



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA

**ALEXITIMIA Y CONSUMO DE TABACO EN UNA MUESTRA DE ADULTOS
JÓVENES**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA
ENFERMEDAD**

PRESENTA:

MARTHA KARINA VARGAS PÉREZ

DIRECTOR: DR. BENJAMÍN DOMÍNGUEZ TREJO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

COMITÉ: DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DRA. MARÍA MONTERO Y LÓPEZ LENA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DR. ARIEL VITE SIERRA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX.

AGOSTO, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mi papá†, a mi mamá y a mi hermana.

A la Universidad Nacional Autónoma de México.

A la Dra. Corina Cuevas Renaud por su confianza y apoyo.

Al Dr. Benjamín Domínguez Trejo por su confianza y apoyo y por ser siempre un ejemplo de bondad y excelencia.

A la Dra. Mariana Gutiérrez Lara, el Dr. Samuel Jurado Cárdenas, la Dra. María Montero y López Lena y el Dr. Ariel Vite Sierra, por su calidez y confianza y por sus valiosas aportaciones a este trabajo de investigación.

A todos mis docentes de la Especialidad de la Facultad de Psicología, UNAM; por transmitir y compartir el conocimiento siempre con pasión y esmero.

A Liliana, Ruth y Sara por la amistad, el apoyo y las alegrías.

A mi amor... por impulsarme e inspirarme siempre.

Índice

	<i>Página</i>
Resumen	5
CAPÍTULO 1: CONSUMO DE TABACO	7
Panorama epidemiológico	7
Impacto del consumo de tabaco en la salud	9
La nicotina y el cerebro	15
Factores asociados al consumo de tabaco	16
CAPÍTULO 2: ALEXITIMIA	18
Antecedentes	18
Perfil	20
Etiología	21
Relación alexitimia y consumo de sustancias	22
Pregunta de investigación	24
Objetivos	24
MÉTODO	25
Participantes	25
Criterios de inclusión	25
Muestreo	26

Tipo de estudio	26
Tipo de diseño	26
Definición de variables	26
Instrumentos	27
Procedimiento	27
RESULTADOS	29
Análisis descriptivo	29
Análisis estadístico	31
Discusión	35
Limitaciones del estudio	37
Conclusiones	38
REFERENCIAS	40
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	50
ANEXOS	52

Resumen

La epidemia del tabaquismo es un problema de salud pública de importancia internacional, constituye un factor de riesgo de seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo y el principal factor de riesgo común de las enfermedades crónicas y de las no transmisibles responsables de casi dos tercios de la mortalidad mundial (OPS, 2018).

La alexitimia se considera un estado tanto cognitivo como afectivo caracterizado por: a) Dificultad para identificar y describir emociones; b) Dificultad para distinguir entre las emociones y las sensaciones corporales del arousal (activación) emocional; c) Reducción o ausencia del pensamiento simbólico evidenciado por la carencia de procesos imaginarios así como de fantasías y sueños; y d) Un estilo cognitivo orientado hacia lo externo y concreto desprovisto de contenido afectivo (Taylor, Parker & Bagby, 1990); la cual es considerada un factor psicológico asociado con procesos adictivos.

En torno a la adicción, la evidencia sugiere que la mayoría de las drogas de abuso ejercen sus efectos de recompensa mediante la activación de circuitos de recompensa en el cerebro y que, si bien la experimentación inicial con drogas es en gran medida un comportamiento continuo, la sustancia afecta la función cerebral al interferir con la capacidad de ejercer el autocontrol sobre los propios comportamientos de consumo y favorece que el cerebro sea más sensible al estrés y a estados de ánimo negativos (Volkow & Morales, 2015; Shibata *et al.*, 2014).

El interés de este estudio surge a partir de que la alexitimia se encuentra asociada con una incapacidad para identificar –y por lo tanto- regular emociones y la adicción favorece estados emocionales negativos; de manera que se examina si existe una relación entre la presencia de alexitimia y el nivel de dependencia a la nicotina, específicamente al fumar tabaco, puesto que de existir esta relación, las personas alexitímicas no identificarían las emociones negativas o malestar emocional que les genera la dependencia o ante los cuales los vulnera, permitiendo que éste progrese y desencadene en un pronóstico desfavorable y detrimento de su salud física y mental.

Abstract

The tobacco epidemic is a public health problem of international importance, it constitutes a risk factor for six of the eight main causes of mortality in the world and the main common risk factor for chronic and non-communicable diseases responsible for almost two thirds of global mortality (PAHO, 2018).

Alexithymia is considered both a cognitive and an affective state characterized by: a) Difficulty identifying and describing emotions; b) Difficulty distinguishing between emotions and bodily sensations of emotional arousal (activation); c) Reduction or absence of symbolic thought evidenced by the lack of imaginary processes as well as fantasies and dreams; and d) A cognitive style oriented towards the external and concrete devoid of affective content (Taylor, Parker & Bagby, 1990); which is considered a psychological factor associated with addictive processes.

Regarding addiction, evidence suggests that most drugs of abuse exert their rewarding effects by activating reward circuits in the brain, and that while initial drug experimentation is largely ongoing behavior, the substance affects brain function by interfering with the ability to exercise self-control over one's own consumption behaviors and makes the brain more sensitive to stress and negative moods (Volkow & Morales, 2015; Shibata et al., 2014).

The interest of this study arises from the fact that alexithymia is associated with an inability to identify –and therefore- regulate emotions and addiction favors negative emotional states; Thus, it is examined whether there is a relationship between the presence of alexithymia and the level of nicotine dependence, specifically when smoking tobacco, since if this relationship existed, alexithymic people would not identify the negative emotions or emotional distress that dependence generates or to which they are vulnerable allowing it to progress and trigger an unfavorable prognosis and detriment to their physical and mental health.

CAPÍTULO 1

Consumo de tabaco

Panorama epidemiológico

Panorama internacional

La Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2018), señaló como hallazgos sobre la prevalencia del consumo de tabaco a nivel mundial:

- La prevalencia mundial de fumadores ha disminuido, pero el número absoluto de fumadores apenas ha cambiado desde el comienzo de este siglo debido al crecimiento de la población.
- Actualmente hay 1 mil 100 millones de fumadores adultos en el mundo y al menos 367 millones de consumidores de tabaco sin humo.
- En la Región de las Américas hay 132 millones de fumadores. La prevalencia de fumadores en la región ha disminuido de 22.1% en el año 2007 a 17.4 % en el año 2015.
- En 2015, el 6,5% de la población mundial de 15 años o más consumía tabaco sin humo (8.4% para los hombres y 4.6% para las mujeres).
- En el año 2000, 43% de hombres de 15 años y más en todo el mundo fumaron tabaco en comparación con el 34% de 2016; mientras que 11% de las mujeres fumaron en 2000, en comparación con el 6% de 2016.
- En la Región de las Américas, en el año 2000 la prevalencia de hombres fumadores era de 33.4% comparado con el 22% de 2015. Entre las mujeres, en el año 2000 era de 22.6% en comparación con el 12.9% de 2015.
- Más de la mitad de todos los Estados Miembros de la OMS han reducido la demanda de tabaco, y casi **uno de cada cuatro probablemente alcanzará el objetivo de reducción del 30% para 2025**. Sin embargo, actualmente uno de cada cuatro países tiene datos insuficientes para monitorear su epidemia de tabaquismo.

Panorama nacional

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017 [ENCODAT] (INPRFM, INSP, CONADIC, SS, 2017) señaló que México tenía una población de 85.2 millones de habitantes de 12 a 65 años de edad (44 millones 93 mil mujeres, 41 millones 168 mil hombres) de los cuales 14.9 millones eran fumadores (3.8 millones de mujeres y 11.1 millones de hombres), 5.4 millones fumaban diariamente y 9.4 millones fumaban de manera ocasional.

Otros datos relevantes para este grupo etario son:

- La prevalencia del consumo de tabaco diario era menor en las mujeres (3.1%) comparado con los hombres (10.0%); de igual manera ocurría con el patrón de consumo ocasional (5.6% mujeres, 17.0% hombres).
- La prevalencia de ex fumadores se señalaba en 15.4% (13 millones) de los cuales 3.4% consumían a diario y 12.0% de manera ocasional.
- La edad promedio de inicio de consumo de tabaco diario fue de 21.0 años en las mujeres y de 18.8 años en los hombres.
- Quienes fumaban a diario, lo hacían en promedio con 7.4 cigarrillos al día (6.4 mujeres, 7.7 hombres).
- La prevalencia global del uso de tabaco sin humo fue de 0.6%, esto es menos prevalente en las mujeres (0.4%) en comparación con los hombres (0.9%).
- Más de 1.8 millones de fumadores (12.3) fumaron su primer cigarro dentro de los primeros 30 minutos después de levantarse.
- El 73.6% de los fumadores activos se encontraba interesado en dejar de fumar en el futuro (74.3% mujeres, 73.3% hombres).
- En 2017, 2.9 millones de fumadores abandonaron el consumo de tabaco (16.3%) siendo las mujeres quienes más lo hicieron (22.1%) comparadas con los hombres (14.1%).

Dichos datos señalan una disminución del consumo de tabaco en diferentes grupos etarios; lo cual coincide con lo expresado por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud donde señalan que el consumo de tabaco ha disminuido y se prevé un continuo decremento en los próximos diez años particularmente en la región de las Américas (OEA/CICAD, 2019; OMS, 2019b).

Impacto del consumo de tabaco en la salud

Además de lo que implica la proclividad a presentar una conducta adictiva, resulta importante destacar el incremento en el riesgo de desarrollar alguna enfermedad asociada al tabaquismo. Lo anterior debido a que el tabaco representa un riesgo para la salud aun sin ser consumido directamente, lo anterior debido a que éste ha sido catalogado por la Organización Mundial de la Salud, la Agencia Estadounidense de Protección del Medioambiente y el Departamento Estadounidense de Salud y Servicios Humanos, como carcinógeno de grado A, es decir, que carece de un nivel seguro de exposición (National Cancer Institute, 2018; U.S. Department of Health and Human Services, 2014; OMS, 2019a).

Además, se ha estimado que la mitad de los fumadores muere de una enfermedad relacionada al consumo de tabaco y que viven en promedio de 10 a 15 años menos que los no fumadores (Doll *et al.*, 2004; OMS, 2019a).

En México se estimó que hace 4 años existían 14 millones de adultos fumadores activos y aproximadamente 11 millones no fumadores en riesgo ya sea porque son consumidores o porque estaban expuestos al HTA (OPS-INSP, 2017).

Morbilidad

Algunos daños a la salud relacionados con el tabaquismo son los que se muestran a continuación¹:

Enfermedades respiratorias

Significativamente mayor mortalidad y morbilidad respiratoria, disminuye el crecimiento pulmonar, puede presentarse la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), enfermedades respiratorias intersticiales (asociada a la histiocitosis X, fibrosis pulmonar idiopática y bronquiolitis respiratoria), asma bronquial e hiperreactividad bronquial, alteración del mecanismo mucociliar de defensa respiratoria, carcinogénesis pulmonar y del tracto respiratorio, entre otras.

