



Adicciones

ISSN: 0214-4840

secretaria@adicciones.es

Sociedad Científica Española de Estudios
sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras
Toxicomanías
España

MARQUETA, ADRIANA; JIMÉNEZ-MURO, ADRIANA; BEAMONTE, ASUNCIÓN; GARGALLO,
PILAR; NERÍN, ISABEL

Evolución de la ansiedad en el proceso de dejar de fumar en fumadores que acuden a una Unidad de
Tabaquismo.

Adicciones, vol. 22, núm. 4, 2010, pp. 317-324

Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías
Palma de Mallorca, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122896005>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Evolución de la ansiedad en el proceso de dejar de fumar en fumadores que acuden a una Unidad de Tabaquismo.

Evolution of anxiety during the smoking cessation process at a Smoking Cessation Clinic.

ADRIANA MARQUETA*; ADRIANA JIMÉNEZ-MURO*; ASUNCIÓN BEAMONTE**; PILAR GARGALLO**, ISABEL NERÍN*.

*Unidad de Tabaquismo FMZ. Departamento de Medicina y Psiquiatría.

Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza.

**Departamento de Métodos Estadísticos. Escuela Universitaria de Estudios Empresariales, Universidad de Zaragoza.

Enviar correspondencia a:

Adriana Marqueta Baile

Unidad de Tabaquismo FMZ. Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza. C/Domingo Miral s/n, Edificio A, 1^a planta. CP: 50009. Zaragoza. E-mail: amarquet@unizar.es

recibido: Marzo 2010

aceptado: Junio 2010

RESUMEN

Objetivo: Conocer la evolución de la ansiedad a lo largo del proceso de cesación tabáquica (3 meses) en pacientes que solicitan tratamiento para dejar de fumar y su posible valor pronóstico en la recaída. **Método:** Estudio analítico prospectivo longitudinal. Variables de estudio: sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, antecedentes de ansiedad y/o depresión, consumo de psicofármacos, cigarrillos diarios, cooximetría, dependencia a la nicotina (Test de Fagerström) y ansiedad estado/rasgo con el cuestionario STAI-E/R (State-Trait Anxiety Inventory). La ansiedad rasgo se evaluó el día de la historia clínica y la ansiedad estado en las siguientes sesiones: H¹ clínica, día previo a dejar de fumar, día posterior, semana, mes y a los tres meses. Se midió la abstinencia continuada y validada con CO ≤ 10 ppm.

Resultados: 569 pacientes, 288 hombres (50,6%) y 281 mujeres (49,4%), media de edad: 43 años; media cigarrillos/día: 23; media Test de Fagerström: 6. La A/E disminuyó al dejar de fumar y se mantuvo a lo largo del tiempo (3 meses). Se encontraron mayores puntuaciones de A/R y A/E en el grupo de mujeres y en los sujetos que consumían psicofármacos. Los pacientes que recayeron tenían mayor grado de ansiedad estado en la sesión anterior a la recaída.

Conclusiones: La ansiedad disminuye a lo largo del proceso de deshabituación y se mantiene en el tiempo (3 meses); los sujetos que recaen puntuán más alto en ansiedad estado. Es necesario incorporar estrategias conductuales en el tratamiento del tabaquismo.

ABSTRACT

Objective: To assess the evolution of anxiety during the smoking cessation process (3 months) and early smoking relapse, in a group of smokers seeking treatment for giving up smoking.

Method: Analytical, prospective and longitudinal study. Study variables: sex, age, marital status, educational level, anxiety and depression background, use of psychopharmacological drugs, cigarettes smoked per day, co-oximetry, nicotine dependence (Fagerström Test for Nicotine Dependence) and state and trait anxiety (State-Trait Anxiety Inventory). Trait anxiety was assessed at the same time as medical history and state anxiety over the following sessions: Medical history session, day prior to stopping smoking, the day after, and at one week, one month and three months. Continuous abstinence was assessed by self-report and confirmed by co-oximetry ≤ 10 ppm.

Results: 569 patients, 288 men (50.6%) and 281 women (49.4%), mean age 43 years, mean cigarettes per day 23, average score on Fagerström Test 6. State anxiety levels decreased during the smoking cessation process, and these levels were maintained three months later. Women scored higher on state and trait anxiety, and so did smokers who took psychopharmacological drugs. Relapsing patients had higher levels of state anxiety in the session prior to relapse.

Conclusions: State anxiety decreases during the smoking cessation process, remaining at the same level after 3 months. There is a need to incorporate behavioural strategies in smoking cessation treatment.

INTRODUCCIÓN

A ctualmente el tabaquismo se considera un trastorno adictivo crónico con elevada tendencia a las recaídas¹. La supresión de la nicotina, sustancia responsable de producir la adicción, produce en el fumador una serie de síntomas entre los cuales se encuentra la ansiedad y que configuran el denominado síndrome de abstinencia, cuyos criterios diagnósticos están recogidos en el manual DSM-IV-TR².

