida ha hecho en serio intento por dejar de fumar?
15. Durante cuántos años ha fumado? (número total de años)

PROCEDIMIENTO

Se aplicó la batería en forma grupal a estudiantes de diversas Facultades de la Universidad Nacional Autónoma de México, explicándoles el objetivo y las instrucciones de cada una de las pruebas. Al término de la aplicación se les agradeció su participación. El tiempo de respuesta que emplearon los estudiantes para contestar los cuestionarios fue de aproximadamente 30 minutos.

RESULTADOS

Características demográficas de la muestra.

De acuerdo con los datos mostrados en la Tabla 1 se observa que la mayoría de los participantes de la muestra son hombres (61.5%).

Tabla 1. Distribución por sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	115	61.5
Mujer	72	38.5
Total	187	100.0

La Tabla 2 muestra la distribución por edad, en la cual puede verse que hay más frecuencias en el rango de 20 a 24 años.

Tabla 2. Distribución por edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
17	2	1.1
19	18	9.6
20	26	13.9
21	28	15.0
22	29	15.5
23	28	15.0
24	24	12.8
25	17	9.1
26	15	8.0
Total	187	100.0

En la tabla 3 se observa que el estado civil de los participantes es el de soltero (92.5%), lo cual puede explicarse por el hecho de que son estudiantes.

Tabla 3. Distribución por estado civil.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	173	92.5
Casado	14	7.5
Total	187	100.0

La tabla 4 muestra que casi la mitad de los participantes del estudio reportan que su salud es buena, seguida de un 23.5% que perciben su salud muy buena.

Tabla 4. Distribución por percepción del estado general de salud.

Percepción de estado de salud	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	24	12.8
Muy buena	44	23.5
Buena	89	47.6
Regular	25	13.4
Pobre	5	2.7
Total	187	100.0

Respecto a los años de fumar se observan frecuencias altas entre los rangos de 2 a 7 años de consumo, como lo reportado en la Tabla 5.

Tabla 5. Distribución por número de años de fumar.

Años de fumar	Frecuencia	Porcentaje
1	10	5.4
2	21	11.4
3	22	11.9
4	28	15.1
5	19	10.3
6	23	12.4
7	22	11.9
8	13	7.0
9	6	3.2
10	8	4.3
11	3	1.6
12	3	1.6
13	3	1.6
14	2	1.1
15	1	.5
16	1	.5
Total	187	100.0

En la tabla 6 se observa que la mayoría ha intentado dejar de fumar en menos de nueve ocasiones.

Tabla 6. Distribución por número intentos de dejar de fumar.

Intentos para dejar de fumar	Frecuencia	Porcentaje
Menos de nueve	99	88.4
Más de nueve	13	11.6
Total	112	100.0

I.Análisis psicométrico de los instrumentos.

1.Análisis factorial.

Se realizó primero el análisis de todos los instrumentos para dar cuenta de su confiabilidad y validez. Se procedió a eliminar algunos reactivos que mostraron baja confiabilidad en un análisis previo, realizando un análisis de componentes principales con rotación ortogonal (varimax) para cada uno de los instrumentos con el fin de determinar su estructura factorial, como se menciona a continuación por cada una de las escalas, ver tablas 7, 8 y 9:

*Para corroborar la bidimensionalidad de la Escala PANAS, el análisis factorial se fijó en dos factores. Los resultados mostraron una clara agrupación de los afectos negativos, en el factor 1 con un valor propio de 4.35 y un porcentaje de varianza explicada de 22.89; y los positivos, se agruparon en el factor 2 cuyo valor propio fue 4.79 y su porcentaje de varianza 25.25, de acuerdo a la Tabla 7.

Tabla 7.

Matriz factorial de la escala de afectos positivos y negativos.

Reactivo	F1	F2
Asustado	.77	
Avergonzado	.70	
Culpable	.70	
Con miedo	.68	
Agitado	.67	
Hostil	.66	
Nervioso	.65	
Intranquilo	.65	
Molesto	.64	
Angustiado	.62	
Decidido		.80
Entusiasta		.74
Activo		.72
Atento		.72
Fuerte		.70
Orgullosa		.64
Interesado		.62
Inspirado		.61
Alerta		.55

*La tabla 8, muestra que los resultados de la escala de Sensibilidad a la Ansiedad arrojaron tres factores, de los cuales sólo dos resultaron congruentes conceptualmente, por lo que sólo se consideraron solo estos dos. El primero de ellos agrupó reactivos referentes a asustarse ante síntomas físicos de la ansiedad como latidos rápidos, náuseas, mareo, dificultad para respirar. Su valor propio y porcentaje de varianza explicada fueron 2.83 y 35.48%, respectivamente. El segundo factor se integró con tres reactivos referentes a la necesidad del individuo por controlarse. Su valor propio y porcentaje de varianza explicada fueron 2.03 y 25.38%, respectivamente.

Tabla 8.

Matriz factorial de la escala de sensibilidad a la ansiedad.

Reactivo	F1	F2
Cuando noto que mi corazón está latiendo muy deprisa, me preocupa que pueda tener un ataque cardíaco	.89	
Me asusta cuando mi corazón late de forma rápida	.81	
Me asusto cuando tengo náuseas	.68	
Me asusto cuando siento que me desmayo o me mareo	.66	
Me asusto cuando no puedo respirar hondo o respire con dificultad	.58	
Me asusto cuando soy incapaz de mantener mi mente concentrada en una tarea		.80
Es importante para mí mantener el control de mis emociones		.73
Es muy importante para mí no parecer nervioso		.66

*En la tabla 9, se muestra que para el Inventario de Movilidad, los resultados se agrupan en cuatro factores. El primero agrupó ocho reactivos referentes a evitar el transporte público y andar solo (TRANSP1), cuyo valor propio fue de 5.32 y su porcentaje de varianza explicada 23.14.

El segundo factor, con un valor propio de 4.36 y un porcentaje de varianza de 18.96, se integró con nueve reactivos referentes a evitar lugares públicos (LUGAR).

El tercer factor se formó con cuatro reactivos relativos a evitar transportes que implican riesgo, (TRANSP2) su valor propio fue de 3.41 y su porcentaje de varianza 14.86.

Finalmente, el último factor se integró con solo dos reactivos consistentes en evitar lugares altos o cerrados, (LUGARES) su valor propio fue de 2.15 y su porcentaje de varianza explicada de 9.35.

Tabla 9.

Matriz factorial del inventario de movilidad.

