

## Diferencias de rasgos clínicos de personalidad en el mantenimiento de la abstinencia y recaídas en tratamiento del tabaquismo

José Manuel Perea-Baena, Salvador Oña-Compan y Margarita Ortiz-Tallo\*  
Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) y \* Universidad de Málaga

Se describen y comparan rasgos clínicos de personalidad en grupos en tratamiento de tabaquismo. Se utiliza, como instrumento de evaluación, el Inventario Clínico de Theodore Millon (MCMI). La aplicación del cuestionario se efectúa a una muestra de 105 sujetos en la Asociación Española Contra el Cáncer en Málaga. Se comparan los rasgos de personalidad en el grupo que mantiene la abstinencia y en el grupo de recaída. Los resultados muestran rasgos clínicos de personalidad evitativos, autodestructivos y pasivo-agresivos en el grupo de recaídas. Sin embargo, las personas con rasgos clínicos de personalidad dependiente consiguen mantener la abstinencia durante el tratamiento. Al comparar ambos grupos en personas con rasgos de personalidad más alterados, se encontraron diferencias significativas hacia la recaída en personalidad límite y esquizotípica. Esto sugiere que determinados rasgos de personalidad podrían actuar como factores de riesgo en la recaída y otros aumentarían la probabilidad de éxito en el proceso de abandono del tabaco.

*Clinical personality trait differences in the maintenance of abstinence and in relapses in the treatment of smoking cessation.* The aim of this study is to describe and compare personality characteristics of participants who quit smoking voluntarily by means of group treatment. The assessment instrument used was the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI). It was administered to a sample of 105 persons in Málaga (Spain) in The Spanish Cancer Association (Asociación Española Contra el Cáncer). The analysis consisted of comparing two sample groups: abstinence and relapse. The results revealed a higher rate of avoidant, masochistic and negativistic clinical personality traits in the relapse group. However, people with dependent personality traits maintained abstinence. There were also differences, in the direction of more relapses, in schizotypal and borderline personality disorders. This suggests that certain personality traits could be risk factors for relapse, whereas others increase the probability of success in the process of smoking cessation.

Existe una gran cantidad de variables que influyen en el fenómeno de la drogadicción. Numerosos estudios han intentado relacionar estilos y variables de personalidad con el consumo de sustancias adictivas (Glicksohn y Nahari, 2006; Grekin, Sher y Wood, 2006; Kolliakou y Joseph, 2000; Navas y Muñoz, 2006; Terraciano y Costa, 2004; William et al., 1996). Asimismo existen autores que han investigado, más allá de la personalidad, factores psicológicos (distintos de ésta), biológicos y sociales (relacionales) que correlacionan, predicen o son la causa del uso, aumento y/o mantenimiento del consumo.

Las influencias en el inicio del consumo de sustancias adictivas son múltiples: factores individuales como la genética, factores demográficos, temperamento, comorbilidad, factores sociales como el tipo de familia, pobreza, nivel cultural, el apoyo social o las conductas antisociales (Turner, Mermelstein y Flay, 2004).

Desde que se incluyera el consumo de tabaco como un trastorno adictivo en el DSM-IV (Pichot, López-Ibor y Valdés, 1995), algunos autores han intentado reproducir en la adicción a la nicotina modelos de adicción de otras sustancias anteriormente más estudiadas.

El interés principal de los investigadores en el consumo de tabaco se ha centrado en la identificación de las variables que influyen en el inicio del mismo durante la adolescencia (Villar, Viñas, Juan, Caparrós, Perez y Cornellá, 2004). Al igual que en el consumo de otras sustancias adictivas se han identificado aspectos psicológicos como la impulsividad (Bickel, Odum y Madden, 1999; Doran, McChargue y Cohen, 2007; Mitchell, 1999), búsqueda de sensaciones (Chico, 2000), baja inteligencia emocional (Ruiz-Aranda, Fernández-Berrocal, Cabello y Extremera, 2006), factores socioculturales (Kassel, Stroud y Paronis, 2003) y rasgos de personalidad (Glicksohn y Nahari, 2006; Terraciano y Costa, 2004).

Algunos autores (Glicksohn y Nahari, 2006; Sher, Bartholow y Wood, 2000) han usado el Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) (Eysenck, Eysenck y Barrett, 1985) para relacionar rasgos de personalidad (extraversión, neuroticismo y psicoticismo) con tabaco, encontrando que el mejor predictor de abuso de sustancias, entre las que se incluyó el tabaco, fue el psicoticismo. Hallazgos previos con la misma conclusión, los fumadores puntúan más alto

en psicoticismo que los no fumadores, han encontrado Pritchard (1991), Patton, Barnes y Murray (1997) y Eysenck (1997).