La ansiedad es una emoción negativa que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, con activación del sistema nervioso autónomo y expresiones conductuales y motoras³. Es necesario distinguir entre la ansiedad como característica individual relativamente estable, "rasgo de ansiedad", y su expresión transitoria en respuesta a diferentes situaciones, "estado de ansiedad". La ansiedad estado se entiende como una condición emocional que puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad. Por el contrario, la ansiedad rasgo es la tendencia que tienen los sujetos a percibir las situaciones como amenazadoras o estresantes e implica diferencias entre los sujetos en su disposición para responder a estas situaciones con diferentes elevaciones de ansiedad estado. Al igual que otras emociones, la ansiedad forma parte de los procesos adaptativos y constituye una respuesta normal y necesaria, aunque a veces puede haber una reacción desmedida, llegando a ser en ocasiones patológica⁴.

Muchos fumadores perciben que fumar un cigarrillo les produce una sensación de calma y disminuye su estrés, por lo que en situaciones ansiosas incrementan su consumo de tabaco⁵. Sin embargo, algunos estudios reflejan que la ansiedad se reduce al dejar de fumar por lo que se ha sugerido que fumar sería crónicamente ansiogénico más que ansiolítico⁶. A pesar de todo, niveles altos de ansiedad producidos por la falta de nicotina en el organismo y la expectativa de que fumar ayuda a aliviar este efecto negativo, pueden actuar como precipitante de la recaída al dejar de fumar⁷.

En la actualidad se dispone de evidencia suficiente acerca de las técnicas eficaces en el tratamiento del tabaquismo⁸, tanto psicológicas como farmacológicas. Pero, al igual que ocurre en otras adicciones, la recaída es frecuente en el proceso de abandono tanto se realice con o sin tratamiento^{9,10}. Se han propuesto diferentes modelos explicativos para analizar el proceso de la recaída y los mecanismos que la desencadenan. Según el modelo de afrontamiento del estrés de Marlat y Gordon¹¹, existen determinadas situaciones de riesgo en las que la probabilidad de que se produzca la recaída es mayor. La ansiedad formaría parte de los estados emocionales negativos que actuarían como desencadenante. Por otra parte, la mayoría de las recaídas se producen en los tres primeros meses posteriores al abandono¹². Por todo ello, un mejor conocimiento de cómo evoluciona el nivel de ansiedad al dejar de fumar y su posible relación con el mantenimiento de la abstinencia podría contribuir a mejorar los resultados de los tratamientos y con ello disminuir la prevalencia de

El objetivo de nuestro estudio es conocer la evolución de la ansiedad a lo largo del proceso de cesación tabáquica (3 meses) en pacientes que solicitan tratamiento para dejar de fumar y su posible valor pronóstico en la recaída a corto plazo.

MÉTODO

Se realizó un estudio analítico prospectivo longitudinal.

Sujetos

La muestra de esta investigación estuvo compuesta por 569 fumadores, 288 hombres (50,6%) y 281 mujeres (49,4%), que solicitaron tratamiento para dejar de fumar, en una Unidad de Tabaquismo especializada, entre los años 2005 y 2008. El servicio, gratuito, es ofrecido a la población general de la comunidad autónoma.

Los criterios de inclusión fueron: ser fumador y solicitar personalmente tratamiento. Como criterios de exclusión se establecieron: tener otra drogodependencia activa, padecer algún trastorno mental grave de tipo psicótico, clasificado en el DSM-IV¹³ y CIE-10¹⁴, estar embarazada o haber realizado tratamiento anteriormente en la Unidad de Tabaquismo en el último año.

Las características principales de la muestra diferenciadas por sexo se detallan en la tabla 1.

TABLA 1. Características de la muestra según sexo

Características	Hombres 50,6% (288)	Mujeres 49,4% (281)
Estado civil		
Soltero	24,7% (71)	31,3% (88)
Casado	67% (193)	53,7% (151)
Divorciado	7,3% (21)	12,1% (34)
Viudo	1% (3)	2,8% (8)
Nivel de estudios		
Básicos	16,3% (47)	11,4% (32)
Medios	47,9% (138)	37,5% (105)
Universitarios	35,8% (103)	51,1% (143)
Han tenido ansiedad o depresión		
No	71,9% (207)	50,2% (141)
Sí	28,1% (81)	49,8% (140)
Consumo de psicofármacos		
Nunca	92,7% (267)	81,1% (228)
A diario	7,3% (21)	18,9% (53)

Procedimiento

Historia clínica

Se llevó a cabo el primer día una historia clínica sobre tabaquismo con el objetivo de analizar la conducta del paciente en relación con su adicción al tabaco, para después

gieron variables demográficas, variables relacionadas con el consumo de tabaco, consumo de otras drogas y se realizó una anamnesis general por aparatos para recoger información sobre posibles patologías.

Para medir la dependencia física a la nicotina se utilizó el Test de Fagerström en la versión adaptada al castellano^{15, 16}. Este test, formado por seis ítems, evalúa el grado de dependencia a la nicotina en una escala de 0 a 10 puntos, situando la dependencia en baja (≤ 4), media (5-6) y alta (≥ 7).

