



SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD Y CONDUCTA DE FUMAR EN PACIENTES CON ANSIEDAD Y DEPRESION

Samuel Jurado Cárdenas¹, David Jurado Cárdenas² y Patricia Edith Campos Coy³
Facultad de Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México
Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”

Resumen

El presente trabajo evalúa la relación entre variables de la Sensibilidad a la Ansiedad (SA) como predictora de la conducta de fumar. Se obtuvo una muestra de pacientes diagnosticados con ansiedad y depresión y se compararon con sujetos sanos de acuerdo a los puntajes de una batería de pruebas (ASI-3, EAPAN, CHF e WISDM-68). Los resultados del primer análisis estadístico no mostraron diferencias en los puntajes globales obtenidos en la batería a excepción de los puntajes del ASI-3 entre grupos de diagnóstico. En el segundo análisis estadístico, se obtuvieron correlaciones entre todos los reactivos de las escalas en la batería siendo la relación entre los reactivos 7 y 8 del CHF con las subescalas Física y Social del ASI-3 las de mayor relevancia teórica. Un tercer análisis estadístico muestra a la SA como una variable significativa en la predicción de la conducta de fumar siendo los reactivos 7 y 8 del CHF los más importantes en la predicción. Se concluye que la SA es una variable significativa en la predicción de consumo de tabaco en dos momentos; con la primera vez que se fuma y cuando la conducta de fumar se establece de manera cotidiana.

Palabras clave: Sensibilidad a la Ansiedad, ASI-3, fumar, tabaco.

¹ Facultad de Psicología, UNAM, correo electrónico: jurado@servidor.unam.mx

² Facultad de Psicología, UNAM

³ Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de La Fuente Muñiz”

Abstract

The relationship between the Anxiety Sensitivity (AS) as a predictor of smoking behavior is assessed. A sample of anxiety and depressive subjects were compared with normal subject on basis of their scores in a battery of scales (ASI-3, MHQ, PANAS and WISDM-68). The first statistical analysis did not show differences among scores with exception of the ASI-3 among diagnosis groups. The second analysis showed that from all the correlations computed, the ones of items 7 and 8 from the MHQ with the scores of the subscales physical and social concerns of the ASI-3, showed a larger theoretical importance in the study. A third analysis showed the AS as a significant variable regarding the prediction of smoking behavior and AS; items 7 and 8 of the MHQ were identified as the most important in such analysis. It can be concluded that the AS is a significant variable in the prediction of smoking behavior in two specific moments; the first time the persons smokes and when smoking behavior becomes an everyday practice.

Keywords. Anxiety Sensitivity, ASI-3, smoking, tobacco.

Introducción.

Tanto la ansiedad como el miedo activan cogniciones desagradables que se manifiestan en respuestas emocionales displacenteras (Caballo, Buela-Casal y Carrobles, 1995), como sensación de indefensión, confusión, aprensión, inquietud y pensamientos catastróficos repetitivos. La Sensibilidad a la Ansiedad (SA) es un constructo que 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) y esta íntimamente relacionada a la presencia de ataques de pánico (Donnell y McNally, 1988; Reiss, Peterson, Gursky, y McNally, 1986; Westling, y Öst, 1995; Cox, Endler, y Swinson, 1995; Stewart, Taylor, Jang, Cox, Watt, Fedoroff, y Borges, 2001; Pollock, Carter, Amir, y Marks, 2006).

La SA presenta un alto componente cognitivo (Reiss y McNally, 1985; Lilienfeld, Turner, Jacob, 1993; Zvolensky, Heffner, Eifert, Spira, Feldner, y Brown, 2001; Zvolensky, Arrindell, Taylor, Bouvard, Cox, Stewart, Sandin, Jurado, y Eifert, 2003,) y se ha estudiado la forma en que los individuos interpretan los estímulos internos producto de conductas como el consumo de alcohol (Stewart, Samoluk y MacDonald, 1999), dolor crónico de espalda baja (Vowels, Zvolensky, Gross y Sperry, 2004), el uso de heroína (Lejuez, Paulson, Daughters, Bornovalova, y Zvolensky, 2006), y el consumo de tabaco. Se ha postulado que la relación de la SA con el consumo de tabaco guarda especial importancia en el desarrollo de ataques de pánico (Zvolensky, Bonn-Miller, Bernstein, McLeish, Feldner, Leen-Feldner, 2006; Zvolensky, Berstein, Jurado, Colotla, Marshall, y Feldner, 2007).