Una línea de investigación dirigida por Pritchard (1991) argumentó que los fumadores habituales con alto psicoticismo fuman para prevenir sus actos impulsivos, y que esto está correlacionado con el aumento de la actividad de serotonina. En este sentido, algunos autores han defendido la hipótesis del uso del tabaco o de otras drogas como automedicación (Becoña y Mínguez, 2004a; Navas y Muñoz, 2006).

Aunque existen estudios que relacionan el consumo de tabaco con trastornos psicopatológicos como ansiedad (Becoña y Mínguez, 2004b), trastorno de hiperactividad (Lara, Romero, Foncerrada, Rebollo y Aguilar, 2006; Milberger, Biederman, Faraone, Chen y Jones, 1997), esquizofrenia (Becoña y Mínguez, 2004a; Glasman, 1993) y consumo de otras drogas (alcohol, cannabis, cocaína...) y a pesar de que la relación más clara, y la más estudiada, ha sido con depresión mayor (Breslau, Kilbery y Andreski, 1991; Glassman et al., 1990), la mayor prevalencia ha sido con esquizofrenia. Hay estudios en España que sitúan la prevalencia total de consumo de tabaco para personas con trastorno psiquiátrico entre el 50 y el 80% (Becoña, Vázquez y Mínguez, 2002). Ziedonis y Williams (2003) plantearon que existe una relación directamente proporcional entre la intensidad de la clínica psiquiátrica y la dependencia nicotínica.

Algunos estudios relacionan consumo de tabaco con rasgos o trastornos de personalidad. Así, hay estudios que plantean que puntuaciones altas en trastornos de personalidad esquizotípica (Álvarez, Gutiérrez y Andrés, 2001) y límite correlacionan con mayor consumo de tabaco (Kolliakou y Joseph, 1999; William et al., 1996). Otros han relacionado el mayor consumo de sustancias adictivas, entre las que se encuentra el tabaco, con sujetos con personalidad antisocial (Navas y Muñoz, 2006), relacionándolo con la impulsividad que muestran estas personas. La mayoría de estos estudios hacen referencia, además, al consumo de drogas y alcohol (Ortiz-Tallo, Fierro, Blanca, Cardenal y Sánchez, 2006).

Una línea de estudio interesante, desde el punto de vista de la intervención en la salud pública, es conocer los rasgos de personalidad de aquellas personas que se han sensibilizado sobre el perjuicio del tabaquismo y deciden someterse a un programa de abandono. La mayoría de las investigaciones se centran en capacidades como alto nivel de autoeficacia (Gulliver, Hughes, Solomon y Dey, 1995; López y Gil, 2001), habilidades sociales (Llorens, Perelló y Palmer, 2004), inteligencia emocional y control de factores emocionales (Ruiz-Aranda et al., 2006), y variables sociales como la pertenencia a un grupo, apoyo social, ausencia de marginalidad o educación en estilo de vida saludable (Quesada, Carreras y Sánchez, 2002).

Una de las incógnitas que se plantean en el abordaje psicológico de los grupos para deshabituación del tabaquismo es si las variables de personalidad correlacionan con la probabilidad de recaídas. El uso del modelo de Millon (MCCI-II), desde la perspectiva evolucionista de la personalidad, puede aportar luz a los programas de tratamiento psicológicos a la hora de adecuar los contenidos de los programas a los estilos mayoritarios encontrados.

El modelo de Millon parte de un principio que supone un aporte novedoso en el estudio de la psicopatología: no sólo las patologías más sintomáticas deben ser estudiadas, también son importantes los estilos de personalidad con que la población afronta el quehacer cotidiano. Esos patrones de personalidad son «características arraigadas que impregnan todas las facetas de la actividad

del individuo» (Millon, 1976, 1998). Sin embargo, son considerados estilos dinámicos en un continuum entre la normalidad y la patología, lo que posibilita la intervención y el cambio, y se presentan como el resultado de la historia de interrelación, en la formación de la personalidad del sujeto, entre factores contextuales y constitucionales. Esto favorece tener en cuenta diversos aspectos de la persona y de su forma de relación con el medio.