Se midió el monóxido de carbono (CO) en aire espirado el día de la historia clínica para tener un valor basal. Para ello se utilizó un cooxímetro modelo Mini Smokerlyzer (Bedfont Scientific Ltd), que indica la concentración de CO en partes por millón (ppm) en aire espirado, cuyo rango de medición va de 0 a 500 ppm. Los valores para estimar si el sujeto es fumador o no, oscilan entre 5 y 10 ppm, utilizando en este estudio el punto de corte $CO \leq 10$ ppm para los no fumadores, siguiendo las recomendaciones clínicas establecidas en los documentos de consenso^{17,18}. Aunque la cooximetria se utiliza para verificar que el paciente no ha fumado durante el tratamiento, actualmente también se está proponiendo como técnica de refuerzo positivo para el fumador en fase de mantenimiento de la abstinencia.

La ansiedad se evaluó con el Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo STAI. La versión adaptada a la población española consta de 2 escalas separadas de autoevaluación, de 20 ítems cada una, cuyas puntuaciones van de 0 a 60¹⁹. Estas puntuaciones miden de manera cuantitativa dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad estado (A/E) y la ansiedad rasgo (A/R). Los índices de consistencia interna de esta prueba oscilan entre 0,90 y 0,93 en la ansiedad estado y entre 0,84 y 0,87 en la ansiedad rasgo.

Durante la realización de la historia clínica se le explicó al paciente en qué consistía la terapia; se pactó el día en el que dejaría de fumar (día D) aproximadamente entre los 7 ó 15 días posteriores; se decidió conjuntamente, en caso necesario, el tratamiento farmacológico a utilizar y se le citó para la primera sesión, 24 horas antes del día D. La historia clínica fue llevada a cabo por personal sanitario (médico/a, psicólogo/a), con amplia experiencia en el tratamiento del tabaquismo.

Tratamiento

Se realizó tratamiento multicomponente²⁰, psicológico y farmacológico, llevado a cabo mediante terapia en grupo estructurada en 9 sesiones, de 90 minutos cada una, a lo largo de 3 meses. Las sesiones en grupo fueron las siguientes: Pre-D (día previo a dejar de fumar), Post-D (día posterior), 1^a semana, 2^a semana, 3^a semana, 4^a semana (mes), 6^a semana, 9^a semana y 12^a semana (3 meses).

Cada grupo estuvo formado por 15 personas y fue conducido por dos terapeutas, el primero con un rol activo y el segundo observacional. La relación terapéutica fue colaborativa en todo momento, enfatizando el papel activo del

Como tratamiento farmacológico se utilizó uno de los tres fármacos recomendados por las guías de práctica clínica de tratamiento del tabaquismo⁸: Terapia Sustitutiva de Nicotina (TSN) en forma de parches transdérmicos o goma de mascar, Bupropión o Vareniclina. Dado que no existe en la actualidad un perfil determinado para cada uno de los tratamientos, la indicación de uno u otro se valoró según las preferencias del paciente, siempre y cuando no existiera ninguna circunstancia que contraindicase su uso.

Variables de estudio

El día de la historia clínica se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, estado civil (soltero, casado, divorciado o viudo), nivel de estudios (básicos, medios o universitarios), antecedentes de ansiedad y/o depresión que en alguna ocasión precisaron tratamiento farmacológico y consumo de psicofármacos en el momento de la historia en las categorías: nunca o consumo diario.

Respecto al consumo de tabaco se recogió la siguiente información: número de cigarrillos diarios, intentos previos de cesación (sí/no), nivel de monóxido de carbono (CO) evaluado mediante cooximetría y grado de dependencia a la nicotina medida con el Test de Fagerström.

Las dos escalas del cuestionario STAI, A/R y A/E, fueron autocomplimentadas por todos los pacientes el día de la historia clínica. La escala A/E se midió también en las siguientes sesiones: el día previo a dejar de fumar (Pre-D), 24 horas después de dejar de fumar (Post-D), a la semana, al mes y a los 3 meses de abstinencia (final del tratamiento).

Se midió la abstinencia continuada, no fumar nada desde el primer día, autodeclarada y validada con cooximetría en todas las sesiones de tratamiento. Para analizar la tasa de éxito se utilizó el criterio de intención de tratar, es decir, se contabilizó el porcentaje de sujetos que permanecían sin fumar sobre el total de los pacientes que realizaron la historia clínica, asumiendo como fumadores a aquellos pacientes de los que no se disponían datos en el momento del registro.

La cumplimentación del tratamiento psicológico en grupo se registró sobre el número total de sesiones a las que había asistido el paciente, considerando buena cumplimentación cuatro o más, y mala el acudir a tres sesiones o menos.