¹ Es importante señalar que las enfermedades aquí presentadas son causadas también por otras condiciones y no exclusivamente por el tabaquismo.

Además, el riesgo relativo de muerte por todas las causas en fumadores es más del doble que en no fumadores (Pérez-Padilla, Carrillo y Torre-Bouscoulet, 2010).

Enfermedades cardiovasculares

En el sistema cardiovascular, el consumo de tabaco se suma a los elementos que de manera natural existen, desarrollando una acción de intromisión que acelera el proceso patológico de aterosclerosis. Aterosclerosis y tabaquismo constituyen una asociación tan relevante, que incluso tiene la capacidad de precipitar otras enfermedades, como son las de tipo cardiorrespiratorio que, en conjunción, favorecen la insuficiencia cardiaca (García-Aranda y García, 2004; Chávez, Illaraza y Martínez, 2010).

Chávez, Illaraza y Martínez (2010) señalaron como otros datos de relevancia en la relación *consumo de tabaco – enfermedades cardiacas*:

- Existencia de la relación dosis-respuesta entre el riesgo de cardiopatía coronaria (CC) y el tabaquismo.
- Tasas de mortalidad por CC 60 a 70% mayores en varones fumadores, que en no fumadores.
- Muerte súbita como primera manifestación de CC, y de 2 a 4 veces más probable en hombres fumadores jóvenes, que en no fumadores.
- Formación de ateromas que desencadenan los Síndromes Coronarios Agudos (SICA), eventos isquémicos, trombóticos y de arritmia cardiaca.
- Mayor riesgo de apoplejía entre fumadores hombres y mujeres, que entre no fumadores.
- Mayor riesgo para la arteriosclerosis obliterante y la tromboangitis obliterante.
- Agravamiento de la isquemia periférica, y afectación adversa a los injertos arteriales de derivación periférica (“puentes” “libramientos” “by pass” “ductos” arteriales).
- Incremento de las posibilidades de presentar hipertensión maligna y morir, para quienes tienen hipertensión arterial y fuman.

Cáncer

El cáncer asociado al consumo de tabaco, tiene su base en las más de siete mil sustancias químicas por las que está compuesto, de las cuales más de cincuenta han sido descritas como carcinogénicas; tales como los hidrocarburos aromáticos policíclicos, nitrosaminas, aminas aromáticas y otros compuestos promotores de la carcinogénesis, como ciertos derivados del fenol.

Algunas de estas sustancias actúan en varios escalones del proceso canceroso, produciendo alteraciones tanto de los oncogenes, como de los genes supresores tumorales (Álvarez, 2003).

El principal efecto carcinógeno del tabaco en el organismo ocurre sobre los tejidos directamente expuestos al humo del cigarrillo; sin embargo, los carcinógenos presentes en el tabaco además de actuar a nivel local depositándose en todo el sistema respiratorio, también son absorbidos y transportados por la sangre, provocando efectos en diferentes órganos y sistemas.

Los principales tipos de cáncer asociados a este consumo son cáncer de pulmón, boca, laringe, nariz y senos paranasales, garganta, esófago, estómago, vejiga, riñón, páncreas, cuello uterino, colon y recto.

Otras enfermedades

Además de las enfermedades ya mencionadas, existe un grupo considerable de padecimientos que en términos de morbi-mortalidad ocupan un lugar al que debe prestarse atención.

Infecciosas

Las personas que consumen tabaco así como aquellas que están expuestas al humo de tabaco son de dos a cuatro veces más susceptibles a desarrollar infecciones (Arcavi & Benowitz, 2004), debido al daño a la estructura, pues el cigarro puede dañar directamente el epitelio de los órganos produciendo inflamación bronquiolar² y daño directo al sistema ciliar, y al daño que resulta del ataque al sistema inmune.

² Los bronquiolos son las pequeñas vías aéreas en que se dividen los bronquios llegando a los alvéolos pulmonares.

Bacterianas

El tabaquismo se ha identificado como un factor de riesgo para desarrollar neumonías (por *Neumococo* y por *Legionela Pneumophila*) (Vlahos *et al.*, 2006), infecciones gástricas por *Helicobacter Piloni* y Otitis Media (Lounsbery & Bubak, 2009).

Virales

Para las personas expuestas activamente al humo de tabaco, es más frecuente el resfriado común (Blake *et al.*, 1988), la influenza (Razani-Boroujerdi *et al.*, 2004), virus del papiloma humano [VPH] (Sarian *et al.*, 2009), varicela (Ellis *et al.*, 1987), VIH (Royce & Winkelstein, 1990) y recientemente SARS-CoV-2 [COVID-19] (Vardavas & Nikitara, 2020).

Sexuales

El tabaquismo es probablemente el factor que en forma independiente a otras comorbilidades causa disfunción eréctil, la cual aumenta en forma proporcional al número de cigarros (Gades *et al.*, 2005).

Metabólicas

Riesgo para presentar diabetes mellitus para fumadores y ex fumadores (Beziaud *et al.*, 2004). También existe la probabilidad de tener síndrome metabólico (Weitzman *et al.*, 2005).

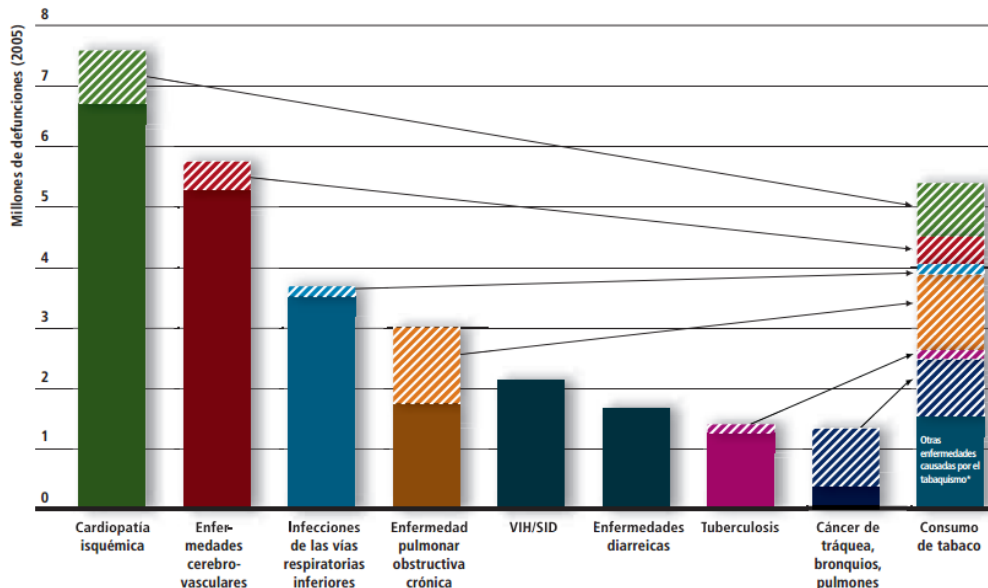
Neurológicas

El tabaquismo también presenta un factor de riesgo para Alzheimer (Hernán *et al.*, 2008) y Esclerosis Lateral Amiotrófica (Gallo *et al.*, 2009).

Mortalidad

A nivel **mundial**, el consumo de tabaco constituye un factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de mortalidad debido a que aumenta la probabilidad de presentar diversas afecciones a la salud, como se observa en la Figura 1:

Figura 1. Principales causas de mortalidad en el mundo



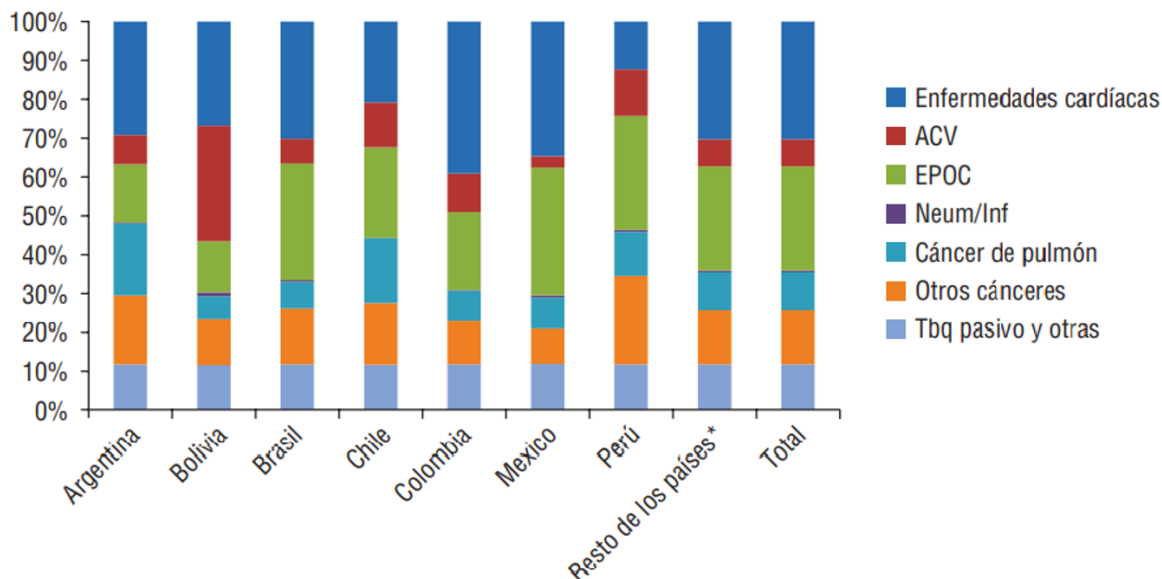
Fuente: OMS, 2008.

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018) estimó que la mortalidad atribuible al tabaco fue de 12% a nivel mundial y de 16% en la Región de las Américas (17% en los hombres y 15% en las mujeres); y que de las defunciones asociadas con enfermedades no transmisibles, el tabaco era responsable del 15% de las muertes por problemas cardiovasculares, 26% de las muertes por cáncer y 51% de las muertes por enfermedades crónicas respiratorias.

Para 2019 señaló que cada año, más de 8 millones de personas en todo el mundo fallecen a causa del tabaco, más de 7 millones de estas defunciones se deben al consumo directo de tabaco y alrededor de 1.2 millones son consecuencia de la exposición al humo de tabaco ambiental (HTA) (OMS, 2019b).

En **América Latina** Pichón-Riviere *et al.* (2016) señalaron diversas enfermedades asociadas con el tabaquismo, entre las cuales destacan: cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, EPOC, neumonías/ influenza, cáncer de pulmón y otros cánceres; así como el gasto atribuible a cada una de ellas para Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, México, Perú y el resto de países, como muestra la Figura 2.

Figura 2. Distribución proporcional del gasto atribuible al tabaquismo por causa y país.



* Estimado en base a los datos de los siete países incluidos en el modelo

ACV: Accidente Cerebrovascular; EPOC: Enfermedad obstructiva crónica; Neum/Inf: neumonía/influenza; Ca Pulmón: cáncer de pulmón; Otros Ca: otros cánceres; Tbj pasivo y otras: tabaquismo pasivo y otras causas

Fuente: Pichón-Riviere *et al.*, 2016.