En el presente estudio, teniendo como base el modelo de personalidad de Millon, se han descrito los rasgos clínicos de personalidad de los sujetos que se someten a un proceso de deshabituación. Asimismo se ha comparado la existencia de rasgos de personalidad en los grupos que mantienen la abstinencia y los que no, durante el proceso de tratamiento. También se han relacionado los patrones psicopatológicos (esquizotípico, límite y paranoide) como una organización de la personalidad más vulnerable a las dificultades cotidianas de la vida.

## Método

### *Participantes*

Este estudio se realizó en la provincia de Málaga, en la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). La muestra estuvo formada por 115 sujetos de ambos sexos, de los que sólo aceptaron participar en el proceso 105 (45 hombres: 39.1% y 70 mujeres: 60.9%), con edades comprendidas entre 25 y 78 años. Los sujetos participantes corresponden a la totalidad de sujetos incluidos en ocho grupos de tratamiento durante el período de un año.

La muestra se formó con las personas que voluntariamente solicitaron ayuda en tres puntos de tratamiento de la provincia de Málaga. De los 105 participantes 28 cometieron deslices (26.6%). De los 28, 17 (16.19% del total) sufrieron recaída.

Las características de la muestra fueron: el 92.8% comenzó a fumar antes de los 20 años, el 92.3% del grupo había realizado algún intento de abandono de tabaco previo a la solicitud de ayuda. El 50% de las personas que acudieron estaban casadas o convivían con su pareja, el 24.4% estaban separadas y el resto eran solteras y viudas. El 55.1% tenían estudios universitarios y el resto se distribuyó con porcentajes parecidos en los diferentes niveles de estudio cursados.

El tratamiento se aplicó en ocho grupos, en los que se empleó idéntica metodología. Se solicitó consentimiento informado a todas las personas que se sometieron a la evaluación, previa información del objeto del estudio y garantía del anonimato.

### *Instrumentos*

Se ha utilizado una hoja para recogida de datos sociodemográficos, en la que se encuentra: sexo, edad, cantidad de tabaco, edad de comienzo y nivel académico alcanzado.

Para analizar las variables de personalidad se utilizó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCCI-II) (Millon, 1999). Este cuestionario clínico autoaplicado evalúa personalidad y síndromes clínicos. Asimismo tiene tres escalas de validez: sinceridad, deseabilidad y alteración. Está compuesto por 175 ítems con dos posibilidades de respuesta: verdadero y falso. Evalúa 10 escalas básicas de personalidad (esquizoide, evitativa, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, pasivo-agresiva y autodestructiva) y tres escalas de personalidad patológica: esquizotípica, límite y paranoide. Por último, nueve

síndromes clínicos, seis de gravedad moderada (ansiedad, histeriforme, hipomanía, distimia, abuso de alcohol y abuso de drogas) y tres de gravedad severa (pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante). Los puntos de corte usados han sido los recomendados por Millon (Millon, Davis y Millon, 1999). Para ello se dicotomizaron las puntuaciones de prevalencia (prev.): inferiores a 75 se han considerado normales y superiores o iguales a 75 presencia del rasgo clínico de personalidad. Cuando la puntuación de prevalencia superó 84 puntos se consideró alteración patológica de la personalidad en ese rasgo.

Para valorar la recaída y el desliz se ha utilizado un registro con tres preguntas: dos dicotómicas, presencia de desliz desde la última sesión y cumplimiento de las recomendaciones y una en escala Likert, presencia de deseo de fumar (valorado de 0 a 9).

Se consideró recaída cuando, tras estar más de 24 horas en abstinencia, hubo un patrón de consumo de al menos 5 cigarrillos al día y durante más de tres días (Shiffman, Hickox, Paty, Gnys, Kassel y Richards 1996). La posibilidad de recaída se consideró a partir del primer día de abandono total del tabaco. Se consideró desliz a la conducta de fumar que no llegó a un patrón de consumo para ser considerada recaída.

*Procedimiento*

En este estudio, realizado durante un programa de tratamiento de deshabituación del tabaco, se han evaluado los rasgos de personalidad que pudieran estar implicados tanto en el mantenimiento de la abstinencia como en la recaída al consumo. Para ello se han comparado ambos grupos, abstinencia y recaída, en las escalas de personalidad que evalúa el MCMI-II, diez escalas básicas y tres escalas consideradas de mayor gravedad, y, por tanto, más vulnerables a las dificultades cotidianas (esquizotípica, límite y paranoide).