Reactivo	F1	F2	F3	F4
Estar lejos de casa	.77			
Viajar en autobuses	.77			
Caminar por la calle	.76			
Viajar en trenes	.75			
Viajar en el metro	.72			
Estar en casa solo	.70			
Parado haciendo fila	.66			
Cruzar puentes	.56			
Salones de clase		.74		
Teatros		.73		
Restaurantes		.70		
Tiendas departamentales		.67		
Supermercados		.61		
Garage de estacionamiento		.58		
Lugares abiertos afuera (p.e. campos, calles anchas)		.58		
Auditorios o estadios		.57		
Elevadores		.54		
Viajar en aviones			.80	
Manejar o viajar en coche en todo momento			.75	
Manejar o viajar en coche en vías rápidas			.73	
Viajar en barcos			.70	
Lugares altos				.75
Lugares cerrados (p.e. túneles)				.72

2. Confiabilidad de las subescalas

Es importante mencionar que a cada subescala derivada de los análisis factoriales, se le aplicó un análisis de consistencia interna alfa de Cronbach para determinar su confiabilidad. Las distintas subescalas presentaron una confiabilidad mayor a .80, lo cual es superior al valor esperado de .70, y sólo dos de ellas mostraron niveles por debajo de este valor. Dichas escalas fueron Control (referente a la Escala de Sensibilidad a la ansiedad) y Lugares (referente al instrumento de Inventario de Movilidad, refiriéndose a Lugares altos y cerrados). Véase tabla 17.

3. Estadística descriptiva por reactivo.

Para identificar el tipo de afectos positivos y negativos que se presentaron en la presente población con hábito de fumar incipiente se procedió a un análisis estadístico descriptivo por reactivo que arrojó en la escala de afecto negativo del PANAS niveles bajos en la mayoría de los reactivos, y moderados en nervioso, intranquilo y angustiado, como se refleja en la Tabla 10. En la misma tabla puede verse también que la consistencia interna entre los reactivos es aceptable pues los valores del coeficiente alfa de Cronbach son superiores a .70

Tabla 10. Estadística descriptiva por reactivo de la escala PANAS de afecto negativo.

Reactivo	Media	D. E.	Coefficiente Alfa de Cronbach
Asustado	2.16	1.309	.852
Avergonzado	2.01	1.348	.859
Culpable	1.95	1.226	.859
Con miedo	2.00	1.191	.859
Agitado	2.53	1.099	.860
Hostil	2.32	1.224	.862
Nervioso	2.91	1.221	.862
Intranquilo	2.78	1.228	.860
Molesto	2.53	1.084	.861
Angustiado	2.76	1.149	.863

En cuanto al afecto positivo, se observaron niveles moderados de este tipo de afecto, principalmente en los reactivos; activo, decidido, entusiasta y orgulloso como se muestra en la tabla 11.

Tabla 11. Estadística descriptiva por reactivo de la escala PANAS de afecto positivo.

Reactivo	Media	D. E.	Coficiente Alfa de Cronbach
Decidido	3.22	1.187	.827
Entusiasta	3.13	1.124	.834
Activo	3.24	1.126	.836
Atento	3.02	1.117	.834
Fuerte	2.99	1.088	.838
Orgullosa	3.06	1.245	.845
Interesado	2.98	1.085	.846
Inspirado	2.97	1.253	.850
Alerta	3.01	1.216	.856

De acuerdo con los datos aportados en la escala de sensibilidad a la ansiedad los participantes reportaron bajos niveles de sintomatología física, así como también bajos niveles en la necesidad de controlar sus emociones, lo que responde a la pregunta de investigación de la relación entre el hábito de fumar incipiente y la sensibilidad a la ansiedad. Véanse tablas 12, 13 .

Tabla 12. Estadística descriptiva por reactivo del componente físico de la escala de sensibilidad a la ansiedad.

Reactivo	Media	D. E.	Coefficiente Alfa de Cronbach
Cuando noto que mi corazón está latiendo muy deprisa, me preocupa que pueda tener un ataque cardíaco	2.23	.972	.795
Me asusta cuando mi corazón late de forma rápida	2.32	.901	.757
Me asusto cuando tengo náuseas	2.21	.913	.813
Me asusto cuando siento que me desmayo o me mareo	2.26	.991	.747
Me asusto cuando no puedo respirar hondo o respire con dificultad	2.63	.949	.798

Tabla 13. Estadística descriptiva por reactivo del componente de control de la emoción de la escala de sensibilidad a la ansiedad.

Reactivo	Media	D. E.	Coefficiente Alfa de Cronbach
Me asusto cuando soy incapaz de mantener mi mente concentrada en una tarea	2.48	.955	.428
Es importante para mí mantener el control de mis emociones	2.84	.932	.502
Es muy importante para mí no parecer nervioso	2.18	.974	.563

Con la finalidad de responder a la pregunta de investigación: referente a saber si se presenta evitación agorafóbica en personas con habito de fumar incipiente, los

datos arrojados por el inventario de movilidad, mostraron que los participantes reportaron evitar raramente los lugares o situaciones mencionados en el inventario (principalmente parados haciendo fila, en restaurantes, viajar en barco y lugares cerrados (p.e. túneles). Ver tablas 14, 15, 16 y 17.

Tabla 14. Estadística descriptiva por reactivo del factor evitación del transporte público del inventario de movilidad. (TRANSP1)

Reactivo	Media	D. E.	Coefficiente Alfa de Cronbach
Estar lejos de casa	1.76	1.181	.887
Viajar en autobuses	1.76	1.193	.880
Caminar por la calle	1.63	1.137	.891
Viajar en trenes	1.73	1.246	.884
Viajar en el metro	1.90	1.333	.888
Estar en casa solo	1.57	1.054	.902
Parado haciendo fila	2.17	1.424	.891
Cruzar puentes	1.80	1.231	.899

Tabla 15. Estadística descriptiva por reactivo del factor evitación de lugares públicos del inventario de movilidad. (LUGAR)

Reactivo	Media	D. E.	Coefficiente Alfa de Cronbach
Salones de clase	1.56	1.044	.882
Teatros	1.73	1.240	.871
Restaurantes	2.08	1.423	.871
Tiendas departamentales	1.90	1.319	.871
Supermercados	1.88	1.332	.872
Garage de estacionamiento	1.64	1.283	.884
Lugares abiertos afuera (p.e. campos, calles anchas)	1.30	.822	.887
Auditorios o estadios	1.80	1.308	.888
Elevadores	1.89	1.348	.878

Tabla 16. Estadística descriptiva por reactivo del factor evitación de transportes de riesgo. (TRANSP2)

Reactivo	Media	D.E.	Coefficiente Alfa de Cronbach
Viajar en aviones	1.63	1.120	.751
Manejar o viajar en coche en todo momento	1.39	.885	.788
Manejar o viajar en coche en vías rápidas	1.61	1.110	.771
Viajar en barcos	1.81	1.258	.803

Tabla 17. Estadística descriptiva por reactivo del factor evitación de lugares altos o cerrados. (LUGARES)

Reactivo	Media	D.E.
Lugares altos	1.90	1.235
Lugares cerrados (p.e. túneles)	1.94	1.331

II. Estadística descriptiva de las escalas.

Los sujetos de la investigación presentan niveles bajos de sensibilidad a la ansiedad, de afectos negativos y positivos, así como también niveles bajos de evitación agorafóbica.

Respecto a la prueba Inventario de la Movilidad, referente a lugares públicos que evitó debido a la incomodidad o ansiedad que presentan (como teatros, supermercados, salones de clase, tiendas departamentales, museos, elevadores, auditorios o estadios, garaje de estacionamiento, restaurantes y lugares abiertos en sus dos modalidades (afuera (p.e. campos, calles anchas) y dentro(p.e. cuartos largos) , que abarcan 9 reactivos de dicho instrumento, la desviación estándar presentada fue de 8.48 siendo la más alta. En consideración la más baja fue, la prueba de Sensibilidad a la Ansiedad, referente a los reactivos relacionados con el control como: "es importante para mi no parecer nervioso", "es importante para mi mantener el control de mis emociones" y "me asusto cuando soy incapaz de

mantener mi mente concentrada en una tarea”, la desviación estándar fue de 2.13.