De acuerdo con este mismo estudio, cada año el tabaquismo es responsable de 33 576 millones de dólares en costos directos para el sistema de salud; lo que equivale al 0.7% del producto interno bruto (PIB) de la región y al 8.3% del presupuesto sanitario. En **México**, el gasto atribuible al tabaquismo es de 5 110 millones de dólares, lo que equivale al 6.4% del porcentaje del gasto total en salud y al 0.4% del PIB (Pichón-Riviere *et al.*, 2016).

De manera que el consumo de tabaco es responsable de una importante proporción del gasto sanitario y la recaudación impositiva por la venta de cigarrillos está lejos de llegar a cubrirlo (en México el porcentaje del gasto recuperado mediante impuestos es de 45.5%); por lo cual la profundización de medidas como el aumento de impuestos al tabaco debería ser seriamente considerada en la región.

La nicotina y el cerebro

El tabaco está compuesto por más de siete mil sustancias químicas³, de las cuales, la nicotina (descubierta a principios del siglo XIX) es el principal componente adictivo. La nicotina es una molécula cuya estructura es similar a la de la acetilcolina⁴, que se produce en las neuronas y es necesaria para la transmisión del impulso nervioso tanto a nivel del Sistema Nervioso Central [SNC] (encargado de la recepción sensorial de información proveniente del medio externo e interno) como del Sistema Nervioso Periférico [SNP] (encargado de trasladar la información por medio de axones motores y sensoriales/ nervios).

La ejecución reiterada de conductas de cualquier tipo, principalmente aquellas que nos permiten sobrevivir, tales como comer o reproducirnos, puede explicarse mediante los mecanismos cerebrales de placer (o reforzamiento). El núcleo accumbens, el hipocampo, la corteza prefrontal y la amígdala son los núcleos o áreas cerebrales más importantes de este circuito; el núcleo accumbens es el centro crítico de la iniciación y del mantenimiento del refuerzo de la conducta y del abuso de drogas.

Otros autores también señalan que la plasticidad sináptica en el complejo de la *amígdala basolateral* media la adquisición de recuerdos asociativos positivos y negativos, lo que refuerza la conducta; así como a las neuronas del hipotálamo lateral (un área del cerebro involucrada en impulsos como el hambre) y sus proyecciones al área ventral tegmental, que tienen una importante carga sobre la motivación y la adicción (Namburi *et al.*, 2015).

Con el consumo de tabaco sucede algo similar, pues el aumento de dopamina producido por la nicotina se desarrolla a través de los receptores nicotínicos, los cuales se sitúan directamente en las células dopaminérgicas (encargadas de sintetizar la dopamina); son muy complejos y están distribuidos no sólo en el cerebro sino en todo el cuerpo. En ese sentido, la literatura científica sostiene que en el caso de la nicotina los receptores que combinan las subunidad Alfa 4, Beta 2 y Alfa 7 son los que están

³ El humo del tabaco y los alquitranes contienen centenares de compuestos orgánicos, treinta cancerígenos, radicales libres muy reactivos, irritantes y tóxicos para casi todos los órganos y tejidos del organismo, que se absorben rápidamente a través de los alveolos pulmonares y atraviesan la barrera hemato-encefálica en menos de 30 segundos.

⁴ Principal neurotransmisor del sistema colinérgico.

particularmente asociados a un efecto placentero (Volkow and Morales, 2015; Volkow *et al.*, 2010).

Actualmente se conoce también la elevada afinidad que tiene la nicotina para ocupar y estimular los receptores Alfa 4 y Beta 2, lo cual indica que con un solo cigarrillo se ocupan todos los receptores Alfa 4 y Beta 2 del cerebro del fumador⁵.

Factores genéticos.

Recientemente se ha demostrado que el área del cromosoma XV en humanos que contiene los receptores Alfa 5, Alfa 3 y Beta 4 está asociada con una mayor vulnerabilidad a la adicción a la nicotina y también con los efectos carcinogénicos derivados en el pulmón (Berrettini *et al.*, 2008; Bierut, Madden, Breslau y Johnson, 2007; Schlaepfer *et al.*, 2008).

Adicionalmente, también se demostró que las variaciones en los genes Alfa 5, Alfa 3 y Beta 4 pueden influenciar conductas que promueven la experimentación con drogas en general, y con el tabaco en particular a edades tempranas (Schlaepfer *et al.*, 2008).

Factores del neurodesarrollo.

Se conoce que los niños que nacen de madres que fuman durante el embarazo tienen un mayor riesgo a la adicción a nicotina; pues de acuerdo con estudios de imagen funcional cerebral, el cerebro del feto, y no sólo el de la madre, está expuesto a la nicotina provocando la disminución en los receptores nicotínicos y el aumento de su vulnerabilidad a la adicción (Volkow *et al.*, 2010).

Lo anterior es importante debido a que los receptores nicotínicos son cruciales para el desarrollo del cerebro humano, y entre las 12 y 27 semanas de la etapa de gestación son muy altos, por lo que si la madre causa la sobreestimulación de estos receptores al fumar, es muy probable que haya consecuencias nocivas en la neuroadaptación y desarrollo del cerebro del feto (Gotti & Clementi, 2004).

⁵ El humo de ese cigarrillo también bastaría para ocupar los receptores nicotínicos de los individuos próximos al fumador.

Factores socioculturales.

Algunos factores precipitantes de este tipo lo constituyen la disposición o fácil acceso a la sustancia, tolerancia social hacia el consumo, el patrón de exposición (mayor para uso regular que para uso ocasional), y la etapa de desarrollo (más rápido en la adolescencia que en la adultez) debido a la búsqueda de identidad y aceptación social del grupo de pares (Schramm-Sapyta *et al.*, 2009; Díaz y Córdova, 2018).

Actualmente también conviene destacar la enorme inversión de las compañías tabacaleras para promocionar el consumo de tabaco, asociándolo con estatus, prestigio o mayor atractivo.

Otros factores asociados al consumo de tabaco que se han estudiado son los recursos cognitivos (Mani *et al.*, 2013), expresión emocional [alexitimia] (Jongen *et al.*, 2014) y el estrés (Wood *et al.*, 2010; Prior *et al.*, 2016) entre otros.

CAPÍTULO 2

Alexitimia

Antecedentes

El neologismo «alexitimia» es un vocablo de origen griego que significa etimológicamente *a* (sin), *lexis* (palabra) y *thimos* (afecto), es decir «ausencia de palabras para expresar las emociones».

Su aparición fue consecuencia de observaciones clínicas realizadas inicialmente sobre pacientes con colitis ulcerosa, úlcus péptico, asma bronquial y otras enfermedades psicósomáticas clásicas. Para algunos teóricos del psicoanálisis como Franz Alexander (1950) o Flander Dunbar (1954), cuando los conflictos no pueden ser expresados verbalmente, se expresan a través del canal somático. En esa misma década y también desde la perspectiva psicoanalítica, Karen Horney (1952) propuso desde sus experiencias con pacientes propensos a desarrollar síntomas psicósomáticos, que en ellos existía falta de conciencia emocional, escasez de experiencias internas, reducción importante de la fantasía y pensamiento concreto.

Otros antecedentes importantes de la alexitimia se encuentran en los aportes de Marty y Uzan (1963), quienes introdujeron el término «pensamiento operativo» para designar un estilo de funcionamiento mental, común en los pacientes psicósomáticos, que se caracteriza por traducir la realidad de un modo utilitarista, estereotipado, concreto y sin fantasía.

Pero no fue sino hasta la década de los 70's que se comenzarían a investigar sistemáticamente estas observaciones con el trabajo de Nemiah y Sifneos (1970), para finalmente citar la alexitimia por primera vez dentro de la bibliografía médica en 1972 por Sifneos⁶, refiriéndola como la dificultad que tenían muchos enfermos psicósomáticos para expresar verbalmente sus emociones o sentimientos; aunque no pasó mucho tiempo para que se

⁶ En el manual *Short-term psychotherapy and emotional crisis*.

observara su presencia en diversos tipos de enfermos físicos o psiquiátricos no encuadrados en la esfera de los enfermos psicossomáticos clásicos.

Más tarde, fueron Taylor, Parker & Bagby, (1990) quienes señalaron en síntesis las principales características de la alexitimia, siendo éstas:

- a) Dificultad para identificar y describir sentimientos;
- b) Dificultad para distinguir entre los sentimientos y las sensaciones corporales del arousal (activación) emocional;
- c) Reducción o ausencia del pensamiento simbólico evidenciado por la carencia de procesos imaginarios así como de fantasías y sueños;
- d) Un estilo cognitivo orientado hacia lo externo y concreto, un funcionamiento cognitivo desprovisto de contenido afectivo.

Estas características generan déficits en la capacidad cognitiva del procesamiento y la regulación emocional, permaneciendo éstas indiferenciadas y predominando las respuestas fisiológicas y comportamentales en detrimento de las afectivas.

Otero (1999, 2000) recuperando diversas investigaciones, mencionó que se han descrito características alexitímicas en pacientes con un amplio rango de *psicopatologías*: trastornos de personalidad psicopática, trastornos de pánico, trastornos de la alimentación, trastornos de estrés postraumático, depresión y adicción a drogas.

Varios estudios confirman que la alexitimia es un rasgo estable presente en diversas culturas (Páez, Fernández y Mayordomo, 2000; Páez *et al.*, 1999; Thorberg *et al.*, 2016).

Respecto a los datos epidemiológicos de la alexitimia, la literatura reportó tasas de entre 8 y 10% de alexitimia en población de estudiantes, con una presencia de 8% entre los hombres y 1.8% entre las mujeres (Blanchard, Arena & Pallmeyer, 1981; Yaben y Montalvo, 1994; García *et al.*, 2016).

Perfil

De acuerdo con Shibata et al. (2014) a través de los años, la alexitimia se utilizó para describir un *rasgo de personalidad* asociado con una incapacidad para regular el afecto negativo y un *trastorno tanto cognitivo como afectivo* caracterizado por dificultades para reconocer o describir las emociones; el cual no se incluye como categoría diagnóstica en los manuales, debido a que sus características y procesos relacionados se encuentran presentes en individuos con una amplia variedad de diagnósticos psiquiátricos (Swiller, 1988).

Las características que componen el perfil del alexitímico varían, y entre ellas se encuentran:

- Incapacidad para identificar, reconocer, nombrar o describir las emociones o los sentimientos propios, con especial dificultad para hallar palabras para describirlos.
- Pobreza en la expresión verbal, mímica o gestual de las emociones o los sentimientos.
- Falta de captación de las emociones o los sentimientos ajenos (ausencia de la empatía).
- Pensamiento concreto y pragmático, con dificultades para el pensamiento abstracto.
- Pensamiento centrado en detalles externos, sin conexión con el mundo vivencial interno.
- Reducción o anulación de la fantasía, los sueños o ensueños y la vida imaginativa.
- Falta de capacidad para la introspección y la creatividad.
- Psicomotricidad rígida, áspera, austera o desequilibrada y escasamente expresiva.
- Tendencia a recurrir a la acción para afrontar los problemas o los conflictos.
- Dificultades para establecer contacto afectivo con los otros o mantener una dinámica comunicacional.
- Relaciones interpersonales estereotipadas y rígidas, enmarcadas en la subordinación o en la dependencia.
- Impresión generalizada de una personalidad seria, adusta o aburrida.
- Dificultades para distinguir las emociones de las sensaciones corporales.
- Existencia regida por proyectos de corto alcance y programada o mecanizada como si fuese un robot.
- Reducción de porcentaje del sueño REM.