En específico, Zvolensky, Feldner, Leen-Feldner, Bonn-Miller, McLeish, y Gregor, (2004), propusieron un modelo de regulación de afecto entre fumar y el trastorno de pánico que postula que entre los fumadores regulares, la SA se comporta como un factor que impulsa a fumar debido a la reducción de afectividad negativa y sensaciones corporales displacenteras que se experimentan. Por lo tanto, estos individuos interpretarían las claves propias de estados afectivos negativos (incapacidad para relajarse, agitación corporal, ansiedad) como potencialmente peligrosas, por lo que la conducta de fumar se reforzaría como un medio para contrarrestar dichos estímulos aversivos. En consecuencia, fumadores regulares con alta SA podrían fumar como un medio para neutralizar la estimulación aversiva que llegan a experimentar. El modelo propone que los fumadores regulares con alta SA en comparación con los no fumadores son más propensos a desarrollar ataques de pánico y se ha encontrado que la SA no se asocia con el hecho de ser dependiente a la nicotina o al número de cigarros consumidos, más bien, está asociada a los intentos por dejar de fumar (Bonn-Miller, Zvolensky, Leen-Feldner, Feldner y Yartz, 2005). Los individuos con alta SA son menos efectivos en el manejo de las sensaciones que elicitada la ausencia del cigarro, por lo que recaen con el fin de evitar dicha estimulación, lo que fortalece la propuesta teórica del modelo.

En México se buscó probar el modelo fuera de la población estadounidense en donde se había consolidado y se realizó un estudio con el fin de conocer la consistencia de la relación de pánico, SA y Fumar. Se encontró que en población mexicana solo el nivel de orden inferior de *preocupaciones físicas* del ASI-3 está significativamente relacionado con el deterioro temprano en individuos fumadores (Zvolensky, et al 2007). Este efecto se observó por encima de factores de estados afectivos negativos, cigarros consumidos y consumo de alcohol. Lo cual concuerda con investigaciones previas (Leen-Feldner, Feldner, Bernstein, McCormick, y Zvolensky, 2005).

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

En lo que respecta a México, el estudio de la SA y los componentes con los que se relaciona se encuentran en una etapa inicial. La conducta de fumar, la depresión y la ansiedad no se han evaluado en función de su vínculo con la SA. En el caso del consumo del tabaco, conocer el papel que desempeña la SA posee relevancia clínica al abordar problemas como el mantenimiento del consumo del cigarro, su participación en el desarrollo de trastornos de ansiedad, la incapacidad para poder dejarlo y el manejo de las recaídas. Los cuales representan los factores de riesgo más importantes en la persistencia del consumo de tabaco y en

el posterior deterioro de la salud. Poseer conocimiento en dicho campo permite realizar intervenciones terapéuticas en el manejo de dichos trastornos. Por lo tanto, los objetivos del presente trabajo son: a) Identificar las posibles conexiones entre variables subyacentes a la conducta de fumar y la SA y b) Conocer las propiedades de la SA para ser considerada como un variable predictiva de la conducta de fumar. Se retoma una metodología no experimental con un diseño *expost facto* de una sola muestra con una sola medición (Kerlinger, 1985)

METODO

Participantes

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

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

MUESTREO

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

ESCENARIO

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

Para la muestra de pacientes sanos, se asistió a las aulas de clase.

INSTRUMENTOS Y APARATOS.

Se utilizó una batería constituida de los siguientes instrumentos psicométricos:

Hoja de datos Demográficos: Registra lo referente a la edad, género, estado civil, nivel escolar y diagnóstico de los participantes y constituye la primera hoja de la batería.

Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo, (EAPAN): Consta de 20 reactivos, que se contestan en base a una escala tipo Likert de 5 puntos, donde 1 es “casi nada o nada” y 5 “extremadamente”, de acuerdo a las emociones que han experimentado en el último mes. Consta de dos subescalas, una de afecto positivo y otra de afecto negativo, ambas han demostrado niveles altos de consistencia interna en un amplio rango de población y en muestras internacionales (Rango de coeficiente $\alpha = .83-.90$ y $.85-.93$, respectivamente; Watson, (2000), esta escala fue traducida al español confiabilizada y validada por Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valente, 1999). Para este estudio únicamente se utilizó la subescala de Afectos Negativos que comprende los reactivos 2, 4, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 18 y 20. La confiabilidad por α de Cronbach para este estudio fue de $.815$.