Como está señalado en la tabla 18.

Tabla 18.

Estadística descriptiva, alfa de Cronbach y número de reactivos de cada subescala.

ESCALA	MINIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	ASIMETRIA	ALFA	No. DE REACTIVOS
SUSTOFIS	5	20	11.6	3.60	.358	.81	5
CONTROL	3	13	7.50	2.13	.238	.60	3
AFECPOS	9	45	27.6	7.12	-.259	.85	9
AFECNEG	10	48	23.9	8.25	.518	.87	10
TRANSP1	8	40	14.3	7.59	1.66	.90	8
LUGAR	9	45	16.3	8.48	1.38	.89	9
TRANSP2	4	20	6.43	3.56	2.05	.82	4
LUGARES	2	10	3.84	2.19	1.01	.63	2
INTENTOS POR DEJAR DE FUMAR	-	-	>9*	-	-	-	1

Nota: el valor presentado es la moda

III. Relaciones entre las variables

1. Correlaciones

Para conocer si se logro el objetivo de la investigación, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson para determinar las relaciones entre las escalas de Sensibilidad a la Ansiedad (susto físico y control), Afectos positivos y negativos e

Inventario de la Movilidad (TRANSP1, LUGAR, TRANSP2 y LUGARES) con los reactivos de la Historia Medica de percepción de salud general y años de fumar. Para el caso del reactivo, intentos por dejar de fumar se calculó el coeficiente de correlación biserial-puntual por tratarse de una variable dicotómica.

Los resultados mostraron que:

- La percepción de una mala salud se asocia con mayor sensibilidad a la ansiedad ya que se presentó una correlación significativa entre las situaciones fisiológicas que van a producir o provocar susto en los individuos y el mantener el control de la emoción con la salud.
- Las personas tienden a sentirse con más sentimientos negativos y mayor necesidad de controlar su emoción cuando hay más de nueve intentos por dejar de fumar.
- Las personas que han intentado dejar de fumar más de nueve veces tienden a evitar en mayor medida todo tipo de lugares, transportes o situaciones que les generan incomodidad o ansiedad, puesto que se observó una correlación positiva con todos los factores del Inventario de Movilidad. Véase tabla 19.

Tabla 19

Correlaciones de las escalas Sensibilidad a la Ansiedad, Afectos Positivos y Negativos e Inventario de la Movilidad versus Salud, Intentos por dejar de fumar y años de fumar.

ESCALAS	SALUD	AÑOS DE FUMAR	INTENTOS POR DEJAR DE FUMAR
SUSTOFIS	.25*	.11	.12
CONTROL	.25**	.03	.25*
AF+	-.13	-.04	-.10
AF-	.14	.01	.36**
TRANSP1	-.02	.13	.36**
LUGAR	.01	.17*	.28**
TRANSP2	.09	.02	.32**
LUGARES	.18*	-.08	.32**

*p<.05, **p<.01

Nota: para la escala de Recaída se muestran los valores del coeficiente de correlación biserial-puntual por tratarse de una variable dicotómica, para las otras escalas el coeficiente que se presenta es del de correlación de Pearson.

En la tabla 20 se muestran las correlaciones del Inventario de Movilidad con la Escala de Afectos Positivos y Negativos; observándose que las sensaciones negativas tienen una correlación positiva y moderada con la evitación de los lugares y transportes mientras que las sensaciones placenteras tienen una correlación negativa y de menor magnitud con dicha evitación. Lo que da respuesta a la pregunta de investigación referente a saber si existe relación entre evitación agorafóbica y afectos positivos y negativos.

Tabla 20

Relación del Inventario de la Movilidad versus Escala de Afectos Positivos y Negativos

ESCALA	AFECTO+	AFECTO-
TRANSP1	-.18*	.40**
LUGAR	-.30**	.33**
TRANSP2	-.20*	.33**
LUGARES	-.14	.15*

*p<.05

**p<.01

2. Regresiones.

Se realizaron análisis de regresión lineal múltiple para identificar los predictores de la percepción de salud general para dar respuesta a la pregunta de investigación relacionada con dichos predictores. Los resultados arrojaron dos modelos relacionados; uno con la sensibilidad a la ansiedad en el tópico de susto que causan las alteraciones físicas siendo un predictor significativo y el otro relacionado con la evitación de transporte público que tuvo un coeficiente de mayor valor (-.36) en uno de los modelos. Cabe mencionar que aunque se identificaron los predictores mencionados, el porcentaje de varianza explicada es bajo. Véase tabla 21.

Tabla 21

Regresiones de la Variable dependiente (Historia Médica) versus Variable independiente Sensibilidad a la Ansiedad, Inventario de la Movilidad

VD	VI	BETA	R	R ²
Salud gral	sustofís	.24	.43	.19
	transp1	-.36		
Salud gral	sustofis	.23	.34	.11
	lugares	.20		

Para la variable intentos por dejar de fumar se realizó un análisis de regresión logística, dado que al ser una variable dependiente dicotómica no es factible realizar un análisis de regresión lineal y con este análisis poder resolver la pregunta de investigación ¿Qué relación existe entre los intentos por dejar de fumar, la evitación agorafóbica, y los afectos positivos y negativos?

Los predictores obtenidos fueron el afecto negativo y la evitación de lugares altos y cerrados, siendo éste último el que tuvo un coeficiente B de mayor magnitud (ver tabla 22). Tanto el afecto negativo como la evitación de lugares probabilizan el hecho de que las personas tengan más intentos por dejar de fumar dada su relación positiva. El modelo de regresión resultó pertinente como lo indicaron la R²

de Cox y Snell con un valor de .193 y la R^2 de Nagelkerke con valor de .365. Con este modelo se obtiene un porcentaje correcto de clasificación de 89.4% en términos globales, siendo el mejor pronóstico para aquéllos que tienen menos de nueve intentos para dejar de fumar (ver tabla 23).