Fuente: Alonso-Fernández (2009, pp. 482)

Etiología

Desde el **abordaje neuroanatómico** la alexitimia se conceptualizó en dos tipos: primaria y secundaria; donde a una se le daba una base biológica y a la otra una base psicológica. La **alexitimia primaria** se correspondía como **rasgo de personalidad** relativamente estable debido a un defecto estructural neuroanatómico o una deficiencia neurobiológica por factores hereditarios que interrumpen la comunicación entre el sistema límbico y el neocórtex con lo cual, las emociones no son bien traducidas simbólicamente a palabras. Mientras que la **alexitimia secundaria** se derivaba de procesos de enfermedad (cáncer, trasplantes renales y otros enfermos ingresados en unidades de cuidados intensivos) donde se **limitaba la capacidad de introspección y reflexión**, incrementando la atención sobre los aspectos médicos y teniendo una mayor dificultad para diferenciar y verbalizar las emociones de manera adecuada (McLean, 1949; Freyberger, 1977; Sifneos, 1988).

Por otra parte, el **abordaje psicodinámico** de la alexitimia señaló que su origen se podía localizar en los **sucesos evolutivos** del niño durante la infancia temprana y, más concretamente, en las vicisitudes de la relación con su madre; pues al ser incapaz de hablar u organizar sus experiencias emocionales en esta etapa sería considerado alexitímico, dependiendo de otra persona que maneje sus estados emocionales y les dé un nombre (McDougall, 1982). Más tarde pero bajo este mismo enfoque Lane y Schwartz (1987) plantearon una secuencia de cinco niveles de conocimiento emocional que va desde la vaga conciencia de sensaciones corporales indiferenciadas hasta un nivel que incluye los complejos matices y combinaciones de sentimientos, aunado a la capacidad para identificar la experiencia emocional de otros.

El **abordaje sociocultural** los estilos de comunicación están mediados por factores socioculturales y modelos de comunicación familiar y de **aprendizaje social**. Partiendo de esta idea, un ambiente familiar o social determinado puede tener una influencia negativa en la capacidad para verbalizar emociones y asociarlas con fantasías y sentimientos, y conducir a la aparición de características alexitímicas (Borens et al., 1977; Smith, 1983; Kauhanen et al., 1993; Dion, 1996; Fischer y Good, 1997).

Relación alexitimia y consumo de sustancias

La alexitimia se observa con mayor frecuencia en individuos con trastornos por consumo de sustancias (Morie *et al.*, 2016). Varios autores encontraron tasas significativas de alexitimia entre los adictos a las drogas: 50.4% en una muestra de consumidores de sustancias mezcladas (Haviland *et al.*, 1988); 50% en un grupo de adictos recientemente abstinentes (Taylor, Parker & Bagby, 1990); 66% en un grupo de consumidores de heroína (Delle *et al.*, 1994); 81% en usuarios de heroína y/o cocaína (Gago y Neto, 2001); y una aún más estrecha asociación entre alexitimia y el consumo de alcohol (Creparo *et al.*, 2014; Kauhanen *et al.*, 1996; Ziolkowski, Gruss & Rybakowski, 1995).

Asimismo, hay investigaciones que señalan una relación entre la alexitimia, el abuso de sustancias y la capacidad del individuo para **distanciarse de las emociones negativas**, automedicarse y para **modular, regular y facilitar la comunicación verbal y emocional**; de manera que la alexitimia es un **rasgo común** entre los consumidores de drogas (Morie *et al.*, 2016; Carolyn & Khantzian, 1991; Khantzian, 1990).

En este sentido y de manera particular, la dificultad para la regulación emocional ha sido descrita en la literatura sobre adicciones como un elemento que contribuye potencialmente a la dependencia de drogas debido a las dificultades del procesamiento emocional. Por ejemplo, los individuos dependientes a metilendioximetanfetamina (MDMA), opiáceos y alcohol (Hoshi, Bisla & Curran, 2004; Kornreich *et al.*, 2003) presentaron una percepción deficiente de expresiones emocionales; los individuos dependientes a la cocaína mostraron una inadecuada modulación del control inhibitorio mediante la emoción al proporcionárseles imágenes emocionales durante una tarea; y con los individuos policonsumidores se encontraron alteraciones subjetivas del procesamiento emocional en respuesta a imágenes emocionales (Verdejo-García *et al.*, 2005).

Lumley y colaboradores (1996) y Kojima, Frasure-Smith & Lespérance (2001) coincidieron en que debido a la dificultad para formar y mantener relaciones estrechas que les ayuden a reducir el estrés, los alexitímicos perciben y ciertamente **tienen un menor apoyo social** comparado con los no alexitímicos, incrementando así su vulnerabilidad también para presentar enfermedades somáticas (Zackheim, 2007).

Rocha, Guerra y Maciel (2010) observaron que la dependencia conductual y la alexitimia se correlacionan positivamente, llegando a la conclusión de que las personas alexitímicas presentan una mayor **adicción conductual** en comparación con los no alexitímicos.

Respecto al **consumo específico de tabaco**, DiClemente, Prochaska & Gibertini (1985) informaron que en el inicio y mantenimiento del consumo de tabaco, los cigarrillos son utilizados como **estrategia de afrontamiento o regulación** de las respuestas emocionales creadas por las exigencias de la vida cotidiana.

De manera que, derivado de una combinación de las funciones psicológicas y sociales, el acto de fumar produce una sensación de calma⁷ reduciendo la inseguridad o amenaza percibida y ayudando a controlar la ansiedad, el miedo, la ira, el estrés y otros **estados emocionales negativos** (Leventhal y Cleary citado por DiClemente, Prochaska & Gibertini, 1985).

Por su parte, Lumley et al. (1996) refirieron que la alexitimia puede conducir a comportamientos no saludables como el **tabaquismo**. En ese sentido Bejarano y Alderete (2009) coinciden, únicamente especificando que el desarrollo de conductas adictivas deriva de los estados emocionales negativos consecuencia de la alexitimia y no de la alexitimia por sí misma.

Dichos estados emocionales negativos principalmente asociados con la alexitimia son la **depresión**, la **ansiedad** y la **hostilidad**, los cuales son significativamente superiores en individuos alexitímicos que en los no alexitímicos (Beiter *et. al.*, 2015; Baeza *et. al.*, 2011; Kojima, Frasure-Smith & Lesperance, 2001; Luminet, Bagby & Taylor, 2001; Haviland *et al.*, 1988).

Lo anterior refiere entonces un doble factor de riesgo a causa del tabaquismo; por un lado que la persona experimente estados emocionales negativos derivados de la adicción y por el otro que presente alexitimia (ya que es un rasgo común entre los consumidores de drogas) y no pueda identificar y regular dichos estados emocionales negativos.

⁷ Sin embargo ha de recordarse que la nicotina se encuentra clasificada dentro de las sustancias "Estimulantes" del Sistema Nervioso Central [SNC], es decir, aquellas que aumentan el estado de alerta, la atención y la energía, así como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la respiración.

Pregunta de investigación

¿Existe relación entre la presencia de alexitimia y el nivel de dependencia al tabaco en una muestra de adultos jóvenes?

Objetivos

General

Conocer si existe una relación entre la presencia de alexitimia y el nivel de dependencia al tabaco en una muestra de adultos jóvenes.

Específicos

1. Evaluar la presencia y el grado de alexitimia en el total de la muestra.
2. Identificar el nivel de dependencia al tabaco de los participantes consumidores.
3. Comparar el grado de alexitimia de la muestra de consumidores de tabaco respecto a la muestra de no consumidores.

MÉTODO

Participantes

En este estudio participaron voluntariamente un total de 60 personas; treinta consumidoras de tabaco (15 hombres y 15 mujeres) y treinta no consumidoras de tabaco (15 hombres y 15 mujeres), lo que equivale a un porcentaje de 50% para ambos sexos. El promedio de edad fue de 30.9 años y su desviación estándar (DE) de 2,858.

Respecto a la escolaridad, contaban con estudios de Licenciatura 32 (53.3%), con Especialidad 21 (35.0%) y Maestría 7 (11.7%).

Los perfiles profesionales de los participantes fueron: 13 Psicología (21.7%), 8 Anestesiología (13.3%), 6 Algología (10.0%), Educación Primaria, Pedagogía y Psiquiatría (5 que equivale al 8.3% respectivamente), 4 Comunicación (6.7%), Derecho e Ingeniería (3 que equivale al 5.0% respectivamente), Administración, Cardiología y Veterinaria (2 que equivale al 3.3% respectivamente); finalmente Biología y Maestro/Educación (1 que equivale al 1.7% respectivamente).

Criterios de inclusión

- Edad entre 25 y 35 años, es decir, sean adultos jóvenes.
- En el caso de los fumadores, que afirmen ser fumadores activos (hayan consumido tabaco durante el último año); y en el caso de los no fumadores que no hayan consumido tabaco durante el último año.
- Que declaren no consumir ninguna otra droga de manera regular o que no se encuentren bajo tratamiento médico o médico-psiquiátrico.
- Que sean residentes de la Ciudad de México.
- Ambos sexos.

Muestreo

Los participantes fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia debido a que se constituyó por aquellos casos que cubrían los criterios de inclusión, que fueron accesibles y que aceptaron ser incluidos.

Tipo de estudio

Es un estudio correlacional, no experimental, puesto que no se construye ninguna situación sino aquellas ya existentes. Es descriptivo debido a que pretende describir las características de los fenómenos en cuanto a su aparición, frecuencia y desarrollo; se trata de un estudio dirigido a indagar las posibles relaciones e interacciones entre dos variables psicológicas en donde no hay manipulación de éstas (Kerlinger & Lee, 2002).

Tipo de diseño

Transversal, por ser un estudio de una sola aplicación, que tiene por objetivo indagar la incidencia y manifestación de una o más variables.

Definición de variables

1. Consumo de tabaco

- *Definición conceptual:* Acción de fumar, chupar, masticar o inhalar, cualquier producto hecho total o parcialmente con tabaco y el cual contiene nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo (OMS, 2016).
- *Definición operacional:* Nivel de dependencia al tabaco obtenido de la puntuación del Test de Fagerström (Heatherton, Kozlowski, Frecker & Fagerström, 1991) acorde al patrón de consumo de cada participante.

2. Alexitimia

- *Definición conceptual:* Ausencia de palabras para expresar las emociones. Incapacidad para identificar, reconocer, describir o nombrar los sentimientos o emociones propias y ajenas (Sifneos, 1972).
- *Definición operacional:* Puntuación ≥ 61 obtenida en la Escala de Alexitimia de Toronto [TAS-20] (Bagby, Parker & Tylor, 1994).