Índice de Sensibilidad a la Ansiedad-3 (ASI-3): Es una escala multidimensional que evalúa la SA. Consta de 18 reactivos agrupados en 3 subescalas, una de preocupaciones cognitivas, otra de preocupaciones físicas y una de preocupaciones sociales. Su formato de respuesta es una escala tipo Likert de 5 puntos, donde 0 es “muy poco” y 4 “muchísimo”. Esta escala cuenta con un puntaje α de $.59-.63$ obtenido en un estudio multinacional en el que participó México (Zvolensky, et al. 2007).

Cuestionario de Historia de Fumar (CHF): Evalúa la historia como fumador y el patrón de ésta. Contiene reactivos que miden frecuencia de consumo, edad de comienzo, los años en que se es fumador cotidiano y el historial de intentos por dejarlo. No posee respaldo psicométrico porque es un instrumento descriptivo, por lo que no puede computarse en esos términos (Zvolensky, et al. 2007). Para este estudio se utilizaron únicamente los reactivos 7, 8, 9, 10 y 13, que abordan cuestiones como “Qué edad tenía cuando comenzó a fumar cotidianamente” o “Cuántas veces en su vida ha hecho un serio intento por dejar de fumar”.

Inventario de Motivos de Dependencia a Fumar de Wisconsin-68 (WISDM-68): Mide la conducta de fumar por medio de 68 reactivos agrupados en 13 subescalas, estas son: apego, automatismo, conducta de elección/mejoramiento/reforzamiento alternativo, vigorización cognitiva, antojo, exposición a claves/proceso asociativo, pérdida de control, reforzamiento negativo, reforzamiento positivo, estimulación social o ambiental, propiedades sensoriales y sabor, tolerancia y pérdida de peso. Está construido en una escala tipo Likert de 7 puntos, donde 1 es “para mi nada verdadero” y 7 “Extremadamente verdadero para mí”. Y cuenta con un puntaje α de .73-.95 (Piper, Piasecki, Federman, Bolt, Smith, Fiore y Baker, 2006). La confiabilidad por α de Cronbach para este estudio fue de .93.

PROCEDIMIENTO

Para la muestra de estudiantes se acudió a las aulas de Licenciatura y se pidió la colaboración de los estudiantes para participar en la investigación.

En el aula se revisaron las instrucciones guiados por el investigador y en caso de que existieran dudas se abordaron en ese momento. A lo largo de la prueba se aclararon dudas y una vez completados los cuestionarios se recolectaron y se agradeció su participación en el estudio.

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

RESULTADOS

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

Diferencias entre grupos

Un análisis de varianza entre grupos (estudiantes, deprimidos y ansiosos) contra las escalas del CHF, ASI-3, WISDM-68 y EAPAN-Afectos Negativos, mostró que sólo la escala ASI-3 global y sus tres subescalas presentaron diferencias significativas entre grupos. Los datos del análisis para la escala global del ASI-3 y su subescala Física se muestran en la tabla 1.

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

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

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

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

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

Correlaciones.

Por medio de la r de Pearson se encontraron las siguientes correlaciones en las variables de Afecto Negativo, WISDM-68, ASI-3 (y sus subescalas) y los reactivos 7, 8, 9, 10 y 13 del CHF, éstas se muestran en la tabla 3.

Como se puede observar, los puntajes de la tabla resaltados en negritas corresponden a las correlaciones encontradas en los puntajes del WISDM-68, el ASI-3 y sus subescalas y los reactivos elegidos del CHF. Los Afectos Negativos fueron la escala cuyas correlaciones fueron aceptables pero no óptimas como lo muestran las otras escalas.