Tabla 22

Regresión logística de la variable dependiente intentos por dejar fumar con Inventario de la Movilidad y la Escala de Afectos como variables independientes

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
AFECNEG	.153	.050	9.460	1	.002	1.166
LUGARES	.450	.159	7.990	1	.005	1.568
Constante	-8.185	1.939	17.815	1	.000	.000

Tabla 23

Porcentaje de clasificación correcta de los intentos por dejar de fumar

Observado		Pronosticado		
		Intentos por dejar de fumar		Porcentaje correcto
		Menos de nueve	Más de nueve	
Intentos por dejar de fumar	Menos de nueve	90	1	98.9
	Más de nueve	10	3	23.1
Porcentaje global				89.4

DISCUSION

Se encontró en la presente investigación los siguientes resultados:

La percepción de una mala salud se asocia con mayor sensibilidad a la ansiedad ya que se presentó una correlación significativa entre las situaciones fisiológicas que van a producir o provocar susto en los individuos y mantener el control de la emoción con la salud. 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 y McNally, 1985). Aunado a lo anterior, y que también sirve como argumento para reforzar lo encontrado en la investigación respecto a que la percepción de la mala salud está asociada a una mayor sensibilidad a la ansiedad es corroborada por (Caballo, Buela-Casal & Carrobes, 1995), que mencionan que tanto la ansiedad como el miedo activan cogniciones desagradables que se manifiestan en respuestas emocionales displacenteras, 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 sujetos de la investigación tienden a sentirse con más sentimientos negativos y mayor necesidad de controlar su emoción cuando hay más de nueve intentos por dejar de fumar. Esa demanda de controlar la emoción se ve reforzada por lo

mencionado por De la Gándara y Fuertes (1999), cuando una persona sufre ansiedad (nerviosismo) la propia percepción de este estado supone un reforzador ansiogénico muy importante (vergüenza, sentimientos de inseguridad o invalidez) ya que la autoimagen se deteriora al sentirse incapacitado, al mostrarse ante los demás como un individuo "nervioso" y al darse cuenta de que los otros pueden percibirlo y formarse una opinión negativa.

Los sujetos de la investigación que han intentado dejar de fumar más de nueve veces tienden a evitar en mayor medida todo tipo de lugares, transportes o situaciones que les generan incomodidad o ansiedad, puesto que se observó una correlación positiva con todos los factores del Inventario de Movilidad. Las fluctuaciones de la agorafobia pueden ser debidas a múltiples factores entre los que se cuentan la toma de alcohol, fármacos o drogas. Cabe mencionar que algunos agorafóbicos 13% usan alcohol y/o fármacos psicótrópos para afrontar sus problemas de ansiedad, pánico y evitación (Bados, 2000).

En general los resultados arrojaron niveles bajos en todas las variables : sensibilidad a la ansiedad, afectos positivos y negativos y evitación agorafóbica, en conclusión y por encontrar también que la población consideró su salud como buena, presentar afectos positivos como percibirse activo, decidido, entusiasta, orgulloso y el consumo de tabaco fue incipiente, se puede concluir para el objetivo de la presente investigación que no hay una relación significativa entre estas variables con dicho habito. Solo en el caso relacionado con los intentos por dejar

de fumar más de nueve veces, se encontró cierta grado de significancia con los sentimientos negativos, la necesidad de controlar sus emociones y evitar lugares que pudieran generarles incomodidad o ansiedad, en otras palabras la relación fue significativa con los intentos por dejar de fumar y no en sí con el hábito de fumar incipiente.

Hábito de fumar incipiente y sensibilidad a la ansiedad

Se encontraron bajos niveles en la sensibilidad a la ansiedad en relación con el hábito de fumar incipiente en sus dos rubros (sintomatología física y control de emociones). Estos niveles bajos se confirman con lo mencionado por (Bonn-Miller et al., 2005) quien ha encontrado que la sensibilidad a la ansiedad no se asocia con el hecho de ser dependiente a la nicotina o al número de cigarrillos consumidos, más bien, está asociado a los intentos por dejar de fumar. Los individuos con alta sensibilidad a la ansiedad son menos efectivos en el manejo de las sensaciones que eliciten la ausencia del cigarrillo, por lo que recaen con el fin de evitar dicha estimulación.

Afectos positivos-negativos y hábito de fumar incipiente

Se observó un nivel bajo en la mayoría de los reactivos en la escala de afectos negativos y moderado en nervioso, intranquilo y angustiado.

En cuanto a afectos positivos se presentaron niveles moderados en reactivos como activo, decidido, entusiasta y orgulloso.

Zvolensky, et al., (2004) propusieron un modelo de regulación de afecto entre fumar y el trastorno de pánico, este modelo postula que entre los fumadores regulares, la sensibilidad a la ansiedad 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 sensibilidad a la ansiedad podrían fumar como un medio para neutralizar la estimulación aversiva que lleguen a experimentar.

Evitación agorafóbica y habito de fumar incipiente

Los sujetos de la investigación reportaron evitar raramente lugares o situaciones mencionadas en el inventario (principalmente parados haciendo fila, en restaurantes, viajar en barco) y lugares cerrados (p.e. túneles). En otras palabras para ellos no hay problema con los sitios mencionados en la evitación agorafóbica. Las fluctuaciones de la agorafobia pueden ser debidas a múltiples factores entre los que se cuentan; la toma de alcohol, fármacos o drogas (Bados, 2000).

Altas tasas de tabaquismo se relacionan con un mayor riesgo de pánico en mujeres y (en hombres) jóvenes. Breslau y Klein (1999) señalan que no hay evidencia de que éstos incrementen el riesgo de fumar, más bien, fumar parece anteceder a éstos síntomas, probablemente porque el consumo de tabaco puede afectar la respiración y causar problemas pulmonares, lo cual puede dar la falsa sensación de asfixia, llevando a ataques de pánico.

Relación entre intentos por dejar de fumar, evitación agorafóbica y afectos positivos y negativos

Tanto el afecto negativo como la evitación de lugares hacen más probable el hecho de que las personas tengan más intentos por dejar de fumar dada su relación positiva siendo el mejor pronóstico para aquellos que tienen menos de nueve intentos por dejar de fumar.

Las fluctuaciones de la agorafobia pueden ser debidas a múltiples factores entre los que se cuentan preocupaciones, fatiga, estado emocional (el enfado puede reducir la conducta de evitación, mientras que la depresión la aumenta) Bados (2000).

Por otro lado, y referente a los afectos positivos y negativos las adolescentes y mujeres que fuman además de las amenazas a la salud física, están en riesgo de padecer problemas emocionales. En la Youth Risk Behavior Survey efectuada en Estados Unidos (CASA, 20002d), se encontró que era casi dos veces más probable

que las chicas de preparatoria que fumaban reportaran que se sentían deprimidas(tristes o desesperadas) que quienes no fumaban (47% vs 25.3%). Goodman y Capitman (2000) señalan que es casi cuatro veces más probable que las adolescentes fumadoras no deprimidas desarrollen síntomas depresivos durante el transcurso de un año que las no fumadoras.

Predictores de salud y hábito de fumar incipiente

No se encontró ningún predictor de percepción de salud, debido a que los resultados fueron bajos, solo significativo lo relacionado con la sensibilidad a la ansiedad en el rubro de susto que causan las alteraciones físicas. Aunado también a que la salud en términos generales de la población investigada fue buena. Lo anterior se puede sustentar con lo mencionado por (Clayton, 1992) respecto a los factores de protección en la adolescencia que se refieren a cualquier atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas.

Evitación agorafóbica y Afectos positivos y negativos

Sensaciones negativas tienen una correlación positiva y moderada con la evitación de los lugares y transportes mientras que las sensaciones placenteras tienen una correlación negativa y de menor magnitud con dicha evitación.