Instrumentos

El **Test de Fagerström**. Es una prueba que permite conocer el nivel de dependencia a la nicotina de un individuo, con niveles aceptables de consistencia interna. Consta de seis ítems y los rangos de puntuación van de 0 a 10: un valor entre 0 y 2 indica una dependencia fisiológica nula o reducida, entre 3 y 6 es una dependencia moderada y entre 7 y 10 refiere una alta dependencia fisiológica (Heatherton, Kozlowski, Frecker & Fagerström, 1991). Estandarizado para población mexicana por Becoña y Vázquez (1998) cuenta con un índice de confiabilidad de $\alpha=0.66$.

La **Escala de Alexitimia de Toronto** (TAS-20). Compuesta por veinte ítems, con las respuestas marcadas en una escala tipo Likert, los resultados van de 20 a 100 puntos, siendo considerados alexitímicos los individuos con resultados iguales o superiores a 61, como posibles alexitímicos aquellos con resultados de 52 a 60 y como no alexitímicos aquellos con puntuaciones menores o iguales a 51. Compuesta por tres subescalas: Dificultad para Expresar Sentimientos (5 reactivos; $\alpha=0.80$), Dificultad para Identificar Sentimientos (7 reactivos; $\alpha=0.78$) y Pensamiento Externamente Orientado (8 reactivos; $\alpha=0.53$) (Bagby, Parker & Tylor, 1994). Validada para la Ciudad de México por Pérez-Rincón et al. (1997) con una confiabilidad de 0.875.

Procedimiento

Se realizó un primer contacto con las personas participantes de manera presencial, sin embargo algunos otros participantes fueron contactados mediante llamada telefónica ya que se trataba de conocidos de los participantes iniciales. En ambos casos se identificó al total de participantes que cubría los criterios de inclusión antes mencionados, siendo éstos quince hombres y quince mujeres consumidores de tabaco; por lo que se decidió aparear de la misma manera la muestra de no consumidores (quince hombres y quince mujeres).

Una vez realizado lo anterior, se les invitó a participar en el presente estudio y se acordó la fecha y hora para una reunión presencial donde previo a la aplicación se brindó una breve explicación de los conceptos a evaluar y se proporcionó una carta de "Consentimiento informado", procediendo a la aplicación de los instrumentos: Fagerström y TAS-20 para los consumidores de tabaco y únicamente TAS-20 para los no consumidores.

Posteriormente se calificaron los instrumentos de acuerdo con los criterios correspondientes y se elaboró una base de datos en el programa Excel de Microsoft®.

Finalmente se realizó el análisis de la información en el programa IBM SPSS® [Statistical Package for Social Sciences/ Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales], mediante el uso de las pruebas estadísticas “T”, ANOVA de un factor y “Correlación de Pearson” por tratarse de un estudio correlacional; encontrándose los resultados presentados a continuación.

RESULTADOS

Análisis descriptivo de la muestra de no fumadores

Los participantes totales fueron 30 (15 mujeres y 15 hombres), lo que equivale a un porcentaje de 50% para ambos sexos. El promedio de edad fue de 31 años y su desviación estándar de 2.75, relativamente pequeña considerando que el rango de edad va de los 26 a los 35 años en este grupo.

En cuanto a la puntuación en la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), el mínimo de puntos de este grupo fue 1 y el máximo de 42, con una media de 15.77 (DE=10.358) lo cual sitúa a la totalidad de participantes de este grupo como no alexitímicos.

Tabla 1. Puntuación TAS-20 del grupo de no consumidores de tabaco

	<i>N</i>	<i>Mínima</i>	<i>Máxima</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. típ.</i>
Puntuación del TAS-20	30	1	42	15,77	10,358
Edad del participante	30	26	35	31,43	2,75

Análisis descriptivo de la muestra de fumadores

Los participantes totales fueron 30 (15 mujeres y 15 hombres), lo que equivale a un porcentaje de 50% para ambos sexos. El promedio de edad fue de 30 años y su DE= 2.93, en un rango de edad que va de los 26 a los 35 años.

En la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), el mínimo de puntos de este grupo fue 6 y el máximo de 42, con una media de 19.93 (DE=10.638) que ubica también a la totalidad de participantes de este grupo como no alexitímicos.

En cuanto a la puntuación del Test de Fagerström el mínimo de puntos fue 1 y el máximo de 9, con una media de 4.90 (DE=2.12), lo que indica que la muestra tiene un nivel de dependencia moderado a la nicotina; lo cual se confirmó en el análisis por nivel de dependencia, obteniendo a 5 participantes con dependencia baja (16.7%), 18 con dependencia moderada (60%) y 7 con un nivel de dependencia alta (23.3%).

Tabla 2. Puntuación TAS-20 y Test Fagerström del grupo de consumidores de tabaco

	<i>N</i>	<i>Mínima</i>	<i>Máxima</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. típ.</i>
Puntuación del TAS-20	30	6	42	19,93	10,638
Puntuación del Fagerström	30	1	9	4,9	2,123
Edad del participante	30	26	35	30,5	2,933

Tabla 3. Nivel de dependencia de acuerdo con el Test de Fagerström

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Baja	5	16,7
Moderada	18	60
Alta	7	23,3
Total	30	100

Análisis estadístico

Para determinar diferencias en el nivel de alexitimia que presenta la muestra de fumadores con respecto a la muestra de no fumadores, se realizó una Prueba T y mediante la prueba F de Levene para homogeneidad de varianzas, se obtuvo un valor de $F = 0.460$ con un nivel de significancia de 0.500 que al ser mayor que 0.05 permitió asumir varianzas iguales.

Al asumir varianzas iguales, se observó un valor de $t = -1.537$ con 58 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.130; de manera que siguiendo la regla de decisión, debido a que $0.130 > 0.05$ no hay diferencias respecto al nivel de alexitimia de fumadores y no fumadores.

Tabla 4. Media de la puntuación en el TAS-20 por grupo de no consumidores y consumidores

	Describe si el participante fuma o no	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Puntuación del TAS-20	No fuma	30	15,77	10,358	1,891
	Sí fuma	30	19,93	10,638	1,942

Tabla 5. Prueba de muestras independientes para determinar diferencias en el nivel de alexitimia en fumadores y no fumadores

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Puntuación del TAS	0,46	0,5	-1,537	58	0,13	-4,167	2,711	-9,593	1,26

Adicionalmente, se realizó una Prueba T para determinar diferencias entre fumadores y no fumadores en las medias en cada una de las subescalas que componen el TAS-20 (1. Dificultad para Identificar Emociones, 2. Dificultad para Expresión Emociones y 3. Pensamiento Externamente Orientado).

De manera que mediante la prueba F de Levene para homogeneidad de varianzas, se asumieron varianzas iguales y posteriormente, siguiendo la regla de decisión, se pudo afirmar que no hay diferencias entre participantes fumadores y no fumadores con respecto a los resultados de cada una de las subescalas que caracterizan la presencia de alexitimia.

Tabla 6. Media de la puntuación por subescala del TAS-20 por grupo de no consumidores y consumidores

	Describe si el participante fuma o no	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Subescala Dificultad para Identificar	No fuma	30	3,1	3,717	0,679
	Sí fuma	30	4,9	4,405	0,804
Subescala Dificultad para Expresión	No fuma	30	4,87	4,904	0,895
	Sí fuma	30	5,93	4,899	0,894
Subescala Pensamiento Externamente	No fuma	30	7,8	5,122	0,935
	Sí fuma	30	9,1	4,964	0,906

Tabla 7. Prueba de muestras independientes para determinar diferencias entre fumadores y no fumadores en las medias en cada una de las subescalas que componen el TAS-20

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Subescala Dificultad para Identificar Emociones	Se han asumido varianzas iguales	1,454	0,233	-1,711	58	0,093	-1,8	1,052	-3,906	0,306
Subescala Dificultad para Expresión Emociones	Se han asumido varianzas iguales	0,113	0,738	-0,843	58	0,403	-1,067	1,266	-3,6	1,467
Subescala Pensamiento Externamente Orientado	Se han asumido varianzas iguales	0	1	-0,998	58	0,322	-1,3	1,302	-3,907	1,307

De igual manera, para determinar diferencias en las puntuaciones de cada una de tres subescalas del TAS-20 de acuerdo al nivel de dependencia arrojado por el Test de Fagerström, se realizó un Análisis de varianza (ANOVA) y mediante la prueba F de Levene para homogeneidad de varianzas, se asumieron varianzas iguales.

Posteriormente, de acuerdo con los resultados del ANOVA, el valor de F y la significancia, y siguiendo la regla de decisión, se asumió en todos los casos que la puntuación en cada subescala del TAS-20 no presenta diferencias con respecto al nivel de dependencia de los participantes.

Tabla 8. Diferencias en las puntuaciones de cada una de las subescalas del TAS-20 de acuerdo al nivel de dependencia arrojado por el Test de Fagerström

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la Límite inferior Límite superior		Mínimo	Máximo
Subescala Dificultad para Identificar Emociones	Baja	5	5,4	4,45	1,99	-0,13	10,93	0	10
	Moderada	18	4,78	4,413	1,04	2,58	6,97	0	16
	Alta	7	4,86	5,014	1,895	0,22	9,49	0	12
	Total	30	4,9	4,405	0,804	3,26	6,54	0	16
Subescala Dificultad para Expresión Emociones	Baja	5	7,4	5,079	2,272	1,09	13,71	0	12
	Moderada	18	5,17	5,227	1,232	2,57	7,77	0	20
	Alta	7	6,86	4,1	1,55	3,07	10,65	0	12
	Total	30	5,93	4,899	0,894	4,1	7,76	0	20
Subescala Pensamiento Externamente Orientado	Baja	5	11,8	4,604	2,059	6,08	17,52	7	19
	Moderada	18	8,67	5,488	1,294	5,94	11,4	2	20
	Alta	7	8,29	3,498	1,322	5,05	11,52	4	14
	Total	30	9,1	4,964	0,906	7,25	10,95	2	20

Tabla 9. ANOVA de un factor

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Subescala Dificultad para Identificar Emociones	Inter-grupos	1,532	2	0,766	0,037	0,964
	Intra-grupos	561,168	27	20,784		
	Total	562,7	29			
Subescala Dificultad para Expresión Emociones	Inter-grupos	27,31	2	13,655	0,551	0,582
	Intra-grupos	668,557	27	24,761		
	Total	695,867	29			
Subescala Pensamiento Externamente Orientado	Inter-grupos	44,471	2	22,236	0,896	0,42
	Intra-grupos	670,229	27	24,823		
	Total	714,7	29			

Tabla 10. Comparaciones múltiples Bonferroni

Variable dependiente	(I) Describe la dependencia en rangos	(J) Describe la dependencia en rangos	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Subescala Dificultad para Identificar Emociones	Baja	Moderada	0,622	2,305	1	-5,26	6,5
		Alta	0,543	2,669	1	-6,27	7,36
	Moderada	Baja	-0,622	2,305	1	-6,5	5,26
		Alta	-0,079	2,031	1	-5,26	5,1
	Alta	Baja	-0,543	2,669	1	-7,36	6,27
		Moderada	0,079	2,031	1	-5,1	5,26
Subescala Dificultad para Expresión Emociones	Baja	Moderada	2,233	2,516	1	-4,19	8,65
		Alta	0,543	2,914	1	-6,89	7,98
	Moderada	Baja	-2,233	2,516	1	-8,65	4,19
		Alta	-1,69	2,217	1	-7,35	3,97
	Alta	Baja	-0,543	2,914	1	-7,98	6,89
		Moderada	1,69	2,217	1	-3,97	7,35
Subescala Pensamiento Externamente Orientado	Baja	Moderada	3,133	2,519	0,673	-3,3	9,56
		Alta	3,514	2,917	0,716	-3,93	10,96
	Moderada	Baja	-3,133	2,519	0,673	-9,56	3,3
		Alta	0,381	2,219	1	-5,28	6,05
	Alta	Baja	-3,514	2,917	0,716	-10,96	3,93
		Moderada	-0,381	2,219	1	-6,05	5,28

Finalmente se realizó una Correlación de Pearson en la cual, como puede observarse en la Tabla 11, los resultados indicaron una relación de 0.127 ($p < 0.05$) con una significancia de 0.335, lo que confirmó que no se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables alexitimia y dependencia al tabaco.