Análisis Estadístico

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 14.0 bajo Windows®. Se llevó a cabo un estudio descriptivo de las variables donde los resultados se expresan como proporciones y frecuencias absolutas para las variables cualitativas, y como medias con sus desviaciones estándar para las variables cuantitativas. Para la comparación de medias se empleó la prueba t de Student para muestras independientes. El análisis de la existencia de dependencia entre variables cualitativas se llevó a cabo mediante el contraste χ^2 de Pearson. Para analizar la relación entre variables cuan-

varianza, utilizando para las comparaciones múltiples post hoc la prueba de Bonferroni. Para la representación gráfica de las medias se emplearon diagramas de barras de error. Se consideraron significativos los valores de $p \leq .05$.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 569 pacientes, 288 hombres (50,6%) y 281 mujeres (49,4%) con una media de edad de 43,3 años (D.T.= 9,9). El consumo medio de cigarrillos diarios fue de 23,1 (D.T.= 9,9), la cifra media de CO en aire espirado 22,1 (D.T.= 11) y la puntuación media en el test de Fagerström fue de 6 puntos (D.T.= 2,3). Un 75,2% había realizado algún intento previo para dejar de fumar, el 38,8% tenía antecedentes de ansiedad o depresión y el 13% consumía psicofármacos a diario. En cuanto al tratamiento farmacológico, al 54,2% se le prescribió TSN, al 30,3% Bupropión y al 15,5% Vareniclina.

El 80,2% realizó una buena cumplimentación del tratamiento grupal y el 39,9% de la muestra (227) se mantuvo abstинente hasta que finalizó el tratamiento, 3 meses.

La puntuación media de ansiedad rasgo en la población estudiada fue de 21,68 puntos (D.T.= 9,84), significativamente mayor en las mujeres, 22,06 (D.T.= 9,35), que en los hombres, 19,36 (D.T.= 8,97) ($p < .001$), y mayor también en los sujetos que consumían psicofármacos, 28,80 (D.T.= 10,79), respecto a los que no lo hacían, 20,60 (D.T.= 9,23) ($p < .0001$).

Al estudiar la relación entre la ansiedad rasgo y el grado de dependencia física, se encontró que los sujetos con niveles elevados de A/R puntuaban más alto en el Test de Fagerström. Una baja dependencia física se relacionó con puntuaciones en A/R de 18,82 puntos (D.T.= 8,48), los fumadores con dependencia media mostraron unas cifras de 19,84 (D.T.= 8,99) y los de alta dependencia física puntuaron 22,26

(D.T.= 9,62) ($p < .01$). No se encontró relación entre la A/R y mantenerse abstinentes hasta el final del tratamiento.

Las puntuaciones medias de la A/E en el conjunto de la muestra fueron el día de la historia clínica: 18,94 (D.T.= 9,40), Pre-D: 20,98 (D.T.= 10,45), Post-D: 20,09 (D.T.= 10,12), 1^a semana: 18,04 (D.T.= 9,48), 1^{er} mes: 15,39 (D.T.= 9,60) y a los tres meses: 14,26 (D.T.= 10,02). Las puntuaciones más altas se registraron en la sesión Pre-D, día previo a dejar de fumar, en comparación con la medición basal, día de la historia clínica. Los sujetos que consumían psicofármacos fueron los que presentaron más ansiedad con respecto a los que no tomaban, con diferencias estadísticamente significativas en todos los puntos de corte en los que se administró el cuestionario STAI (Figura 1).

Al analizar la ansiedad estado en los pacientes que no tomaban psicofármacos, 495 personas, 267 hombres y 228 mujeres, se observó que las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas en todos los momentos de la evaluación, aunque a los 3 meses de tratamiento las diferencias no fueron significativas. Mientras que en los hombres la ansiedad fue disminuyendo a lo largo del proceso, las mujeres puntuaron más alto en A/E el día Pre-D en comparación con la ansiedad basal ($p < .0001$) (Figura 2).

En el total de la muestra los pacientes que no se mantenían abstinentes tenían un grado mayor de ansiedad estado en la sesión anterior a la recaída. Así, aquellas personas que no habían fumado en las primeras 24 horas de tratamiento tenían menor A/E el día Pre-D, en comparación con los que habían fumado: 21,49 (D.T.= 11,14) frente a 26,32 (D.T.= 12,50) ($p < .038$). Del mismo modo, los sujetos abstinentes a la semana estaban menos ansiosos el día Post-D que aquellos que recayeron: 19,26 (D.T.= 9,87) frente a 23,51 (D.T.= 10,53) ($p < .001$) (Figura 3). No se encontró relación con la ansiedad estado al mes o los 3 meses de abstinencia ni tampoco hubo diferencias según los fármacos utilizados.