El programa se desarrolló a lo largo de diez semanas. Las tres primeras semanas se emplearon para explicar el programa y para recoger los datos relativos a aspectos clínicos, psicológicos y de la investigación. A continuación, con una periodicidad de una sesión semanal, se realizó un entrenamiento en el afrontamiento del deseo intenso (craving) con tratamiento psicológico, usando el modelo de terapia cognitivo-conductual y tratamiento farmacológico (terapia sustitutiva de nicotina). El tratamiento fue aplicado en todos los grupos por el mismo equipo de profesionales.

El seguimiento final se realizó a los seis meses de iniciar el abandono del tabaco. Se contactó telefónicamente con las personas que no acudieron a la sesión semestral, y se realizaron las preguntas del registro de recaídas por teléfono.

*Análisis de datos*

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS. Se obtuvieron frecuencias y porcentajes de los grupos y variables demográficas y comparación de variables categóricas mediante prueba  $\chi^2$ . Asimismo se ha realizado una prueba *t* para comparar los factores del MCMI.

**Resultados**

Para comprobar la hipótesis referente a las diferencias de rasgos de personalidad en los grupos de mantenimiento de abstinencia y recaída se han comparado, mediante una prueba *t*, las medias de las puntuaciones globales de cada una de las diez escalas bá-

cas de personalidad en ambos grupos. Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias de los rasgos de personalidad evitativa ( $t(95) = -3.00; p < .01$ ) y personalidad autodestructiva ( $t(95) = -1.76; p < .05$ ). Siendo el grupo de recaída quien obtiene la puntuación más alta en personalidad evitativa ( $M = 48.46, DT = 30.99$  vs  $M = 26.04, DT = 22.61$ ) y en autodestructiva ( $M = 44.85, DT = 32.50$  vs  $M = 30.04, DT = 26.06$ ) (Tabla 1).

A pesar de que estos resultados son estadísticamente significativos, el equipo investigador se planteó que las medias de ambos grupos se sitúan en rangos de normalidad. Por ello se dicotomizaron las variables de personalidad usando los puntos de corte presentados más arriba. Se ha realizado una prueba chi-cuadrado para analizar la asociación entre la presencia de rasgo clínico de personalidad (puntuación de prevalencia superior a 75) y los grupos comparados. Los resultados (Tabla 2) muestran que hay relación estadísticamente significativa entre los rasgos de personalidad anteriormente mencionados: evitativa ( $\chi^2(1) = 6.11; p < .05$ ), siendo el porcentaje de este rasgo clínico superior en el grupo de recaída (23.1% vs 3.5%) y autodestructiva ( $\chi^2(1) = 3.03; p < .05$ ), siendo el porcentaje de este rasgo superior en el grupo de recaída (23.1% vs 7.0%). Además se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en otros dos patrones de personalidad. El patrón de personalidad dependiente ( $\chi^2(1) = 3.99; p < .05$ ) mantuvo la

*Tabla 1*  
Puntuaciones medias y significación estadística entre grupos de mantenimiento de abstinencia y recaída

Rasgos de personalidad	Mantenimiento Abstinencia		Recaída		p
	Media	DT	Media	DT	
Esquizoide	46.18	32.21	53.38	32.98	.23
Evitativa	26.04	22.61	48.46	30.99	.002**
Dependiente	52.07	32.12	40.00	22.08	.10
Histriónica	57.84	28.24	51.31	28.85	.23
Narcisista	60.02	28.44	57.92	26.30	.40
Antisocial	46.37	29.71	55.46	34.81	.17
Agresivo-sádica	52.58	32.38	61.46	31.09	.18
Compulsiva	83.37	31.18	77.85	31.98	.23
Pasivo-agresiva	38.77	25.74	51.77	36.54	.07
Autodestructiva	30.04	26.06	44.85	32.50	.04*

\*\* Significativa  $p < .01$ ; \* Significativa  $p < .05$

*Tabla 2*  
Porcentajes de sujetos con rasgos de personalidad en los grupos de mantenimiento de la abstinencia y recaída, con significación estadística

Rasgos de personalidad	Puntuación >75		p
	Abstinencia %	Recaída %	
Evitativa	3.5	23.1	.02*
Dependiente	24.6	0.0	.03*
Pasivo-agresiva	7.0	30.8	.02*
Autodestructiva	7.0	23.1	.04*

\*\* Significativa  $p < .01$ ; \* Significativa  $p < .05$

abstinencia en el 100% de los casos. Y el patrón de personalidad pasivo-agresivo ( $\chi^2(1)= 5.90$ ;  $p<.05$ ) con porcentajes superiores en el grupo de recaída (30.8% vs 7.0%).