En otras palabras los sentimientos y emociones como angustia, molestia, susto, nerviosismo e intranquilidad, entre otros, se pueden presentar pero no de manera significativa, cuando los sujetos de la investigación se encuentran en lugares y transportes que les pueden ocasionar incomodidad o molestia, nunca llega al grado de evitación agorafóbica, ya que la mayoría de los agorafóbicos temen perder el control de sus propias reacciones y que su medio quede completamente fuera de control y los lleve a un ataque de pánico o algo peor (Bados, 2000).

Limitaciones y sugerencias

Esta investigación cuenta con una serie de limitaciones a considerar. En primera instancia se puede mencionar que la muestra de sujetos se suscribe únicamente a estudiantes de licenciatura, por lo que sería bueno abordar el mismo objetivo en una muestra de participantes más heterogéneas, incluso con fumadores que ya tienen el hábito, así como en personas que padecen una enfermedad provocada por el consumo del tabaco y en pacientes terminales cuya enfermedad esté relacionada con dicho consumo. Una segunda limitación fue no conocer el

consumo de tabaco diario, se propone agregar un cuestionario o una pregunta más específica para conocer dicho aspecto.

Se sugiere que a raíz de los resultados encontrados y para futuras investigaciones sería conveniente conocer qué tipo de intervenciones terapéuticas se podrían realizar para tratar la sensibilidad a la ansiedad. Así como realizar estudios con grupos de edad, sexo y nivel socioeconómico más amplio incluyendo el alcohol como otra variable en la investigación, considerando que el tabaco y el alcohol son drogas socialmente aceptadas.

REFERENCIAS

Andrucci, G. y Archer, R. y Pancoast, D. (1989). The relationship of MMPI and sensation seeking scales to adolescent drug use. *Journal of Personality Assessment*, 53, 2, 253-266.

Aragonés, R.(1981). Tabaquismo. Tesina. Facultad de Medicina. Depto de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental, Universidad Nacional Autónoma de México.

Arillo-Santillan, E., Thrasher, J., Rodríguez-Boláñoz, R., Chávez-Ayala, R., Ruiz-Velasco, S. y Lazcano-Ponce, E. (2007). Susceptibilidad al consumo de tabaco en estudiantes no fumadores de 10 ciudades mexicanas. *Salud Pública de México*, 49, supl. 2, S170-S181.

Arque, B. y Torrubia, B. (1987). Consumo de alcohol y tabaco, actividad de la amino oxidasa plaquetar y variables de la personalidad. *Psiquis Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicopatología* (Jan), 18, 1,43-47

Bados, L. A. (2000). Agorafobia y Ataques de Pánico. Madrid. Ediciones Pirámide. Pp. 19-40 y 237-243

Barefoot, J. y Smoth, R. y Dahlstrom, W. (1989). Personality predictors of smoking behavior in a sample of physicians. *Psychology and Health*, (Mar), 3, 1, 37-43.

Bass, C. (1988). Personality correlates of smoking behavior in men with heart disease. *Personality and Individual Differences*, 9, 2, 397-400.

Beck, A., Emery, G. & Greenberg. R. L. (1985) Anxiety disorders and phobias a cognitive perspective. New York: Basic Books, pp. 3.54.

Becoña, I. E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas, pp 156. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoría2/publica/publicaciones/home.htm>.

Becoña, E., Palomares, A. & Gracia, M. del P. (1994). Tabaco y salud: Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo. Madrid, España: Piramide.

Benowitz, N. L. (1988). Pharmacologic aspects of cigarette smoking and nicotine addiction. *The New England Journal of Medicine*, 17 (nov): 118-128

Berlanga, C. (1996) Evaluación Clínica y Tratamiento de los pacientes con Trastorno de Angustia. Estado Actual y Perspectivas. *Salud Mental*, 19, 52-57

Bernstein, A., Zvolensky, M.J., Kotov, R., Arrindell, W. A., Taylor, S., Sandin, B., Cox, B. J., Stewart, S.H., Bouvard, M., Jurado, S., Eifert, G. & Schmidt, N.B. (2006) Taxonomicity of Anxiety Sensitivity: Multinational Analysis, *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 1-22.

BM y OPS (Banco Mundial y Organización Panamericana de la Salud). (2000). La epidemia de tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Washington, DC: BM y OPS

Bobes, G. J., Bousoño, G. & col. (2001) Trastornos de Ansiedad y Trastornos Depresivos en Atención Primaria. Barcelona, España; Masson.

Bobes, G. J., Bousoño, M., Portilla, M.P.G. & Sáiz, P.A.. (2002) Trastorno de Ansiedad Generalizada. Barcelona, España; *Ars Medica*. 1.7; 51-71

Bonn-Miller, Zvolensky, Leen-Feldner, Feldner & Yartz, (2005) Marijuana Use Among Daily Tobacco Smokers: Relationship to Anxiety- Related Factors, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 279-289

Brailowsky, S. (2003). Las sustancias de los sueños. *Neuropsicofarmacología*. (tercera edición). México. Fondo de Cultura Económica, pp.35-115.

Brandon, T.H. (1994). Negative affect as motivation to smoke. *Current Directions in Psychological Science*, 3, 33-37.

Breslau, N., & Klein, D. F. (1999). Smoking and panic attacks: An epidemiologic investigation. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1141-1147.

Burt, R. D., Dinh, K. T., Peterson, A. V., & Sarason, I. G. (2000). Predicting adolescent smoking: prospective study of personality variables. *Preventive Medicine*, 30, 115-125.

Caballo, V.E., Buéla-Casal, G. & Carrobes, J.A. (1995) Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos. España. Siglo Veintiuno, pp. 257-550

Chappa, H.J. (2006) Tratamiento integrativo del Trastorno de Pánico. Editorial Paidós. Buenos Aires-Barcelona-México, pp. 24-29.

Calleja, B. N. (2009). Prevención de Tabaquismo en Mujeres adolescentes. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Cannon, W.B. (1941) La sabiduría del cuerpo. México, Seneca.

CASA (The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University) (2002d). *CASA analysis of the Youth Risk Behavior Survey (YRBS)*, 1999. Atlanta, GA: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

CASA (The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University) (2003a). *Food for thought: Substance abuse and eating disorders*. New York. The National Center Addiction and Substance Abuse (CASA) at Columbia University.

Carlson, N. R. (2001). *Physiology of Behaviour*. (séptima edición). Boston, Londres: Allyn and Bacon, pp. 96-129 y 583-609.

Castro, S.M.E. y Maya, M. A. y Aguilar, M. A. (1982). Consumo de sustancias tóxicas y tabaco entre la población estudiantil de 14 a 18 años. *Salud Pública de México*, 24, 5, 565-574.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). (2008b). *Global Youth Tobacco Survey (GYTS)*. Data Results by Country and Year. Recuperado en noviembre de 2008, de www.cdc.gov/tobacco/global/gyts/results.htm

Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A. & Valente, R. M. (1999). Escalas PANAS de Afecto Positivo y Negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51.

Cía, H. A. (2006). Como superar el pánico y la agorafobia. *Manual de Autoayuda*. Buenos Aires; Editorial Polemos. Pp. 38-39.