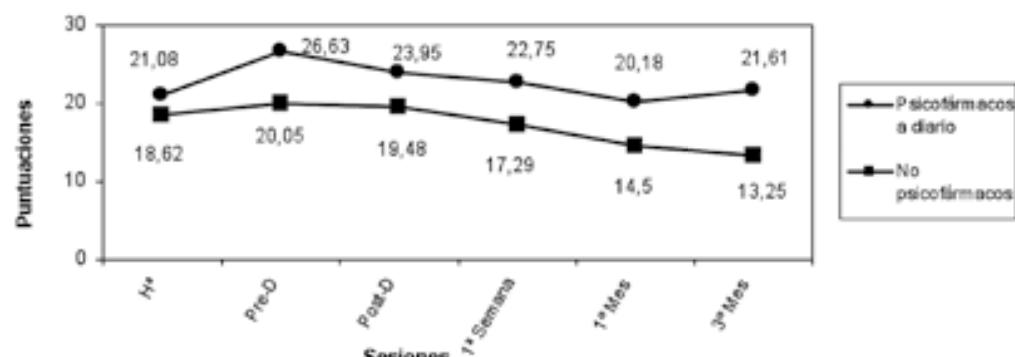


Figura 1. Puntuaciones en Ansiedad Estado según el consumo de psicofármacos, con diferencias significativas en

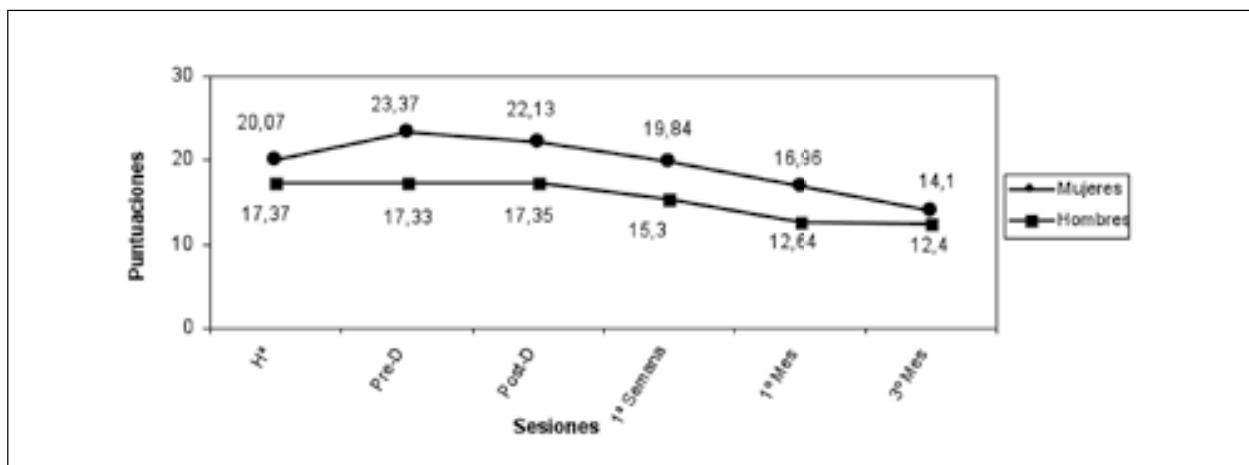


Figura 2. Puntuaciones en Ansiedad Estado por sexo con diferencias significativas en todos los puntos de corte exceptuando a los 3 meses de tratamiento. ($p < .005$)

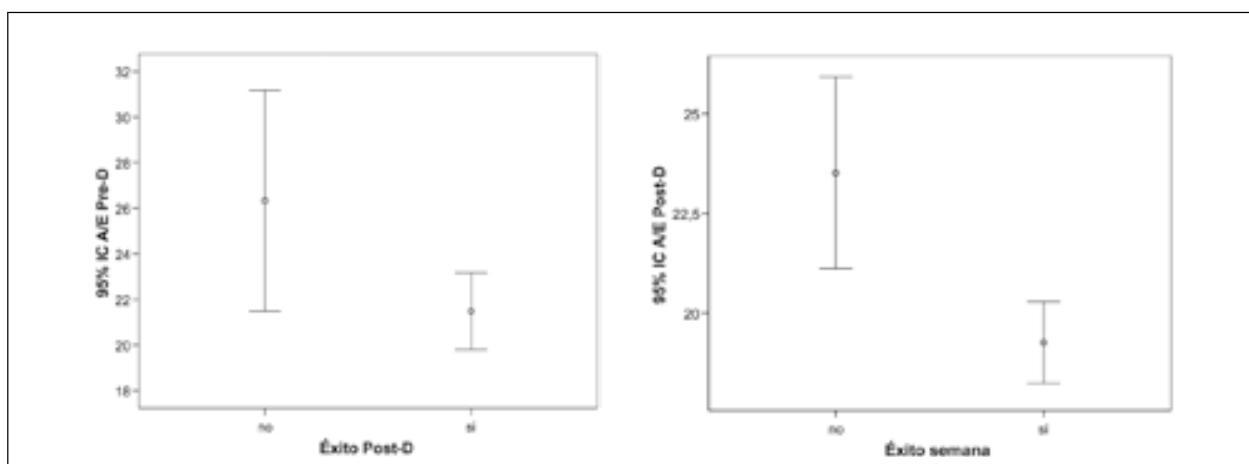


Figura 3. Relación entre el nivel de ansiedad estado y la abstinencia.