Para evaluar las diferencias en los rasgos de personalidad en el grupo que ha cometido deslices (independientemente de que hayan mantenido la abstinencia o no) frente al grupo que no los cometió, se ha seguido el mismo procedimiento. Mediante una prueba *t*, se han comparado las medias de las puntuaciones globales de cada uno de los diez patrones de personalidad en el grupo que tuvo deslices frente al grupo que no tuvo. Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas entre las medias del patrón de personalidad evitativa ( $t(94)=-2.66$ ;  $p<.01$ ) y personalidad autodestructiva ( $t(94)=-2.00$ ;  $p<.05$ ). Siendo el grupo que sufrió deslices quien obtiene la puntuación más alta en rasgos clínicos evitativo ( $M= 39.29$ ,  $DT= 29.64$  vs  $M= 26.04$ ,  $DT= 22.61$ ) y en autodestructivo ( $M= 44.85$ ,  $DT= 32.50$  vs  $M= 23.27$ ,  $DT= 20.37$ ) (Tabla 3).

Al igual que en el análisis de los grupos de recaída y mantenimiento de abstinencia, se dicotomizaron las variables de personalidad (presencia de rasgo clínico vs ausencia) y se realizó una prueba chi-cuadrado para analizar la asociación entre las variables de personalidad dicotomizadas (puntuación prev. > 75) y los grupos con deslíz y sin él. Los resultados muestran que hay relación estadísticamente significativa entre los rasgos de personalidad anteriormente mencionados (evitativo y autodestructivo) y la variable «deslíz». Además se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en otro rasgo de personalidad: pasivo-agresivo. Los resultados se muestran en la Tabla 4.

Para evaluar las diferencias en los patrones de personalidad patológicos de mayor gravedad (esquizotípico, límite y paranoide) se han dicotomizado las puntuaciones de estas variables de personalidad (puntuación de prev. > 75), obteniéndose relación estadísticamente significativa en los patrones esquizotípico ( $\chi^2(1)= 5.90$ ;  $p<.05$ ) y límite ( $\chi^2(1)= 6.11$ ;  $p<.05$ ). Los porcentajes del patrón esquizotípico fueron superiores en el grupo de recaída (30.8% vs 7.0%). Los porcentajes de personalidad límite también fueron superiores en el grupo de recaída (23.1% vs 3.5%). Resultados similares se han obtenido al comparar la presencia de patrones patológicos en el grupo con deslíz frente al grupo sin deslíz, como se muestra en la Tabla 5.

Rasgos de personalidad	Sin deslíz		Con deslíz		p
	Media	DT	Media	DT	
Esquizoide	42.34	30.44	53.43	33.57	.08
Evitativa	23.27	20.37	39.29	29.64	.005**
Dependiente	49.41	34.45	49.75	25.33	.48
Histrionica	57.78	26.65	55.93	30.95	.40
Narcisista	60.76	29.28	59.00	26.15	.40
Antisocial	46.02	30.65	51.00	31.55	.26
Agresivo-sádica	54.24	32.47	54.89	32.53	.46
Compulsiva	82.17	29.74	83.71	33.69	.42
Pasivo-agresiva	37.88	23.47	45.75	34.31	.13
Autodestructiva	27.32	25.07	40.71	30.36	.02*

\*\* Significativa  $p<.01$ ; \* Significativa  $p<.05$

Rasgos de personalidad	Puntuación >75		p
	Abstinencia %	Recaída %	
Evitativa	2.4	14.3	.031*
Pasivo-agresiva	4.9	21.4	.025*
Autodestructiva	4.9	17.9	.045*

\*\* Significativa  $p<.01$ ; \* Significativa  $p<.05$

Patrones de personalidad	Mantenim Abst.		p	Deslíz		p
	Sí %	No %		Sí %	No %	
Esquizotípica	7.0	30.8	.015*	25.0	7.3	.040*
Límite	3.5	23.1	.013*	21.4	4.9	.035*
Paranoide	2.1	23.1	.872	28.6	24.4	.698

\*\* Significativa  $p<.01$ ; \* Significativa  $p<.05$

## Discusión y conclusiones

Uno de los objetivos de este trabajo hace referencia a la necesidad de conocer la relación existente entre rasgos de personalidad y mayor probabilidad de recaídas en las personas que solicitan ayuda para dejar el tabaco. Como se esperaba encontrar, existen relaciones significativas entre algunos rasgos de personalidad y recaída en el proceso de abandono del tabaco.