Clayton, (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Picked (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp.15-51). Washington, DC: American Psychological Association. (CHECAR NOMBRE)

Contreras, M. L. I. (2006) Evaluación de Respuestas Psicofisiológicas en fumadores durante un periodo de abstinencia a la nicotina. Tesis Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

Costa, P. y McCrae, R. (1981). Stress, smoking motives, and psychological well-being: The illusory benefits of smoking. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 13, 125-150.

Cottraux, J. y Schbath, J. y Messy, P. et. Al. (1986). Predictive value of MMPI scales on smoking cessation programs outcomes. *Acta Psychiatrica Bélgica*, (Jul-Aug), 86, 4, 463-469.

Cox, B. J., Endler, N. S. & Swinson, R. P. (1995) Anxiety Sensitivity and Panic Attack Symptomatology,. *Behavior Research and Therapy*, 33, 833-836

De la Gándara, M.J. (1998). Estrés y trabajo. El síndrome de Burnout. Madrid, España; Cauce Editor.

De la Gándara, M.J., Fuertes, R. J. C., (1999) Angustia y ansiedad. Causas, síntomas y tratamientos. Barcelona, España; Editorial Piramide pp. 11-29; 37-45 y 45-77.

Diccionario de Psicología (1977). Barcelona. Editorial Herder.

Dirección General de Epidemiología. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Secretaría de Salud (1990). Encuesta Nacional de Adicciones (Tabaco), México, 11-48.

Domier, C.P., Monterosso, J. R., Brody, A. R., Simon, S. L., Mendrek, A., Olmstead, R., et al. (2007). Effects of cigarette smoking and abstinence on Stroop task performance. *Psychopharmacology*, 195, 1-9.

Donnell y McNally. (1988) Anxiety Sensitivity and History of Panic as Predictors of response to Hyperventilation. *Behavior Research and Therapy*, 27. 325-332.

Drobes, D., Elibero, A., & Evans, D. E. (2006). Attentional bias for smoking and affective stimu: A Stroop task study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 490-495.

DSM-IV Morrison, J. Guía para el diagnóstico clínico. (2008) México, Manual Moderno

DSM-IV-TR. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. APA (2002). USA: Masson pp. 451-456

Elizalde, G. V. E. (2006). El trastorno de pánico. Tesis Licenciatura, Facultad de psicología, UNAM.

Ellis, A. (2000) Cómo controlar la ansiedad antes de que lo controle a usted. México, Paidós. Autoayuda, pp. 13-38

Enciclopedia Práctica de Psicología. (1991). Volumen 1. La mente humana. Barcelona, Plaza & Janes Editores, S.A.

Enciclopedia Temática de Psicología. (1980). Dirección de Leonardo Ancoy y 35 col. En distintas especialidades. Tomo Primero. Barcelona. Editorial Herder.

Escohotado, A. (1994). Las drogas. De los orígenes a la prohibición. Madrid, España; Alianza,

Fagestrom, K. y Sawe, U. (1989). Dejar de fumar y características de personalidad en pacientes con enfermedad adquirida por el tabaco con especial referencia a las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 2, 3, 59-65.

Feldman, R. S., Jerrold, S. M., Quenzer, L. F. (1998). Principles of Neuropsychopharmacology. USA: Sinauer Associates Inc. Publishers, pp. 591-624

File, E.S., Cheeta, S., Irvine, E.E., Tuvvi, S. & Akthar,, M. (2002). Conditioned anxiety to nicotine. Psychopharmacology 164: 309-327

Freedman. A.M., Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1975) Compendio de Psiquiatría. Salvat Editores. Barcelona.

Freud, S. (1973) La Neurastenia y la Neurosis de Angustia. Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva (Trabajo original en 1895)

Garma, A., et al. Selec de R. A. (1971) Psicología del fumador. Buenos Aires.

Gilbert, D. (1988). EEG and personality differences between smokers and nonsmokers. Personality and Individual Differences, 9, 3, 659-665.

Glover, E. y Holbert, D. y Alston, P. y White, D. M. y Edmundson, E. W. (1990). Personalities of current users and quitters of smokeless tobacco. *Health Values*, 14, 42-45.

Gold, M. S. (1997). Treating cigarette smokers. *Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU*, 1-10

Goldstein, A. (2003). Adicción, de la Biología a la Política de las Drogas. Barcelona, España: Ars. Medica, pp. 17-23; 117-135

Goldstein, J. H. & Chambless, D.L. (1978) A Reanalysis of Agoraphobia. *Behavior Therapy*. 9, 47-59.

Goodman, E., & Capitman, J.(2000). Depressive symptoms and cigarette smoking among teens. *Pediatrics*, 106, 748-755.

Greenberg, T. & Bornstrin, R.(1988). The dependent personality : II. Risk for psychological disorders. *Journal of Personality Disorders*, (Sum), 2, 2, 136-143.

Grobe, C. & Campbell, E. (1990). Who is using what in the public schools: The interrelationships among alcohol, drug and tobacco use by adolescent in New Brunswick classrooms. *Journal of Alcohol and Drug Education* (Spr), 35, 3, 1-11.

Guido, M. & Valadez, T. (2008). Emociones y Sentimientos. México, Argentina, España. Edit. Trillas.

Hao, W. & Yang, D. (1992). Factors influencing the outcomes of smoking cessation program for 107 smokers. *Chinese Mental Health Journal* (Oct), 6, 5, 194-206.

Hernández, S. R., Fernández, C. C. & Baptista, L. P. (1991). Metodología de la Investigación. México, Bogotá, Buenos Aires, Caracas, Guatemala, etc. McGraw Hill.

Hollander, E. & Simeon, D. (2004) Guía de Trastornos de Ansiedad. Madrid, España: Elsevier.

Imperato, P, & Mitchell, G. (1986). Cigarette smoking: "A chosen risk". *New York State Journal of Medicine*, (Sep), 86, 9, 485-489.

INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática). (2002). *Encuesta Nacional de Adicciones. 2002. Tomo Tabaco*. México: INEGY, SS, Dirección General de Epidemiología, CONADIC, INP-RFM.

Ingra, V. & Irwin, C. E. (1996). Theories of adolescent risk-taken behavior. En R.J. Diclemente, W. B., Hansen, & L. E. Ponton, (Eds.), *Handbook of adolescent health risk behavior*, (pp 35-48). New York and London: Plenum Press.

Instituto Nacional del Consumidor. (1985). Hábitos de consumo de tabaco de la población estudiantil de la Cd. De México. Serie: Temas de Actualidad/2, Documento Interno. México, D.F., Mayo.

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Secretaria de Salud. Folletos de Divulgación sobre Temas de la Patología Respiratoria: Daños a la Salud por el Tabaquismo (2nd. Ed). (1991). México.

Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence. A psychosocial framework for understanding an action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.

Jones, R. & Hartmann, B. (1988). Ego identity: Developmental differences and experimental substance use among adolescents, *Journal of Adolescence*, (Dec), 11, 4, 347-360.

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.

Ketterer, M. & Maercklein, G. (1992). The association of Friedman's pathogenic emotions (AIAI) with current smoking, but not smoking history, in males suspected of coronary artery disease (CAD). *Stress Medicine*, (Apr), 8, 2, 99-103.

Koob, G., F. & Bloom, F. E. (1998). Cellular and Molecular Mechanisms of Drug Dependence. *Science*, (Noviembre)4: 242: 715-723.