Tabla 3.- Matriz de correlaciones entre las variables de Afecto Negativo, WISDM-68, ASI-3 y sus subescalas.

| | AFEC. NEGAT. | WISDM-68 | ASI-3 | ASI-3, SubCog | ASI-3, SubFis | ASI-3, SubSoc | CHF-R7 | CHF-R8 | CHF-R9 | CHF-R10 | CHF-R13 |
|---------------|--------------------|--------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------|
| AFEC. NEGAT. | | | | | | | | | | | |
| WISDM-68 | | | | | | | | | | | |
| ASI-3 | | -.232 sig. .022 | | | | | | | | | |
| ASI-3, SubCog | | -.233 sig. .019 | .887 sig. .000 | | | | | | | | |
| ASI-3, SubFis | | | .862 sig. .000 | .646 sig. .000 | | | | | | | |
| ASI-3, SubSoc | .242 sig. .016 | | .859 sig. .000 | .653 Sig. .000 | .608 sig. .000 | | | | | | |
| CHF-R7 | -.273 Sig. .006 | .373 sig. .000 | -.295 sig. .003 | -.246 Sig. .014 | | -.282 Sig. .005 | | | | | |
| CHF-R8 | | .521 sig. .000 | -.331 sig. .001 | -.301 Sig. .002 | -.220 sig. .028 | -.286 Sig. .004 | .728 Sig. .000 | | | | |
| CHF-R9 | | .528 sig. .000 | | | | | .309 Sig. .002 | .499 Sig. .000 | | | |
| CHF-R10 | | .679 sig. .000 | | | | | .339 Sig. .001 | .488 Sig. .000 | .819 Sig. .000 | | |
| CHF-R13 | -.230 sig. .021 | .289 sig. .004 | | | | | .367 Sig. .000 | .527 Sig. .000 | .374 Sig. .000 | .289 Sig. .004 | |

Regresión Múltiple

Para determinar la predicción se realizaron 3 análisis de regresión múltiple utilizando en el primero el puntaje total del WISDM-68 como variable dependiente (VD) y como VI el puntaje total del ASI-3. El resultado mostró una $R^2 = .29$ con un error típico de 912.72. El estadístico F fue de 8.99 $p < .000$ con 1 gl lo cual indica que sí existe una relación lineal entre la VD y la VI.

En el segundo análisis de regresión lineal se utilizó como VD el WISDM-68 y como VI el conjunto de subescalas del ASI-3 de componentes “Físicos”, “Cognitivos” y “Sociales”. El resultado mostró una $R^2 = .31$ con un error típico de 916.76. El estadístico F fue de 3.35 $p < .000$ con 3 gl lo cual indica que sí existe una relación lineal entre la VD y el conjunto de VI. El coeficientes Beta mostró que la subescala de componentes Físicos del ASI-3 es el que mayor importancia tiene en la predicción.

En el tercer análisis de regresión lineal se utilizó como VD el WISDM-68 y como variables independientes (VI) los reactivos 7, 8, 9, 10 y 13 del CHF junto con el puntaje total del ASI-3. Se incluyeron los reactivos de la escala del CHF debido a que su contenido esta vinculado el consumo de tabaco. El resultado mostró una $R^2 = .72$ con un error típico de 510.11. El estadístico F fue de 40.85 $p < .000$ con 6 gl lo cual indica que sí existe una relación lineal entre la VD y el conjunto de VI. Al respecto, los coeficientes Beta mostraron que de los componentes de la VI, el reactivo 8 del CHF “¿Qué edad tenía cuando comenzó a fumar cotidianamente?” es el que mayor importancia tiene en la predicción, seguido del reactivo 9 de la misma escala “¿Durante cuántos años, en total, ha sido fumador cotidiano?”, en tercer lugar el reactivo 7 “¿Qué edad tenía cuándo fumó su primer cigarro?” y por ultimo el puntaje del ASI-3 total.

DISCUSION

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

Por otro lado, los resultados confirman la relación existente entre la SA y el consumo de tabaco (Zvolensky, et al, 2004; Leen-Feldner, et al., 2005; Zvolensky, et al, 2007). Esta relación se refiere al apego que produce el consumo. Las correlaciones del ASI-3 y el WISDM-68 y las subescalas de preocupaciones Físicas del ASI-3 con el Inventario de Wisconsin, sugieren que el consumo del cigarro podría estar en función de creencias como: “Fumo cuando realmente necesito concentrarme”, “Fumar me ayuda a mantenerme enfocado”, “Fumar es la forma mas rápida de premiarme”, “Mi concentración aumenta después de fumar

un cigarrillo”, o “Fumar me ayuda a pensar mejor”, que en sujetos con alta SA representan temor a perder estabilidad cognitiva.