Tabla 11. Medias, desviación estándar e intercorrelaciones entre las puntuaciones de alexitimia y dependencia al tabaco

	M (DE)	Sig. (bilateral)	1	2
1. Alexitimia	19.93 (10.63)	0,335	***	0,127
2. Dependencia al tabaco	4.9 (2.12)	0,335	0,127	***

Discusión

El presente estudio tuvo por objetivo principal conocer si existe una relación entre la presencia de alexitimia y el nivel de dependencia al tabaco en una muestra de adultos jóvenes, para lo cual se aplicaron dos instrumentos bajo la técnica de autorreporte.

Si bien es cierto que los resultados desprendidos del análisis apuntaron que ningún participante de la muestra total (60 personas) presentó alexitimia, pues la puntuación máxima registrada fue de 42 (y se requiere mínimo de 52 puntos para identificarse como posible alexitímico y de 61 para alexitímico), toda la muestra de fumadores se posicionó con algún nivel de dependencia (baja, moderada o alta).

Considerando lo reportado por la literatura, se esperaba que los participantes, al puntuar como dependientes al tabaco, presentaran algún grado de alexitimia, ya que la alexitimia se observa con mayor frecuencia en individuos con trastornos por consumo de sustancias (Morie *et al.*, 2016; Carolyn & Khantzian, 1991; Khantzian, 1990); sin embargo, esto no sucedió así.

El análisis estadístico evidenció que en este estudio no se encontró una relación entre la presencia de alexitimia y el nivel de dependencia al tabaco. Una explicación para este resultado pueda deberse a que la totalidad de participantes de la muestra de fumadores no puntuaron en el Test de Fagerström como dependientes altos al tabaco; dato relevante debido a que los estudios revisados integraron muestras con personas con un alto grado de dependencia o policonsumidores, que incluso fueron invitados a participar al momento de solicitar tratamiento (Lira-Mandujano *et al.*, 2018; Ruiz y Verdejo-García, 2011; Creparo *et al.*, 2014; Verdejo-García *et al.*, 2006).

En ese sentido, y aunque no puntuaron con algún nivel de alexitimia, los participantes que presentaron una dependencia alta al tabaco (siete participantes [23,3%]) sí obtuvieron los puntajes más altos en la TAS-20; aunque, como ya se señaló en el apartado anterior, esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

Por otra parte, los últimos resultados de las encuestas epidemiológicas en México (ENCODAT 2016- 2017) y lo expresado por Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud señalan que el consumo de tabaco disminuyó y se prevé un continuo decremento en los próximos diez años, dentro del cual quince países de la región de las Américas están en vías de alcanzar la meta de reducción en un 30% para 2030, convirtiendo a esta región en la de mejor desempeño de las seis regiones de la OMS (OEA/CICAD, 2019; OMS, 2019b).

Al respecto, cabe mencionar que para este estudio la muestra de participantes consumidores de tabaco fue más complicada de reunir en comparación con la de no consumidores, pues algunos se asumían como fumadores pero “ocasionales” o “sociales” y no cubrían el criterio de inclusión; mientras que la muestra de no fumadores se conformó relativamente con mayor rapidez. Lo anterior no indica, por supuesto, que esta información sea representativa para confirmar los datos epidemiológicos citados previamente, debido a la técnica de muestreo (no probabilístico y por conveniencia) y tamaño de la muestra; pues el número de participantes es reducido y la totalidad de ellos cuenta con estudios profesionales; sin embargo podría considerarse para estudios posteriores con esta línea de investigación, el profundizar -mediante un análisis cualitativo- en la motivación por la que este grupo etario decide fumar o no hacerlo y si lo expresado tiene relación con las medidas implementadas en nuestro país para el control del tabaquismo (OMS, 2008; DOF, 2008; 2021).

Es importante continuar mirando a las adicciones como un fenómeno multicausal donde no únicamente se tiene que intervenir en materia de disponibilidad y criterios regulatorios de las sustancias, sino también en los procesos que afectan al individuo. Es por ello que este estudio consideró indagar, además del nivel/ grado de dependencia, a la alexitimia incluyendo así la parte emocional de los participantes.

En ese sentido, se considera crucial contemplar el impacto que los estados emocionales negativos (ansiedad, depresión, miedo, irritabilidad, tensión, impaciencia, inquietud) tienen para el inicio, patrón del consumo y grado de dependencia (particularmente de la nicotina) así como la importancia de detectar oportunamente y atender dichas alteraciones; esto con la intención de favorecer la salud mental y que ésta sea un factor de protección ante las adicciones.

Limitaciones del estudio

Este estudio presenta limitaciones a considerar en futuras investigaciones. Inicialmente el tipo de diseño, pues al realizarse en una única ocasión la aplicación de los instrumentos, factores como el azar pueden presentarse.

Otro aspecto es que los datos corresponden únicamente a la información proporcionada a través de la técnica de autorreporte sin haberse respaldado o contrastado con ninguna otra, por lo cual la deseabilidad social pudo sesgar las respuestas de los participantes; por un lado para aceptar deficiencias emocionales en el TAS-20 y por el otro al responder al Test de Fagerström, puesto que el ser y asumirse como fumador puede ser visto como un déficit en el autocuidado.

También queda sujeto a consideración integrar en la muestra a personas que no cuenten con estudios profesionales o de posgrado, con la intención de darle mayor diversidad al grupo etario elegido.

Asimismo, este estudio no evaluó en los participantes la presencia de depresión o ansiedad (estados emocionales negativos principalmente asociados con la alexitimia) y, derivado de los elevados costos y los escasos apoyos disponibles, tampoco fue posible incluir la medición de marcadores biológicos para enriquecer los hallazgos.

Conclusiones

Con base en los resultados obtenidos y la discusión, es posible señalar que aunque en este estudio no se encontró una relación entre la presencia de alexitimia y el nivel de dependencia al tabaco, se sugiere complementar estudios posteriores explorando, mediante la aplicación de instrumentos, estados emocionales negativos asociados con la alexitimia, tales como ansiedad y depresión, pues se sabe de la comorbilidad de estas psicopatologías como un factor que aumenta la probabilidad del consumo de sustancias, particularmente en el caso del consumo de tabaco en mujeres (Dahne, Hoffman & MacPherson, 2015).

Adicionalmente, otra variable a incluir en futuras investigaciones es el estrés, pues es considerado también un factor relacionado con el inicio y el mantenimiento del consumo de tabaco (Prior *et al.*, 2016; Wood *et al.*, 2010); el cual tiene más probabilidades de ser experimentado por las mujeres debido a una mayor predisposición (Torres & O'Dell, 2016), aunque actualmente los acelerados ritmos de vida no exentan a los hombres.

Otras opciones a considerar para contrastar con resultados de autorreporte, son aquellas basadas en procedimientos psicológicos no invasivos como la medición de problemas en la modulación del estado emocional apoyados en la frecuencia cardíaca o evaluando los niveles basales de actividad inflamatoria mediante la interleucina 6 (IL-6) u otros elementos como la actividad de la electromiografía facial (EMG) como examinó Sonnby-Borgström (2009); pues hacer uso de marcadores biológicos permite eliminar el factor de la discapacidad social.

En lo que respecta a la Promoción de la Salud se requiere de fuentes confiables que impulsen la información, sensibilización y empoderamiento de las personas para un mayor control y cuidado de la salud individual y colectiva. Igualmente debe enfatizarse que pese a que el tabaco es una sustancia regulada (es decir, que su comercialización y consumo son legales en nuestro país para las personas mayores de 18 años) es también una droga y posee las mismas características adictivas que otras, por lo que las manifestaciones de quien presenta una adicción a esta sustancia, aunadas a la presencia de alexitimia, complejizan el estado emocional negativo.

De igual manera, la Promoción de la Salud Mental es crucial para reducir la carga a la salud, social y económica de los trastornos mentales (incluyendo el trastorno por consumo de sustancias); por lo que ésta debe continuar su labor con los diversos grupos poblacionales contemplando las etapas del desarrollo, debido a que en cada una se presentan características específicas que demandan acciones particulares.

Finalmente, la Prevención en materia de adicciones insta a la formación de recursos humanos y el apoyo de recursos económicos destinados a desarrollar y fortalecer factores de protección, entre ellos el desarrollo y fortalecimiento de habilidades sociales y emocionales, para afrontar de manera efectiva el malestar emocional que comúnmente puede conducir al consumo de drogas como una opción ante el displacer.

Referencias

- Álvarez, F.J. (2003). El tabaquismo como problema de salud pública. En: Barrueco, M., Hernández, M.A. y Torrecilla, M. (Coords.) *Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo*. Madrid: ERGON.
- Baeza, C., Bulbena, A., Fénérier, C. y Gély, M.C. (2011). Trastornos psicósomáticos y su relación con alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica. *Psicología y Salud*, 21(2): 227-237.
- Barrett, L. & Simmons, W. (2015). Interoceptive predictions in the brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(7): 419-429.
- Bechara, A. & Damasio, A. (2005). The somatic marker hypothesis: A neural theory of economic decision. *Games and Economic Behavior*, 52(2): 336-372.
- Becoña, E. & Vázquez, F. (1998). The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish Sample. *Psychological Reports*, 83: 1455-1458.
- Beiter, R., Nash, R., McCrady, M., Rhoades, D., Linscomb, M., Clarahan, M. & Sammut, S. (2015). The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *Journal of Affective Disorders*, 173: 90-96.
- Bejarano, I. y Alderete, E. (2009). Tabaquismo y estado emocional. Las emociones negativas como predictor del inicio al tabaquismo en jóvenes jujeños. *Cuadernos FHyCS Ju*, 37: 49-62.
- Berrettini, W., Yuan, X., Tozzi, F., Song, K., Francks, C., Chilcoat, H. & Mooser, V. (2008). Alpha-5/alpha-3 nicotinic receptor subunit alleles increase risk for heavy smoking. *Molecular Psychiatry*, 13: 368-73.
- Beziaud, F., Halimi, J.M., Lecomte, P., Vol, S., Tichet, J. (2004). Cigarette smoking and diabetes mellitus. *Diabetes & Metabolism*, 30:161-166.
- Bierut, L., Madden, P., Breslau, N., Johnson, E., Hatsukami, D., Pomerleau, O., Swan, G., Rutter, J., Bertelsen, S., Fox, L., Fugman, D., Goate, A., Hinrichs, A., Konvicka, K., Martin, N., Montgomery, G., Saccone, N., Saccone, S., Wang, J., Chase, G., Rice, J. & Ballinger, D. (2007). Novel genes identified in a high-density genome wide association study for nicotine dependence. *Human Molecular Genetics*, 16(1): 24-35.