DISCUSIÓN

Respecto a la evolución de la ansiedad en relación con el proceso de dejar de fumar se observa, en la población de fumadores analizada, que la ansiedad estado disminuye a lo largo del primer mes y se mantiene en niveles más bajos que antes de dejar de fumar. Estos resultados concuerdan con los hallados por West y Hajek⁶, en un estudio realizado en una población más pequeña de fumadores ($n = 100$) en los que se evaluó la ansiedad dos semanas antes y cuatro semanas después de dejar de fumar. Sin embargo, complementando el trabajo de West y Hajek⁶, nuestro estudio pone de manifiesto que los niveles bajos de ansiedad se mantienen más allá del primer mes dado que el seguimiento alcanza los tres meses, momento en que se realiza la última evaluación de la ansiedad. Este descenso mantenido más allá de las primeras cuatro semanas podría ser debido a la supresión de la nicotina, considerada por algunos autores como una sustancia ansiogénica^{6,21}. Datos contrapuestos surgen de una revisión reciente de Morissette et al.²² que sugiere que la nicotina ten-

en función de variables como la edad, el sexo, el contexto y también según la dosis y la vía de administración. Los mismos autores señalan la dificultad para establecer conclusiones sobre el posible efecto ansiolítico de la nicotina debido a la diferente metodología utilizada en los diversos estudios y apuntan la necesidad de realizar más estudios dado que, en la actualidad, no existe un acuerdo unánime acerca del efecto de la nicotina sobre la ansiedad como síntoma, ni tampoco se conocen con exactitud los mecanismos de acción a través de los cuales se produciría dicho efecto²².

Al analizar la evolución de la ansiedad estado, según sexo, se observó que la ansiedad disminuye al dejar de fumar, tanto en hombres como en mujeres, pero las mujeres puntuaron más alto en todos los puntos de corte y presentan un pico de ansiedad el día Pre-D, incremento también descrito para el conjunto de la muestra en el estudio de West y Hajek⁶; sin embargo, nuestro trabajo, al hacer un análisis por sexo, muestra que solo aparece en el grupo de las mujeres. Este hallazgo se puede interpretar como una ansiedad

descrito en mujeres en determinadas situaciones de impacto psicológico²³, y aunque dejar de fumar no se podría clasificar como tal, no cabe duda de que supone una situación estresante para muchas personas fumadoras. De igual manera, esta ansiedad anticipatoria también se da en las personas de este estudio que consumen psicofármacos que, por otra parte, son las que presentan los niveles de ansiedad estado más elevados en todos los momentos de la evaluación, así como las puntuaciones más altas de ansiedad rasgo, en relación con los que no toman esa medicación. En las personas fumadoras que están en tratamiento con psicofármacos, los niveles más altos de ansiedad se pueden explicar debido a que presentan una patología de base en la que la ansiedad es parte de su sintomatología, hecho que también justifica que se planteara el análisis por separado de este grupo de pacientes. Dada la relación que existe entre consumo de tabaco y los trastornos mentales²⁴⁻²⁸, la presencia de pacientes con patología psiquiátrica en los servicios de deshabituación tabáquica es habitual²⁹ y así ocurre en nuestro caso donde representan el 13% de los pacientes analizados. Para valorar la ansiedad como causa potencial de recaída se analizó la abstinencia respecto a la ansiedad estado en el momento inmediatamente anterior; es decir, el éxito Post-D con la A/E del día Pre-D, y el éxito a la semana con la A/E del día Post-D. Dado que la A/E recoge información puntual sobre la situación que vive el paciente, pensamos que este análisis por intervalos se ajusta más a la realidad del proceso. Se constata que en la muestra estudiada existen diferencias significativas, de manera que los pacientes que muestran un nivel de ansiedad estado más alto tienen menos probabilidad de mantenerse abstinentes. Por el contrario, no existe relación entre la A/E medida a la semana y la abstinencia al mes ni en la A/E evaluada al mes con la abstinencia a los tres meses, debido probablemente a que el intervalo temporal entre ambas evaluaciones es mucho mayor (3 semanas y 2 meses respectivamente). Nuestros datos coinciden con los descritos en la literatura que relacionan una mayor ansiedad con peores tasas de éxito^{30,31}, aunque nuestro trabajo no permite establecer una relación causal al ser éste un estudio descriptivo. Los estados de ansiedad, irritabilidad, estrés y depresivos se han vinculado con los episodios de recaída⁷. El mecanismo por el cual se produciría el hecho de fumar sería debido a un intento de la persona por controlar el malestar ocasionado por un estado de ánimo negativo³². De hecho, Shiffman et al³³ en un estudio prospectivo encuentra que el 66% de los fumadores experimentan afecto negativo previo a la recaída y por otra parte, muchos fumadores comúnmente señalan la ansiedad como un factor de riesgo para recaer en el consumo de tabaco.