La relación SA y tabaco parece enfatizarse en dos momentos, de acuerdo a su correlación con el reactivo 8 del CHF, en las subescalas de preocupaciones Físicas y Sociales del ASI-3 y el reactivo 7 con la subescala de preocupaciones Sociales: 1) El momento en que se prueba el primer cigarro y 2) El momento en que se establece como fumador cotidiano. Esto sugiere que en dichos momentos el temor a ser desaprobado socialmente y el temer por la salud, contribuyen al consumo de cigarro. El hecho de experimentar síntomas de ansiedad como nerviosismo, sonrojarse, sudoración, falta de concentración, respiración agitada, taquicardia, etc, provocan que las personas sientan temor de que su salud corra riesgo o temor a ser desaprobados por los demás si notan dichos síntomas. La correlación entre Afectos Negativos y la subescala de preocupaciones Sociales sugiere que sentimientos, como enojo, culpa, hostilidad, nerviosismo, temor, etc. parecen asociarse a alta SA. Sin embargo, esto no implica que los Afectos Negativos sean un factor predisponente a la SA por si mismos, sino que contribuyen en el desarrollo de la SA en tanto que ambas variables se encuentren en el mismo individuo, tal como lo señalan Leen-Feldner, et al. (2005). Por lo que un sujeto con alta SA en presencia de los componentes somáticos de los Afectos Negativos, podría verse tentado a adoptar el efecto placentero que produce la nicotina en un esfuerzo por mitigar sus síntomas.

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

En relación a las capacidades predictivas de la SA, ésta parece ser un buen predictor en el consumo de tabaco, en específico la subescala de preocupaciones Físicas. Esto confirma que las claves corporales displacenteras en personas con alta SA potencian el consumo de tabaco en un intento por contrarrestar las sensaciones corporales que producen preocupación (Zvolensky, et al. 2004). En

consecuencia, una segunda hipótesis sería que en un ambiente clínico personas con alta SA pueden encontrar más difícil tener éxito al intentar abandonar el hábito ya que las sensaciones corporales provocadas por la ausencia de cigarro se perciben como peligrosas, lo que incita volver a fumar.

Esta investigación cuenta con una serie de limitaciones a considerar. En un primer momento sería importante abordar en estudios posteriores la relación de la SA y el consumo del tabaco tomando en cuenta los componentes individuales del WISDM-68 como el apego, el automatismo, la vigorización cognitiva, el antojo, la pérdida de control, etc., que podrían aportar datos más finos sobre cómo es que interviene la SA en dichas dimensiones del tabaquismo. Además de comenzar a delinear de manera más específica cómo es que el temor por el bienestar físico y la aprobación social se configuran en la génesis y desarrollo del hábito de fumar. Una segunda limitación es que la muestra de sujetos sanos se suscribe únicamente a estudiantes de licenciatura, por lo que sería bueno abordar el mismo objetivo con una muestra de participantes más heterogénea. En tercer lugar, aunque se logró obtener un coeficiente de confiabilidad adecuado en los instrumentos utilizados, el respaldo de una estandarización a población mexicana de las escalas permitiría acceder a los datos con menos probabilidad de sesgo.

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

En general, los resultados de esta investigación permiten sostener que la SA es un constructo asociado a la conducta de fumar, por la acción de