Existe coincidencia en la presencia de diferencias significativas en rasgos de personalidad, tanto al diferenciar los grupos en recaída sí-no, como al hacerlo en función de haber cometido deslices en el proceso de abandono. Estos rasgos de personalidad son los relativos a las escalas evitativa y autodestructiva. Otros rasgos (escalas dependiente y pasivo-agresiva) aparecen al dicotomizar la muestra en la puntuación prev. 75.

Existen distintas hipótesis cuando se pretende explicar la relación de la personalidad con el consumo de sustancias. Pretendemos realizar una reflexión desde dos teorías explicativas. Por un lado, el modelo basado en que determinados trastornos de personalidad suponen un riesgo de fracaso en el proceso de abandono; a mayor trastorno, mayor riesgo y, por tanto, mayor dificultad para el abandono del tabaco. Esto explicaría las diferencias significativas encontradas en los trastornos de personalidad límite y esquizotípico. Estos trastornos suponen un paso de moderado a grave en el modelo biosocial de Millon (Cardenal, Sánchez y Ortiz-Tallo, 2007a, 2007b; Sánchez, 2003). La personalidad límite y esquizotípica comparten la inflexibilidad para el cambio, la labilidad emocional y la tendencia a repetir en sus comportamientos círculos viciosos autoderrotistas que reactivan y precipitan nuevas dificultades (Millon, 1998).

Por otro lado, la hipótesis de la automedicación desde la que se justifica que el consumo de nicotina obedece al objetivo de aliviar la sintomatología ansioso-depresiva experimentada por las personas fumadoras y «ayuda a los fumadores a afrontar los estados

afectivos negativos» (Villar et al., 2004). Esto explicaría la mayor dificultad de los sujetos con rasgos de personalidad que manifiestan angustia y ansiedad (Pomerleau, Marks y Pomerleau, 2000), estilos cognitivos inseguros, que necesitan el apoyo de la nicotina para mantener una relación o con el objetivo de calmar la sintomatología. Hemos encontrado diferencias significativas en tres escalas: evitativa, pasivo-agresiva y autodestructiva. Según Millon, los sujetos con personalidad evitativa experimentan pocos refuerzos positivos, son personas vigilantes y cautelosas que muestran desconfianza y ansiedad en la relación social, lo que les puede ocasionar poco apoyo, variable importante en el abandono de la adicción (Quesada, Carreras y Sánchez, 2002). Los sujetos con rasgos pasivo-agresivos se mantienen en pugna entre seguir los refuerzos ofrecidos por los demás y los deseados por sí mismos. Esta pugna (ambivalencia) representa una incapacidad para resolver conflictos, generando a la vez irritabilidad y culpa. Los sujetos con personalidad autodestructiva son personas autosacrificadas que permiten y, a veces, fomentan el propio fracaso. Desde nuestro punto de vista estas expresiones afectivas que esconden ansiedad y angustia (la última además tristeza), explicaría la mayor recaída en la muestra. Probablemente la regulación emocional deba ser un aspecto a incluir en los programas de tratamiento. La conferencia presentada por Cervera Martínez (2000) en el primer Congreso Virtual de Psiquiatría hace referencia a los tres trastornos de personalidad más afectados por las adicciones: personalidad autodestructiva, trastorno límite de la personalidad y personalidad evitativa, lo que coincide en gran medida con nuestros datos. Aunque este estudio no da respuesta a qué trastornos consumen más, sino a qué trastornos tienen más dificultad para mantenerse en el abandono del tabaco.

Llama la atención el patrón dependiente. Las diferencias significativas encontradas muestran que aquellas personas que

han puntuado (puntuación prev. > 75) en esta escala han obtenido el 100% de éxito. Su expresión afectiva es pacífica. Persona cálida, tierna y no competitiva que evita el conflicto interpersonal, pudiendo generar (sobre todo en personalidades poco patológicas) gran apoyo social y familiar. En la relación social subordina sus deseos a los otros, especialmente figuras emocionalmente importantes. El apoyo y la renuncia a sus deseos desde la expresión afectiva mencionada podrían explicar el éxito obtenido.