En nuestro estudio no existen diferencias en cuanto al éxito del tratamiento según la ansiedad rasgo, hallazgo que concuerda con lo publicado por otros autores en población adulta utilizando el mismo cuestionario³⁴. Sin embargo, se observa que los individuos con mayor ansiedad rasgo tienen una mayor dependencia. Aunque es cuestionable el efecto ansiolítico de la nicotina, la conducta de fumar puede ser percibida por el fumador como relajante al neutralizar el síndrome de abstinencia. Este efecto "calmante" estaría

negativo por supresión del síndrome de abstinencia, más que con un efecto directo sobre la ansiedad, es decir dependería más de efectos conductuales que farmacológicos^{35,36}. Por ello, parece lógico que las personas que tienen más ansiedad fumen más y desarrollen por tanto una mayor dependencia a la nicotina. Aunque inicialmente no se encontró una relación^{37,38}, los estudios más recientes encuentran que los fumadores puntúan más que los no fumadores en ansiedad rasgo³⁹⁻⁴¹, aspecto este último que obviamente no aparece en nuestro trabajo al no incluir una población de referencia de no fumadores. En este sentido, se ha descrito los niveles altos de ansiedad como un posible factor de riesgo para el inicio en el consumo en adolescentes⁴² y se ha sugerido la necesidad de realizar estudios longitudinales en población de niños y adolescentes para poder establecer la dirección de causalidad de la asociación ansiedad-tabaco; es decir si la ansiedad es un factor de riesgo para el inicio del consumo de tabaco o por el contrario es una consecuencia del mismo⁴³. En cuanto al análisis por sexo de la ansiedad rasgo, se observa que las mujeres puntúan más alto que los hombres, hallazgo que según Becoña y Míguez⁴² aparece sistemáticamente en los estudios realizados con el cuestionario STAI. Diversos estudios muestran puntuaciones más altas en las mujeres^{44,45}, tanto en población de fumadores como de no fumadores e independientemente de la escala utilizada para evaluar la ansiedad, sin que hasta el momento exista una explicación clara para este hecho.

Nuestro trabajo presenta algunas limitaciones que es necesario tener en cuenta. En primer lugar al ser un estudio descriptivo no permite establecer relaciones de causalidad entre la ansiedad y el consumo de tabaco; por otra parte respecto al instrumento de medida (STAI), algunos autores han cuestionado si evalúa solo ansiedad o también depresión o afecto negativo⁴⁶, a pesar de ser ampliamente utilizado en la literatura y en concreto para evaluar la ansiedad en fumadores, motivo este último por el que se decidió utilizarlo.