- Blake, G., Abell, T. & Stanley, W. (1988). Cigarette smoking and upper respiratory infection among recruits in basic combat training. *Annals of Internal Medicine*, 109(3): 198-202.
- Blanchard, E., Arena, J. & Pallmeyer, T. (1981). Psychometric properties of a scale to measure alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 35(1): 64-71.
- Borens, R., Grosse-Schulte, E., Jaensch, W. & Kortemme, K. (1977). Is alexithymia but a social phenomenon?. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28: 193-198.
- Bagby, R.M., Parker, J. & Taylor, G. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1): 23-32.
- Bagby, R.M., Parker, J. & Taylor, G. (1994). The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1): 33-40.
- Carolyn, M. & Khantzian, E. (1991). Contemporary psychodynamic perspectives and the disease concept of addiction: Complementary or competing models? *Psychiatric Annals*, 21(5): 273-281.
- Chávez, R., Ilarraza, H. y Martínez, M.A. (2010). *Tabaquismo y sistema cardiovascular*. En: María Elena Medina-Mora (Coord.) *Tabaquismo en México ¿cómo evitar 60,000 muertes prematuras cada año?* México: El Colegio Nacional.
- Creparo, G., Ardino, V., Gori, A. & Caretti, V. (2014). The relationships between early trauma, dissociation, and alexithymia in alcohol addiction. *Psychiatry Investigation*, 11(3): 330-335.
- Dahne, J., Hoffman, E. M., & MacPherson, L. (2015). The association between anxiety sensitivity and motivation to quit smoking among women and men in residential substance use treatment. *Substance Use & Misuse*, 50(1), 72-78.
- Diario Oficial de la Federación [DOF] (2008). Ley General para el Control del Tabaco. Recuperada de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5092133&fecha=31/05/2009
- Diario Oficial de la Federación [DOF] (2021). Ley General para el Control del Tabaco. Recuperada de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGCT_200521.pdf

- Díaz, D. y Córdova, A. (2018). Factores psicosociales de riesgo del uso de drogas. México: CIJ.
- DiClemente, C., Prochaska, J. & Gibertini, M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy and Research*, 9(2): 181-200.
- Dion, K. (1996). Ethnolinguistic correlates of alexithymia: toward a cultural perspective. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6): 531-539.
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J. & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 328(7455):1519.
- Ellis, M., Neal, K. & Webb, A. (1987). Is smoking a risk factor for pneumonia in adults with chickenpox? *British Medical Journal*, 294(6578): 1002.
- Fischer, A. & Good, G. (1997). Men and psychotherapy: an investigation of alexithymia, intimacy and masculine gender roles. *Psychotherapy*, 34(2): 160-170.
- Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1-4): 337-342.
- Gades, N. (2005). Association between Smoking and Erectile Dysfunction: A Population-based Study. *American Journal of Epidemiology*, 161(4): 346-351.
- Gago, J. y Neto, D. (2001). Alexitimia e Toxidependência. *Revista Toxidependência*, 7(3): 19-22.
- Gallo, V., Bueno-De-Mesquita, H. B., Vermeulen, R., Andersen, P. M., Kyrozi, A., Linseisen, J., et al. (2009). Smoking and risk for amyotrophic lateral sclerosis: Analysis of the EPIC cohort. *Annals of Neurology*, 65(4): 378-385.
- García-Aranda, L. y García, J.C. (2004). Tabaco y enfermedad cardiovascular. *Adicciones*, 16(2): 101-113.
- García, V., Rodríguez, S., Córdova, A. y Fernández, C. (2016). Alexitimia y consumo de drogas en hombres y mujeres en tratamiento. *Revista internacional de Investigación en Adicciones*, 2(2):13-21.25.
- Gotti, C. & Clementi, F. (2004). Neuronal nicotinic receptors: from structure to pathology. *Progress in Neurobiology*, 74(6): 363-396.

- Haviland, M., Hendryx, M., Shaw, D. & Henry, J. (1994). Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence. *Comprehensive Psychiatry*, 35(2): 124-128.
- Haviland, M., Shaw, D., Cummings, M. & MacMurray, J. (1988). Alexithymia: subscales and relationship to depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 50(3):164-70.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. & Fagerstrom, K. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Addiction*, 86(9): 1119-1127.
- Hernán, M., Alonso, A. & Logroscino, G. (2008). Cigarette smoking and dementia: potential selection bias in the elderly. *Epidemiology*, 19(3): 448-450.
- Hoshi, R., Pratt, H., Mehta, S., Bond, A. & Curran, H. (2006). An investigation into the sub-acute effects of ecstasy on aggressive interpretative bias and aggressive mood – are there gender differences? *Journal of Psychopharmacology*, 20(2): 291-301.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco*. Reynales- Shigematsu, L.M., Zavala-Arciniega, L., Paz-Ballesteros, W.C., Gutiérrez-Torres, D.S., García-Buendía, J.C., Rodríguez-Andrade, M.A., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M. y Mendoza-Alvarado, L. Ciudad de México, México: INPRFM.
- Jongen, S., Axmacher, N., Kremers, N., Hoffmann, H., Limbrecht-Ecklundt, K., Traue, H. & Kessler, H. (2014). An investigation of facial emotion recognition impairments in alexithymia and its neural correlates. *Behavioural Brain Research*, 271: 129-139.
- Kauhanen, J., Kaplan, G., Cohen, R., Julkunen, J. & Salonen, J. (1996). Alexithymia and risk of death in middle-aged men. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6): 541-549.
- Kauhanen, J., Kaplan, G.A., Julkunen, J., Wilson, T.W. & Salonen, J.T. (1993). Social factors in Alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*, 34 (5): 330-335.
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales (4a. ed.). México: McGraw Hill.

- Khantzian, E. (1990). Self- regulation and self- medication factors in alcoholism and the addictions. Similarities and differences. *Recent Developments in Alcoholism*, 8: 255-71.
- Kojima, M., Frasure-Smith, N., & Lespérance, F. (2001). Alexithymia following myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(3): 487-495.
- Kornreich, C., Foisy, M.-L., Philippot, P., Dan, B., Tecco, J., Noël, X., Hess, U., Pelc, I. & Verbanck, P. (2003). Impaired emotional facial expression recognition in alcoholics, opiate dependence subjects, methadone maintained subjects and mixed alcohol-opiate antecedents subjects compared with normal controls. *Psychiatry Research*, 119(3): 251-260.
- Lane, R. D., & Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144(2): 133-143.
- Lira-Mandujano, J., Valdez- Piña, E., Núñez-Lauriano, M., Pech-Puebla, D., Morales-Chainé, S. y Cruz, S. (2018). Ansiedad, depresión, afecto negativo y positivo asociados con el consumo de tabaco en universitarias. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 4(1): 4-12.
- Lounsbery, M. & Bubak, M. (2009). The impact of secondhand smoke on children: respiratory and other medical concerns. *South Dakota Journal of Medicine*, 13(6).
- Luminet, O., Bagby, R. & Taylor, G. (2001). An Evaluation of the Absolute and Relative Stability of Alexithymia in Patients with Major Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(5): 254-260.
- Lumley, M., Ovies, T., Stettner, L., Wehmer, F. & Lakey, B. (1996). Alexithymia, social support and health problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6): 519-30.
- Mani, A., Mullainathan, S., Shafir, E. & Zhao, J. (2013). Poverty Impedes Cognitive Function. *Science*, 341(976): 976- 980.
- McDougall, J. (1982). Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38: 81-90.
- McLean, P. (1949). Psychosomatic disease and the "visceral brain". *Psychosomatic Medicine*, 11 (6): 338-353.

- Morie, K., Yip, S., Nich, C., Hunkele, K., Carroll, K. & Potenza, M. (2016). Alexithymia and addiction: A review and preliminary data suggesting neurobiological links to reward/loss processing. *Current Addiction Reports*, 3(2): 239-248.
- Instituto Nacional del Cancer (2018). *Humo de tabaco en el ambiente y el cancer*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/tabaco/hoja-informativa-humo-tabaco-ambiente>
- Namburi P., Beyeler, A., Yorozu, S., Calhoun, G., Halbert, S., Wichmann, R., Holden, S., Mertens, K., Anahtar, M., Felix-Ortiz, A., Wickersham, I., Gray, J. & Tye, K. (2015). A circuit mechanism for differentiating positive and negative associations. *Nature*, 520(7549): 675-678.
- Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [OEA/CICAD]. (2019). *Informe sobre uso de drogas en las Américas 2019*. Washington: OEA-CICAD.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019a). *Tabaco*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019b). La OMS presenta un nuevo informe sobre las tendencias mundiales del consumo de tabaco. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/19-12-2019-who-launches-new-report-on-global-tobacco-use-trends#:~:text=Cada%20a%C3%B1o%2C%20m%C3%A1s%20de%208,no%20fumadores%20al%20humo%20ajeno>.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Tabaquismo*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/tobacco/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2008). *MPOWER. Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2018). *Informe sobre Control del Tabaco en la Región de las Américas*. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública (2017). *Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. México 2015*. Cuernavaca, México: INSP/OPS.
- Otero, J. (1999). Alexitimia, una revisión. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 19(72): 587-596.

- Otero, J. (2000). Hipótesis etiológicas sobre la alexitimia. *Aperturas psicoanalíticas*. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000108>
- Torres, O. & O'Dell, E. (2016). Stress is a principal factor that promotes tobacco use in females. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 65(4): 260-268.
- Páez, D., Fernández, I. y Mayordomo, S. (2000). Alexitimia y cultura. Recuperado de <http://www2.uned.es/dpto-psicologia-social-y-organizaciones/paginas/profesores/Itziar/DarioCLPaidos.pdf>
- Páez, D., Martínez-Sánchez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernández, I., & Blanco, A. (1999) Validez psicométrica de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20): Un estudio transcultural. *Boletín de Psicología*, 63: 55-76.
- Pérez-Padilla, J.R., Carrillo, J.L. y Torre-Bouscoulet, L. (2010). *Tabaquismo y enfermedades respiratorias*. En: María Elena Medina-Mora (Coord.) *Tabaquismo en México ¿cómo evitar 60,000 muertes prematuras cada año?* México: El Colegio Nacional.
- Pérez-Rincón, H., Cortés, J., Ortiz, S., Peña, J., Ruiz, J. y Díaz, A. (1997). Validación y estandarización de la versión española de la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto. *Salud Mental*; 20(3): 30-34.
- Pichón-Riviere, A., Reynales-Shigematsu, L.M., Bardach, A., Caporale, J., Augustovski, F., Alcaraz, A., Caccavo, F., Sáenz de Miera-Juárez, B., Muños-Hernández, J.A., Gallegos-Rivero, V., Hernández-San Román, E. (2013). *Carga de Enfermedad Atribuible al Tabaquismo en México. Documento Técnico IECS N° 10*. Buenos Aires: Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Instituto Nacional de Salud Pública y Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Razani-Boroujerdi, S., Singh, S., Knall, C., Hahn, F., Peña-Philippides, J., Kalra, R., Langley, R. & Sopori, M.L. (2004). Chronic nicotine inhibits inflammation and promotes influenza infection. *Cellular Immunology*, 230: 1-9.
- Rocha, V., Guerra, M. y Maciel, M. (2010). Dependência tabágica, assertividade e alexitimia em doentes cardíacos. *Paidéia*, 20(46): 155-164.
- Royce, R. & Winkelstein, J. (1990). HIV infection, cigarette smoking and CD4+ T-lymphocyte counts: preliminary results from the San Francisco Men's Health Study. *AIDS*, 4: 327-333.