Una de las limitaciones que presenta este estudio es el escaso número de participantes que forman el grupo recaída. Al ser un trabajo prospectivo y la variable dependiente «recaída» no es posible controlar este dato. Un número tan bajo de personas limitan la generalización de los resultados encontrados. Por ello, se deben tomar esos datos como orientativos.

Sin embargo, el modelo de Millon, desde una perspectiva integradora, que considera el estilo de personalidad como el resultado de una historia de interrelación entre factores contextuales y constitucionales y que defiende que son sistemas dinámicos en un continuum entre la normalidad y la patología, puede orientar y esclarecer qué estilos de afrontamiento pueden estar relacionados y favorecer o dificultar el éxito en el tratamiento de la deshabituación del tabaco. Este hecho ayudará en el diseño y puesta en práctica de técnicas de intervención precisas.

Al no haber encontrado estudios de personalidad en tabaquismo con el MCMI, creemos que se deben realizar investigaciones en otras muestras antes de poder generalizar estas conclusiones. Asimismo parece interesante incluir en los diseños de intervención para dejar de fumar, técnicas integradoras que favorezcan el mejor tratamiento para suavizar los rasgos de personalidad que muestran tener más dificultades en conseguir el éxito.

## Referencias

- Álvarez, E., Gutiérrez, J., y Andrés, A. (2001). Hábito de fumar y esquizotipia. *Psicothema* 13(1), 68-72.
- Becoña, E., y Mínguez, M.C. (2004a). Consumo de tabaco y psicopatología asociada. *Psicooncología. Revista Interdisciplinaria de Investigación y Clínica Biopsicosocial en Oncología*, 1(1), 99-111.
- Becoña, E., y Mínguez, M.C. (2004b). Ansiedad y consumo de tabaco en niños y adolescentes. *Adicciones*, 16(2), 91-96.
- Becoña, E., Vázquez, F.L., y Mínguez, M.C. (2002). Smoking cessation and anxiety in a clinical sample. *Personality and Individual Differences*, 32, 489-494.
- Bickel, W.K., Odum, A.L., y Madden, G.J. (1999). Impulsivity and cigarette smoking: Delay discounting in current, never and ex-smokers. *Psychopharmacology*, 146, 447-454.
- Breslau, N., Kilbery, N.M., y Andreski, P. (1991). Nicotine dependence, major depression and anxiety in young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1069-1074.
- Cardenal, V., Sánchez, Mª P., y Ortiz-Tallo, M. (2007a). *Guía práctica para la interpretación del MCMI-III*. Madrid: TEA Ediciones.
- Cardenal, V., Sánchez, Mª P., y Ortiz-Tallo, M. (2007b). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y Salud*, 18, 305-324.
- Cervera-Martínez, G. (2000). Adicciones y trastornos de la personalidad. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de febrero - 15 de marzo 2000; Conferencia 6-CI-F. Disponible en [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa6/conferencias/6\\_ci\\_f.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa6/conferencias/6_ci_f.htm). Consultado el 19 de octubre del 2007.
- Chico, E. (2000). Búsqueda de sensaciones. *Psicothema*, 12(2), 229-235.
- Doran, N., McChargue, D., y Cohen, L. (2007). Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addictive Behaviors*, 32, 90-98.
- Eysenck, H.J. (1997). Addiction, personality and motivation. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 12, S79-S87.
- Eysenck, S.B.G., Eysenck, H.J., y Barrett, P. (1985). A revised version of Psychoticism scale. *Personality and Individual Differences*, 6, 21-29.
- Glasman, A.H. (1993). Cigarette smoking: Implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry*, 150, 546-553.
- Glassman, A.H., Helzer, J.E., Covey, L.S., Cottler, L.B., Stetner, F., Tipp, J.E., y Johnson, J. (1990). Smoking, smoking cessation and major depression. *JAMA*, 264, 1546-1555.
- Glicksohn, J., y Nahari, G. (2006). Interacting personality traits? Smoking as a Test Case. *European Journal of Personality* [publicado online in Wiley InterScience]. Disponible en <http://www.interscience.wiley.com>. Consultado el 25 de mayo del 2007.
- Grekin, E.R., Sher, K.J., y Wood, P.K. (2006). Personality and substance dependence symptoms: Modelling substance-specific traits. *Psychological Addictive Behavior*, 20, 415-424.
- Gulliver, B., Hughes, J.R., Solomon, L.J., y Dey, A.N. (1995). An investigation of self-efficacy, partner support and daily stresses as predictors of relapse to smoking in self-quitters. *Addiction*, 90(6), 767-772.
- Kassel, J.D., Stroud, L.R., y Paronis, C.A. (2003). Smoking, stress and negative affect: Correlation, causation and context across stages of smoking. *Psychological Bulletin*, 129, 270-304.
- Kolliakou, A., y Joseph, S. (2000). Further evidence that tobacco smoking correlates with schizotypal and borderline personality traits. *Personality and Individual Differences*, 29, 191-194.
- Lara, M.C., Romero, T., Foncerrada, H., Rebollo, C., y Aguilar, J. (2006). Psicopatología y uso de tabaco en estudiantes de Secundaria. *Salud Mental*, 29(6), 48-56.