Kozicki, Z. (1986). Why do adolescents use substances (drugs/alcohol)? *Journal of alcohol and Drug Education*, (Fal), 32, 1, 1-7.

Kriebel, R., Ganz, R. E. & Stacher, K. H. et. al. (1992). Towards an empirical analysis of typical and nontypical smokers. *Zeitschrift fur Differentielle und Diagnostische Psychologie*. (Dec), 13, 4, 221-231.

Kuri-Morales, P., Alegre-Díaz, J., Mata-Miranda, M., P & Hernández-Ávila, M. (2002). Mortality attributable to tobacco smoking in México. *Salud Pública Mex*, 44 (supl 1), 29-33

Ladero, L. & Leza, L. (1998). *Drogodependencia: Farmacología, patología, psicología, legislación*. Madrid, España: Panamericana, pp. 3-21; 329-385,

Lara, C.M. A.& Balzaretto, G. M. & cols (1984). Opiniones, actitudes y consumo de tabaco en una institución de salud pública. *Salud Pública de México*, 26, 123-130.

Lavouvie, E. & McGee. Y Connell, R. (1986). Relation of personality to alcohol and drug use in adolescence. *Journal of consulting and clinical psychology*, (Jun), 54, 3, 289-293.

Lazarus, S. R. & Lazarus, N. B. (1994). *Pasión y razón*. Barcelona, Buenos Aires, México. Paidós.

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

Leen-Feldner, E.W., Reardon, L.E., Mckee, L.G., Feldner, M.T., Babson, K.A., Zvolensky, M.J. (2006) The Interactive role of anxiety sensitivity and pubertal status in predicting anxious respondings to bodily sensation among adolescents, 34, 799-812

Leen., Feldner., E.W., Zvolensky, M.J., Lent, J. V., Vujanovic, A.A., Bleaut, T., Bernstein, A., Bielawski-Branch, A., Feldner, M.T. (2007). Anxiety Sensitivity Moderates Relations among Tobacco smoking, Panic Attack, Symptoms, and Bodily Compliants in Adolescents, 29, 69-79

Leshner, A. (2004). "Adicción a la Nicotina". *Revista de las Adicciones*. Boletín 017: 1-11.

Lester, D. & Parilis, G. (1986). Personality correlates of the use of marihuana, tobacco and beer. *Psychological Reports*, (Oct), 59, 2, (Pt 1), 414

Lester, D. & Collins, M. (1988). Reasons for smoking and personality: A preliminar study. *Psychological Reports*, (Feb), 62, 1, 304.

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.

Lyvers, S.M., Boyd, G. & Maltzman, I. (1987). Smoking personality, and imagery preference in relation to spontaneous bilateral electrodermal activity. *Pavlovian Journal of Biological Science*, (Jan-Mar), 22, 1, 7-15.

Mackay, J., Eriksen, M. & Shafey, O. (2006). *El atlas del tabaco*. Atlanta, GA: American Cancer Society.

MacLeod, C. M. & MacDonald, P. A. (2000). Interdimensional interference in the Stroop effect: Uncovering the cognitive and neural anatomy of attention. *Trends in Cognitive. Science*, 4, 383-391.

MacLeod, C. M. (1991). Half a century of research on the Stroop Effect: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 109, 163-203

Maisto, S. A., Galizio, M. & Connors, G. J. (1999). *Drug Use and Abuse*. (tercera edición). USA: Harcourt Brace Collage Publishers, pp. 2-88 y 142-162; 364-406

Mam, G.Y. (1998). *Transtornos de la Ansiedad en niños: variables interactivas familiares y patrones de crianza como predictores de riesgo*. Tesis posgrado, Facultad de Psicología, UNAM.

Marston, A., Jacobs, D., & Singer, R. et. Al. (1988). Adolescents who apparently are invulnerable to drug, alcohol and nicotina use. *Adolescence*, (Fal), 23, 91, 593-598.

Martínez Berriozabal, J. C. (2008). *Creencias y tabaquismo en universitarios*. Tesis de Maestría en Psicología Social. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

McNeill, A. D. (1991). The development of dependence on smoking in children. *British Journal of Addiction*, 86, 589-592

Murdaugh, C. & Hinshaw, A. (1986). Theoretical model testing to identify personality variables effecting preventive behaviors. *Nursing Research*. (Jan-Feb), 35, 1, 19-23.

Narváez, L. A. (1985). Condiciones psicosociales del hábito tabáquico: un estudio exploratorio. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.

Nirmala, M. & Swaminathan, V. (1985). Cigarette smoking and personality. *Social Defence*, (Apr), 20, 80, 25-29.

Noriega, L. J., Puente Silva, F.G., & De la Garza, J. (1983). Encuesta sobre el hábito de fumar en 495 médicos de siete centros hospitalarios de la Ciudad de México. Trabajo presentado en: Taller Internacional "La Salud y el Control del Hábito de Fumar", (Octubre), México, D. F.

Ortega, A.M. (2005) Estilos de Afrontamiento en pacientes fumadores que concluyen su tratamiento y pacientes fumadores desertores. Tesis Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

Patil, R. & Chengti, S. (1987). A study on smoking personality characteristics of farmers of rural Gulbarga.

Poole, M. & Evans, G.(1987). Substance use: A life skills perspective. Special Issue: Juvenile substance use and human development: New perspectives in research and prevention. *European Journal of Psychology of Education*, (Dec), 2, 4, 403-419.

Puente, S. et. Al. (1984). Experiencias de la clínica de tabaquismo. Resultados de un programa educativo conductual. *Salud Mental*, 7, 2, 62-68.

Quattroky, E., Baird, A., & Yurgelun-Todd, D. (2000). Biological aspects of the link between smoking and depression. *Harvard Review of Psychiatry*, 8, 99-110.

Ravagan, L.M. (1981) El origen de la angustia. Argentina: Universitaria

Reiss, S. & McNally , R. J. (1985) The Expectancy Modelo f 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.

Russell, M. A. H., Peto, J. & Patel, U. A.(1974). The classification of smoking by Factorial Structure of Motives. *J. R. Statis. Soc. A*, 137, Part 3.

Rusted, J. M., Caulfield, D., King, L., & Goode, A. (2000). Moving out of the laboratory: Does nicotine improve everyday attention?. *Behavioural Pharmacology*, 11, 621-629.

Samet, L.M. (2002) The risk of active an passive smoking. *Salud Pública Mex*, 44 (supl 1) 144-160

Sansores, R., Córdoba, M.P., Espinosa, M., Herrera, L., Ramírez, A., Martínez, L.A & Villalba, J. (1998) Evaluación del programa cognitivo conductual para dejar de fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. *Revista Inst. Nal. Enf. Resp. Mex*, 11 (1), 29-35

Salazar-Martínez, E., Sánchez-Zamorano, L., M. López-Padilla, L., A. Estrada-Nájera, A., Iazcano-Ponce, E., C. & Hernández-Ávila, M. (2002). Cardiovascular heart disease attributable to smoking. *Salud Pública Mex*, 44 (supl 1), 34-43.