- Schramm-Sapota, N., Walker, Q., Caster, J., Levin, E. & Kuhn, C. (2009). Are adolescents more vulnerable to drug addiction than adults? Evidence from animal models. *Psychopharmacology*, 206(1): 1-21.
- Schlaepfer, T., Cohen, M., Frick, C., Kosel, M., Brodesser, D., Axmacher, N., Young, A., Kreft, M., Lenartz, D. & Sturm, V. (2007). Deep Brain Stimulation to Reward Circuitry Alleviates Anhedonia in Refractory Major Depression. *Neuropsychopharmacology*, 33(2): 368–377.
- Shibata, M., Ninomiya, T., Jensen, M., Anno, K., Yonemoto, K., Makino, S., Iwaki, R., Yamashiro, K., Yoshida, T., Imada, Y., Kubo, C., Kiyohara, Y., Sudo, N. & Hosoi, M. (2014). Alexithymia Is Associated with Greater Risk of Chronic Pain and Negative Affect and with Lower Life Satisfaction in a General Population: The Hisayama Study. *PLOS ONE*, 9(3): e90984-e90984.
- Sifneos, P. (1988). Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization, affect, and creativity. *Psychiatr Clin North Am*; 3: 287-92.
- Sifneos, P. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Smith, G. (1983). Alexithymia in medical patients referred to a consultation liaison service. *American Journal of Psychiatry*, 140 (1): 99-101.
- Sonnby-Borgströma, M. (2009). Alexithymia as Related to Facial Imitation, Mentalization, Empathy, and Internal Working Models of Self and – Others. *Neuropsychoanalysis: An Interdisciplinary Journal for Psychoanalysis and the Neurosciences*, 11(1): 111-128.
- Swiller, H. (1988). Alexithymia: Treatment utilizing combined individual and group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 38(1): 47- 61.
- Thorberg, F., Young, R., Sullivan, K., Lyvers, M., Hurst, C., Connor, J., Tyssen, R., London, E., Noble, E. & Feeney, G. (2016). A longitudinal mediational study on the stability of alexithymia among alcohol-dependent outpatients in cognitive-behavioral therapy. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(1), 64-72.
- Taylor G., Parker, J. & Bagby, R. (1990). A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *American Journal of Psychiatry*, 147(9): 1228-30.

- U.S. Department of Health and Human Services (2014). *The Health Consequences of Smoking —50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General* [online monograph]. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- Vardavas, C. & Nikitara, K. (2020). COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. *Tobacco Induced Diseases*, 18(20).
- Verdejo-García, A. y Ruiz, E. (2011). Procesamiento emocional, interocepción y funciones ejecutivas en policonsumidores de drogas en tratamiento. *Trastornos adictivos*, 14(1): 10-20.
- Verdejo-García, A. & Bechara, A. (2009). A somatic marker theory of addiction. *Neuropharmacology*, 56(1): 48-62.
- Verdejo-García, A., Perez-Garcia, M., & Bechara, A. (2006). Emotion, Decision-Making and Substance Dependence: A Somatic-Marker Model of Addiction. *Current Neuropharmacology*, 4(1), 17-31.
- Vlahos, R., Bozinovski, S., Jones, J. E., Powell, J., Gras, J., Lilja, A., Hansen, M., Gualano, R., Irving, L. & Anderson, G. P. (2006). Differential protease, innate immunity, and NF- κ B induction profiles during lung inflammation induced by subchronic cigarette smoke exposure in mice. *American Journal of Physiology-Lung Cellular and Molecular Physiology*, 290(5), L931–L945.
- Volkow, N. & Morales, M. (2015). The Brain on Drugs: From Reward to Addiction. *Send to Cell*, 162(4): 712-25.
- Volkow, N., Wang, G., Fowler, J., Tomasi, D., Telang, F. & Baler, R. (2010). Addiction: decreased reward sensitivity and increased expectation sensitivity conspire to overwhelm the brain's control circuit. *Bioessays*, 32(9): 748-55.
- Weitzman, M., Cook, S., Auinger, P., Florin, T.A., Daniels, S., Nguyen, M. & Winickoff, J. (2005). Tobacco smoke exposure is associated with the Metabolic Syndrome in Adolescents. *Pediatric Cardiology*, 112: 862-869.
- Wood, C., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., Dongil, E. y Salguero, J. (2010). Relaciones entre estrés, tabaco y trastornos de pánico. *Ansiedad y Estrés*, 16(1): 309-325.

- Yaben, S. y Montalvo, J. (1994). Alexitimia: Concepto, evaluación y tratamiento. *Psicothema*, 6(3): 357-366.
- Zackheim, L. (2007). Alexithymia: The expanding realm of research. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(4): 345-347.
- Ziolkowski, M., Gruss, T. & Rybakowski, J. (1995). Does alexithymia in male alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63(3-4): 169-173.

Índice de tablas

	<i>Página</i>
Tabla 1. Puntuación TAS-20 del grupo de no consumidores de tabaco	29
Tabla 2. Puntuación TAS-20 y Test Fagerström del grupo de consumidores de tabaco	30
Tabla 3. Nivel de dependencia de acuerdo con el Test de Fagerström	30
Tabla 4. Media de la puntuación en el TAS-20 por grupo de no consumidores y consumidores	31
Tabla 5. Prueba de muestras independientes para determinar diferencias en el nivel de alexitimia en fumadores y no fumadores	31
Tabla 6. Media de la puntuación por subescala del TAS-20 por grupo de no consumidores y consumidores	32
Tabla 7. Prueba de muestras independientes para determinar diferencias entre fumadores y no fumadores en las medias en cada una de las subescalas que componen el TAS-20	32
Tabla 8. Diferencias en las puntuaciones de cada una de las subescalas del TAS-20 de acuerdo al nivel de dependencia arrojado por el Test de Fagerström	33
Tabla 9. ANOVA de un factor	33
Tabla 10. Comparaciones múltiples	34
Tabla 11. Medias, desviación estándar e intercorrelaciones entre las puntuaciones de alexitimia y dependencia al tabaco	34

Índice de figuras

	<i>Página</i>
Figura 1. Principales causas de mortalidad en el mundo	13
Figura 2. Gasto por enfermedades atribuibles al tabaco	14

ANEXOS

Escala de Alexitimia de Toronto (TAS- 20)

Nombre:

Edad:

Sexo: Hombre

Mujer

Perfil profesional:

Grado académico:

Instrucciones: Responde a una serie de cuestiones respecto a cómo te sientes. Marca una "X" a la opción que consideres correcta o se acerque más a lo que piensas al respecto.

1	2	3	4	5	6
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

1	A menudo estoy confundido con las emociones que estoy sintiendo	0	1	2	3	4	5
2	Me es difícil encontrar las palabras correctas para expresar mis sentimientos	0	1	2	3	4	5
3	Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden	0	1	2	3	4	5
4	Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente	0	1	2	3	4	5
5	Prefiero pensar bien acerca de un problema en lugar de solo mencionarlo	0	1	2	3	4	5
6	Cuando me siento mal no sé si estoy triste, asustado o enojado	0	1	2	3	4	5
7	A menudo estoy confundido con lo que siento en mi cuerpo	0	1	2	3	4	5
8	Prefiero dejar que las cosas pasen solas, sin preguntarme por qué suceden así	0	1	2	3	4	5
9	Tengo sentimientos que casi no puedo identificar	0	1	2	3	4	5

10	Estar en contacto con las emociones es muy importante	0	1	2	3	4	5
11	Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas	0	1	2	3	4	5
12	La gente me dice que exprese más mis sentimientos	0	1	2	3	4	5
13	No sé qué pasa dentro de mí	0	1	2	3	4	5
14	A menudo no sé por qué estoy enojado	0	1	2	3	4	5
15	Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos	0	1	2	3	4	5
16	Prefiero ver programas de TV simples pero entretenidos, que programas difíciles de entender	0	1	2	3	4	5
17	Me es difícil expresar mis sentimientos más profundos incluso a mis mejores amigos	0	1	2	3	4	5
18	Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio	0	1	2	3	4	5
19	Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales	0	1	2	3	4	5
20	Analizar y buscar significados profundos a películas, espectáculos o entretenimientos, disminuye el placer de disfrutarlos	0	1	2	3	4	5

Gracias.

Test de Fagerström

Nombre:

Edad:

Sexo: Hombre

Mujer

Perfil profesional:

Grado académico:

Instrucciones: Señala con una "X" la respuesta que te refleja tu caso.

1. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	a) 31 o más b) De 21 a 30 c) De 11 a 20 d) Menos de 1
2. ¿Fuma más cigarrillos en la primera parte del día que durante el resto?	a) Sí b) No
3. ¿Cuánto tiempo transcurre desde que despierta hasta que fuma el primer cigarrillo?	a) Menos de 5 minutos b) De 6 a 30 minutos c) De 31 a 60 minutos d) Más de 60 minutos
4. ¿Qué cigarrillo le es más difícil omitir?	a) El primero de la mañana b) Algún otro
5. ¿Le resulta difícil no fumar donde está prohibido?	a) Sí b) No
6. ¿Fuma cuando está enfermo o, incluso, en cama?	a) Sí b) No

Gracias.

Carta de Consentimiento Informado

Estimado participante a través de estos cuestionarios se está llevando a cabo un estudio cuyo propósito es conocer si existe relación entre el nivel de alexitimia y dependencia al tabaco en un grupo de adultos jóvenes residentes de la Ciudad de México. La información derivada de los resultados de estos cuestionarios será manejada de forma anónima y confidencial, de igual forma su participación es libre y voluntaria.

Si está de acuerdo con participar en el estudio firme esta hoja en el lugar provisto, después de leer la siguiente información:

“He leído el contenido de esta carta de consentimiento y he escuchado la información brindada por el interesado; se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la investigación y sus fines siendo aclaradas en su totalidad mis dudas. Mi firma en este documento manifiesta mi participación libre y voluntaria así como mi autorización para utilizar la información con fines académicos y de manera anónima”.

Nombre y firma