componentes cognitivos que hacen referencia a temor a claves corporales y de temor social, por lo que es un predictor confiable en el consumo de tabaco.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anda, R. F., Williamson, R. F., Escobedo, L. G., Mast, E. E., Giovino G. A. & Remington P. L. (2000) Depression and the dynamics of smoking. A national perspective. **Journal of the American Medical Association**, 264 , 124-136.
- Bonn-Miller, Zvolensky, Leen-Feldner, Feldner y Yartz, (2005) Marijuana Use Among Daily Tobacco Smokers: Relationship to Anxiety-Related Factors. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, 27, 279-289.
- Caballo, V. E., Buéla-Casal, G., Carrobes, J. A. (1995) **Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos**. España, Siglo Veintiuno, pp. 257-550.
- Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A y Valente, R. M. (1999) Escalas PANAS de Afecto Positivo y Negativo: validación factorial y convergencia transcultural. **Psicothema**, 11, 37-51.
- Covey, L. S., Glassman, A. H., Stetner, F. (1998) Cigarette Smoking and Major Depression. **Journal of Addictions**, 17, 35-46.
- Cox, B. J., Endler, N. S. y Swinson R., P. (1995) Anxiety Sensitivity and Panic Attack Symptomatology. **Behavior Research and Therapy**, 33, 833-836.
- Donnell y McNally, (1988) Anxiety Sensitivity and History of Panic as Predictors of response to Hyperventilation. **Behavior Research and Therapy**, 27, 325-332.
- Glassman, A. H., Helzer, J. E. Covey, L. S., Cottler, L. B. Stetner, F. Tipp, J. E. & Johnson, J. (1999) **Smoking, Smoking Cessation, and Major Depression**, 264, 12-20.
- Hall, S. M., Muñoz, R. F., Reus, V. I. & Sees, K. L. (1998) Nicotine, Negative Affect, and Depression. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. 6, 761-7.
- Kerlinger, N. F. (1985) **Investigación del Comportamiento. Técnicas y Metodología**. México, Interamericana, pp. 214-268.

- Leen-Feldner, E. W., Feldner, M. T., Bernstein, A., McCormick, J. T., y Zvolensky, M. J., (2005) Anxiety Sensitivity and Anxious responding to Bodily Sensations: A Test Among Adolescents Using a Voluntary Hyperventilation Challenge. **Cognitive Therapy and Reserch**, 29, 593-609.
- Lejuez, C. W., Paulson, A., Daughters, S. B., Bornovalova, M. A., & Zvolensky, M. J. (2006). The association between heroin use and anxiety sensitivity among inner-city individuals in residential drug use treatment. **Behavior Research and Therapy**, 44, 667-677.
- Lilienfeld, S. O., Turner, S. M., Jacob, R. G., (1993) Anxiety Sensitivity: An Examination of Theoretical an Methodological Issues. **Behavior Research Therapy**, 15, 147-183.
- Piper, M. E., Piasecki, T. M., Federman, E. B., Bolt, D. M., Smith, S. S., Fiore, M. C. & Baker, T. B. (2006) A Multiple Approach to Tobacco Dependence: The Wisconsin Inventory of Smoking Motives (WISDM-68). **Center of Tobacco Research and Intervention, University of Wisconsin**, 1-59
- Pollock, R. A., Carter, A. S., Amir N. y Marks, L., E. (2006) Anxiety sensitivity and Auditory Perception of Heartbeat, **Behavior Research and Therapy**, 44, 1739-1756.
- Reiss, S. & McNally R. J. (1985) The Expectancy Model of Fear. Theoretical Issues and **Behavior Therapy**, Academy Press, New York.
- Reiss, S. Peterson R. A., Gursky, D. M., & McNally R. J. (1986) Anxiety Sensitivity frequency and the Prediction of Fearfulness. **Behavior Research Therapy**, 24, 1-8.
- Stewart, S. H., Samoluk S. B. & MacDonald, A. B. (1999) Anxiety Sensitivity and the Self Reported reasons for drug use. **Journal of Substance Abuse**, 9, 223-240.
- Stewart, S., Taylor, S., Jang, K., Cox, B., Watt, M., Fedoroff, I., & S., Borger (2001) Causal Modeling of Relations Among Learning History, anxiety Sensitivity and Panic Attacks. **Behavior Research and Therapy**, 39, 443-456.
- Watson, D. (2000) **Mood and Temperament**. Nueva York, Guilford Press.
- Westling, B. E., & Öst L. G. (1995) Cognitive Bias in Panic Disorder and Changes After Cognitive-Behavioral Treatments. **Behavior Research and Therapy**, 33, 585-588.
- Vowels, K. E., Zvolensky, M. J., Gross, R. T. y Sperry, J. A. (2004) Pian-related Anxiety in the Prediction of Chronic Low-Back Pain Distress. **Journal of Behavioral Medicne**, 27, 77-89.
- Zvolensky, M. J., Heffner, M., Eifert, G. H., Spira, A. P., Feldner, M. T., & Brown (2001) Incremental Validity of Perceived Control Dimensions in the

Differential Prediction of Interpretative Biases for Threat. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, 23, 75-83.

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

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

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

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