En conclusión, los resultados de nuestro trabajo ponen de manifiesto que la ansiedad disminuye a lo largo del proceso de deshabituación y que este descenso se mantiene al dejar de fumar. Este hallazgo va a favor del efecto ansiogénico de la conducta de fumar aunque se necesita más investigación al respecto. Las diferencias encontradas en los niveles de ansiedad entre hombres y mujeres confirman la necesidad de incorporar la perspectiva de género en el análisis del consumo de tabaco y su tratamiento. El hecho de que los individuos que recaen en las primeras semanas presenten niveles más altos de ansiedad, refuerza la importancia de incluir estrategias conductuales en el tratamiento para dejar de fumar, que por otra parte han demostrado su efectividad y son altamente recomendadas en las guías clínicas tratamiento del tabaquismo⁷, con el objetivo último de prevenir las recaídas y optimizar los resultados.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. The European report on tobacco control policy. WHO European ministerial conference for a tobacco-free Europe. Warsaw: World Health Organization, Feb 18-19, 2002.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. Revised). Washington, DC: APA.; 2000.
3. Spielberger CD, Pollans CH, Worden TJ. Anxiety disorders. En: Turner SM Hersen M. Editores. Adult psychopathology and diagnosis. Nueva York: Wiley; 1984. p.263-303.
4. Bermúdez J. En: Bermúdez J, Pérez AM, Sanjuán P, editores. Psicología de la personalidad: Teoría e investigación, Volumen II. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2003.p.55-108.
5. Jarvis MJ. A profile of tobacco smoking. *Addiction* 1994;89:1371-76.
6. West R, Hajek P. What happens to anxiety levels on giving up smoking? *Am J Psychiatry* 1997; 154:1589-92.
7. Quesada M, Carreras JM, Sánchez L. Recaída en el abandono del consumo de tabaco: una revisión. *Adicciones* 2002;14: 65-78.
8. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
9. Nerín I, Novella P, Belmonte A, Gargallo P, Jiménez-Muro A y Marqueta A. Resultados del tratamiento del tabaquismo en una unidad especializada. *Arch Bronconeumol.* 2007;43:669-73.
10. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, Walliera WA, Cruser K, et al. Smoking cessation among self-quitters. *Health Psychol.* 1992;11:331-4.
11. Marlatt GA, Gordon JR. Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours. Nueva York: Guildford Press. 1985
12. Gilpin EA, Pierce JP, Farkas AJ. Duration of smoking abstinence and success in quitting. *J Natl Cancer Inst* 1997; 89:572-6.
13. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson S.A.;2002
14. Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10). Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2000.
15. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991;86:1119-27.
16. Becoña E, Gomez-Duran B, Alvarez-Soto E, Garcia MP. Scores of Spanish smokers on Fagerström's Tolerance Questionnaire. *Psychol Rep* 1992;71:1227-33.
17. Hughes JR, Keely JP, Niaura RS, Ossip-Klein DJ, Richmond RL, Swan GE. Measures of abstinence in clinical trials: issues and recommendations. *Nicotine Tob Res* 2003;5:13-25.
18. Jarvis MJ, Russell MA, Saloojee Y. Expired air carbon monoxideD.T.= a simple breath test of tobacco smoke intake. *Br Med J* 1980; 281:484-5.
19. Seisdedos N. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Adaptación española. Madrid: TEA Ediciones;1988.
20. Becoña E. Tratamiento psicológico del tabaquismo. *Adicciones*
21. Parrot AC. Stress modulation over the day in cigarette smokers. *Addiction* 1995;90:233-44.
22. Morissette SB, Tull MT, Gulliver SB, Kamholz BW, Zimering RT. Anxiety, anxiety disorders, tobacco use, and nicotine: a critical review of interrelationships. *Psychol Bull* 2007;133 :245-72.
23. Sandin B, Chorot P, Valiente RM, Lostao L, Santao MA. Ansiedad anticipatoria asociada a las pruebas complementarias de screening de cáncer de mama. *Psicothema* 2001;13:240-46.
24. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA* 2000;284:2606-10.
25. Breslau N. Psychiatric Comorbidity of Smoking and Nicotine Dependence. *Behav. Genet.* 1995;25:95- 101.
26. Becoña E, Vázquez FL. Psicopatología del tabaquismo. *Trastornos Adictivos* 1999; 1:27-33.
27. Gurrea A, Pinet MC. Tabaco y patología afectiva. *Adicciones* 2004;16:155-76.
28. Troscclair A, Dube SR. Smoking among adults reporting lifetime depression, anxiety, anxiety with depression, and major depressive episode, United States, 2005-2006. *Addict Behav* 2010;35:438-43.
29. Nerín I, Crucelaegui A, Mas A, Guillén D. Perfil de los fumadores que solicitan tratamiento en una unidad de tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2003;39: 298-302.
30. Barrueco M, Jiménez C, Palomo L, Torrecilla M, Romero P, Riesco JA. Abstinencia puntual y continuada con el tratamiento farmacológico del tabaquismo en la práctica clínica. *Med Clin (Barc)* 2004;123: 652-57.
31. Becoña E, Vázquez FL, Míguez MC. Smoking cessation and anxiety in a clinical sample. *Pers Individ Dif* 2002;32:489-94.
32. Piasecki TM. Relapse to smoking. *Clinical Psychology Review* 2006;26:196-15.
33. Shiffman S, Hickcox M, Paty JA, Gnys M, Richards T, Kassel JD. Individual differences in the context of smoking lapse episodes. *Addict Behav.* 1997;22(6):797-811.
34. Takemura Y, Akanuma M, Kikuchi S, Inaba Y. Cross- Sectional Study on the Relationship between Smoking or Smoking Cessation and Trait Anxiety. *Prev Med* 1999; 29:496-500.
35. Balfour DJ. The influence of stress on psychopharmacological responses to nicotine. *Br J Addict* 1991;86:489-93.
36. Kassel JD, Shiffman S. Attentional medication of cigarette smoking's effect on anxiety. *Health Psychol* 1997;16:359-68.
37. Canals J, Doménech E, Bladé J. Smoking and trait anxiety. *Psychol Rep* 1996 ;79:809-10.
38. Becoña E, Vázquez FL, Fuentes MJ, Lorenzo MC. Anxiety, affect, depression and cigarette consumption. *Personality and Individual Differences* 1999; 26:113-19.
39. DiFranza JR, Savageau JA, Rigotti NA, Ockene JK, McNeill AD, Coleman M, et al. Trait anxiety and nicotine dependence in adolescents: a report from the DANDY study. *Addict Behav* 2004;29:911-19.
40. Becoña E. Tabaco, ansiedad y estrés. *Health and Addictions / Salud y drogas* 2003;3:70-92.
41. McClave AK, Dube SR, Strine TW, Kroenke K, Caraballo RS, Mokdad AH. Associations between smoking cessation and anxiety and depression among U.S. adults. *Addict Behav* 2009;34:491-7.
42. Becoña E, Míguez MC. Ansiedad y consumo de tabaco en niños.

- [REDACTED]
43. Mykletun A, Overland S, Aarø LE, Liabø HM, Stewart R. Smoking in relation to anxiety and depression: evidence from a large population survey: the HUNT study. *Eur Psychiatry* 2008 Mar; 23:77-84.
 44. Nerín I, Beamonte A, Gargallo P, Jiménez-Muro A, Marqueta A. Ganancia ponderal al dejar de fumar y su relación con la ansiedad. *Arch Bronconeumol.* 2007;43:9-15.
 45. Sánchez López MP, Aparicio García ME, Dresch V. Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema* 2006;18:584-90.
 46. Bieling PJ, Antony MM, Swinson RP. The State-Trait Anxiety Inventory, Trait version: structure and content re-examined. *Behav Res Ther* 1998;36:777-88.