Sarmiento, S. C. (2010). Predictores personales y familiares del consume de drogas y de la Ideación Suicida en Estudiantes de Bachillerato. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Seco, M. (2006). *Diccionario del Estudiante*. Real Academia Española. México: Santillana.

Sieber, M. & Angst, J. (1990). Alcohol, tobacco and cannabis; 12 –year longitudinal association with antecedent social context and personality. *Drug and Alcohol Dependence*, (Jun), 25, 3, 281-292.

SSA (Secretaría de Salud).(1990). *Encuesta Nacional de Adicciones*. 1988. Tomo Tabaco. SS, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría.

SSA (Secretaría de Salud).(1998). *Encuesta Nacional de Adicciones*, 1998, Tomo Tabaco, SS, Dirección General de Epidemiología.

Stacy, A., Sussman, S. & Dent, C. et. Al.(1992). Moderators of peer social influence in adolescent smoking. *Personality and Social Psychology Bulletin*, (Apr), 18, 2, 163-172.

Suárez, G.M.G. (2005). Percepción del ambiente familiar en pacientes con ataques de pánico y sus familiares. Tesis Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM

Stein, J.D. & Hollander, E. (2004) Tratado de los Trastornos de ansiedad. Barcelona, España: Ars Medica, pp. 3-113.

Tapia, C.R. (2001) Las adicciones: Dimensión, impacto y perspectivas, (2nd ed). México; Manual Moderno.

Tapia-Conyer, R., Lazcano, R., Medina-Mora, M. E., Solache, G., León, G., Otero, B. R., Rascón, M. L. & Sepúlveda, J. (1990). El hábito de fumar en la Ciudad de México. Boletín Mensual de Epidemiología. Sistema Nacional de Salud, Marzo, 5, 3-

Tapia-Conyer, R., Medina-Mora, M. E., León, A. G., Rascón, M.L., Lazcano, R. F., Solache, A. G., Otero, B. R. & Sepúlveda, J. (1990). El consumo de tabaco en el Distrito Federal. Salud Mental, (Diciembre), 13, 4.

Tapia-Conyer, R., Medina-Mora, M. E., Sepúlveda, J., De la Fuente, R. & Kumate, J. (1990). La Encuesta Nacional de Adicciones de México. Salud Pública, (Septiembre-Octubre), 32, 5.

Tapia, J. R. (1980). Tabaquismo. Salud Pública de México, 22 (6), 601-615

Taylor, S. (1995) Anxiety Sensitivity: Theoretical Perspectives and Recent Findings. Behavior Research Therapy, 33, 243-258

Taylor, S. & Cox, B.J. (1997) An Expanded Anxiety Sensitivity Index: Evidence for Hierarchic Structure in a Clinical Sample. (Inédito).

Taylor, S., Cox, B.J., Holaway, R. M., Stewart, S.H., Eng, W., Arrindel, W.A., Jurado, S., Zvolensky, M. J., Deacon, B., Abramowitz, J. S., Sandin, B., Coles, M., Daly, E. S. & Bouvard, M. (2007) Robust Dimensions of Anxiety Sensitivity: Development and Initial Validation of the Anxiety Sensitivity Index-3, Psychological Assessment, 19, 176-188.

Tokheim, C., Wanzelried, J. & Powell, F. (1990). Cigarette smoking: Effect on perceptions of source credibility. Psychological Reports, (Jun), 66, 3, Pt 2, 1388-1390.

Tovar-Guzmán, V., J. Barquera, S. & López-Antuñano, F., J. (2002). Mortality trends of cancer attributable to tobacco smoking. México. Salud Pública Méx, 44(supl 1), 20-28.

US Department of Health and Human Services. (1982). The health consequences of smoking: cancer. A report of the Surgeon General. Rockville, Maryland: Public Health Service office on smoking and Health. (DHHS Publication No. (PHS), 82-50179).

Valdés-Salgado, R., Micher, J. M., Hernández, L., Hernández, M. & Hernández-Ávila, M. (2002). Tendencias del consumo de tabaco entre alumnos de nuevo ingreso a la UNAM, 1989 a 1998. *Salud Pública de México*, 44, supl. 1, 44-53.

Valdés-Salgado, R., Thrasher, J., Sánchez-Zamorano, L. M., Lazcano-Ponce, E., Reynales Shigematsu, L. M., Meneses-González, F. et al. (2006). Los retos del Convenio Marco para el Control del Tabaco en México: Un diagnóstico a partir de la Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes. *Salud Pública de México*, 48, supl. 1, S5-S16.

Velasco, N.A. & González, F.J. (1988) Compendio de psicofarmacología. España; Díaz de Santos.

Velázquez, M. G. y et. Al. (1992). Prevalencia y consumo de tabaco de una población estudiantil de siete escuelas secundarias del D.F. *Salud Mental*, (Septiembre), 15, 3.

Villar, E., Viñas, F., Ferrer, J. J., Caparros, B., & Cornellá, C. M. (2004). Dimensiones psicopatológicas asociadas al consumo de tabaco en población universitaria. *Anales de Psicología*, 20(1), 33-46. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx>.

Volkow, N. D., Fowler, J. S., & Wang, G. J. (2003). The addicted human brain: insights from Imaging Studies. *The Journal of Clinical Investigation* 112: 1444-1451.

Von Knorring, L. & Orelund, L. (1985). Personality traits and platelet monoamine oxidase in tobacco smokers. *Psychological Medicine*, (May), 15, 2, 327-334.

Walters, A. J. & Feyerabend, C. (2000). Determinants and effects of attentional bias in smokers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14, 111-120.

Warren, C. W., Riley, L., Asma, S., Eriksen, M., Green, L., Blanton, C., et al. (2000). El consumo de tabaco entre jóvenes: Informe de vigilancia de la Encuesta

Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes. *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 868-876.

Watson, D. (2000) *Mood and Temperament*. Nueva York, Guilford Press.

Webster, R.A. & Stanford, S.C. (2002). Neurotransmitters, drugs and brain functions. New York, USA: Edit. Jhon Wiley and Sons, LTD. Cap. 19. Anxiwty, 116-136: 395-423.

West, R. & Lennox, S. (1992).Function of cigarette smoking in relation to examinations. *Psychopharmacology*, 108, 456-459.

Winefield, H. & Winefield, A. y Tiggemann, M. et. Al. (1989). Psychological concomitans of tobacco and alcohol use in young Australian adults. *British Journal of Addiction*, (Sep), 84, 9, 1067-1073.

World Health Organization (2003). *Tobacco or Health: a global status report*, pp 12-27

Zvolensky, M. J., Arrindell, W. A., Taylor, S., Bouvard, M., Cox, B. J., Stewart, S. H., Sandin, B., Jurado, S. & Eifert, G.H. (2003). Anxiety Sensitivity in Six Countries. *Behavior Research Therapy*, 41, 841-859

Zvolensky, M.J., Feldner, M.T., Leen-Feldner, E., Bonn-Miller, M. O., Mcleich, A.C., & Gregor, K. (2004). Evaluating the role of anxiety sensitivity in smoking outcome expectancies among regular smokers, *Cognitive Therapy and Research*, 28, 473-486.

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

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