- Llorens, N., Perelló, M.J., y Palmer, A. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 581-597.
- López, F., y Gil, J. (2001). Características del fumador y su relación con el abandono de tabaco en programas de intervención no aversivos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 333-351.
- Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S., Chen, L., y Jones, J. (1997). ADHD is associated with early initiation of cigarette smoking in children and adolescent. *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry*, 36, 37-44.
- Millon, T.H. (1976). *Psicopatología moderna. Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Barcelona: Salvat.
- Millon, T.H., y Davis, R. (1998). *Trastornos de personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T.H., Davis, R., y Millon C. (1999). *Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II)*. Madrid: Tea Ediciones.
- Mitchell, S.H. (1999). Measures of impulsivity in cigarette smokers and non-smokers. *Psychopharmacology*, 146, 455-464.
- Navas, E., y Muñoz, J.J. (2006). Características de personalidad en drogodependencias. *Revista Chilena de Psicología Clínica*, 1(1), 51-61.
- Ortiz-Tallo, M., Fierro, A., Blanca, M<sup>a</sup> J., Cardenal, V., y Sánchez, L.M. (2006). Factores de personalidad y delitos violentos. *Psicothema*, 18(3), 459-464.
- Patton, D., Barnes, G.E., y Murray, R.P. (1997). A personality typology of smokers. *Addictive Behaviors*, 22, 269-273.
- Pritchard, W.S. (1991). The link between smoking and P: A serotoninergic hypothesis. *Personality and Individual Differences*, 12, 1187-1204.
- Pichot, P., López-Ibor, J.J., y Valdés, M. (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Pomerleau, C.S., Marks, J.L., y Pomerleau, O.F. (2000). Who gets what symptom? Effects of psychiatric cofactors and nicotine dependence on patterns of smoking withdrawal symptomatology. *Nicotine and Tobacco Research*, 2, 275-280.
- Quesada, M., Carreras, J.M., y Sánchez, L. (2002). Recaída en el abandono del consumo de tabaco: una revisión. *Adicciones*, 14(1), 65-78.
- Ruiz-Aranda, D., Fernández-Berrocá, P., Cabello, R., y Extremera, N. (2006). Inteligencia emocional percibida y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 223-230.
- Sher, K.J., Bartholow, B.D., y Wood, M.D. (2000). Personality and substance abuse disorders: A projective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 818-829.
- Shiffman, S., Hickox, M., Paty, J.A., Gnys, M., Kassel, J.D., y Richards D.S. (1996). Progression from a smoking lapse to relapse: Prediction from abstinence violation effects, nicotine dependence and lapse characteristic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64(5), 993-1002.
- Terraciano, A., y Costa, P.T. Jr. (2004). Smoking and the five factor model of personality. *Addiction*, 99, 472-481.
- Turner, L., Mermelstein, R., y Flay, B. (2004). Individual and contextual influences on adolescent smoking. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 175-197.
- Villar, E., Viñas, F., Juan, J., Caparrós, B., Pérez, I., y Cornellá M. (2004). Dimensiones psicopatológicas asociadas al consumo de tabaco en población universitaria. *Anales de Psicología*, 20(1), 33-46.
- William, J.H., Wellman, N.A., Allan, L.M., Taylor, E., Tonin, J., Feldon, J., y Rawlins, J.N.P. (1996). Tobacco smoking correlates with schizotypal and borderline personality traits. *Personality and Individual Differences*, 20, 267-270.
- Ziedonis, D.M., y Williams, J.M. (2003). Management of smoking in people with psychiatric disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 16(3), 305-315.