

Trastornos de personalidad y abstinencia del consumo de tabaco en un tratamiento psicológico para dejar de fumar

Elena Fernández del Río, Ana López Durán y Elisardo Becoña Iglesias
Universidad de Santiago de Compostela

Se estudia la relación entre la presencia de trastornos de personalidad y la eficacia de un tratamiento psicológico para dejar de fumar, medida en términos de abstinencia, al final del tratamiento y en los seguimientos de 6 y 12 meses. La muestra estuvo formada por 202 fumadores que recibieron el tratamiento psicológico *Programa para dejar de fumar* de Becoña. Para la evaluación de los trastornos de personalidad se utilizó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II). La abstinencia al final del tratamiento y en los seguimientos de 6 y 12 meses se confirmó con una prueba de monóxido de carbono en aire espirado. Los resultados muestran que no existen diferencias en el porcentaje de sujetos abstinentes con y sin trastornos de personalidad al final del tratamiento. A los 6 meses el porcentaje de sujetos abstinentes es significativamente superior en los fumadores con un trastorno de personalidad antisocial. En cambio, a los 6 y 12 meses el porcentaje de sujetos abstinentes es significativamente inferior en los fumadores con un trastorno de personalidad por dependencia. Se concluye que no todos los trastornos de personalidad repercuten negativamente en el abandono del consumo de tabaco ni en el mantenimiento de la abstinencia.

Personality disorders and abstinence from tobacco consumption in a psychological treatment to stop smoking. The relationship between the presence of personality disorders and the effectiveness of a psychological treatment to stop smoking, measured in terms of abstinence at the end of treatment and at the 6- and 12-month follow-ups was studied. The sample was made up of 202 smokers who received Becoña's psychological treatment called *Program to stop smoking*. The Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II) was used to assess personality disorders. Abstinence at the end of treatment and at the 6- and 12-month follow-ups was confirmed by a test of carbon monoxide in exhaled air. The results revealed no differences in the percentage of abstinent individuals with and without personality disorders at the end of treatment. At 6 months, the percentage of abstinent individuals was significantly higher in smokers with an antisocial personality disorder. However, the percentage of abstinent individuals was significantly lower in smokers with a dependent personality disorder at 6 and 12 months. We conclude that not all personality disorders have a negative impact either on smoking cessation or on maintaining abstinence.

El tabaquismo sigue siendo actualmente la primera causa evitable de morbi-mortalidad en el mundo (Peto y López, 2001; World Health Organization, 2008). Hoy en día, sabemos que el consumo de tabaco está directamente relacionado con patologías de tipo físico (United States Department of Health and Human Services, U.S.D.H.H.S., 2004), pero también con varios trastornos mentales del Eje I (trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos por uso de sustancias, trastornos psicóticos, etc.) y con los trastornos de personalidad del Eje II (Becoña y Míguez, 2004; Díaz, James, Botts, Maw, Susce y de León, 2009; Grant, Hasin, Chou, Stinson y Dawson, 2004; Martínez, Gurpegui, Díaz y de León, 2004; Mykletun, Overland, Aaro, Liabo y Stewart, 2008;

Wilhelm, Wedgwood, Niven y Kay-Lambkin, 2006). No obstante, esta línea de investigación sobre los trastornos de personalidad en fumadores es relativamente reciente y aún es necesario profundizar en su estudio. Por el contrario, existen multitud de estudios sobre la prevalencia de estos trastornos en otras conductas adictivas, como es el caso del juego patológico (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2008; Petry, 2005), la dependencia de opiáceos (Fernández y Gutiérrez, 2005; Skodol, Oldham y Gallaher, 1999), la dependencia de la cocaína (López y Becoña, 2006; Lorea, Fernández-Montalvo, López-Goñi y Landa, 2009) y la dependencia del alcohol (Bravo de Medina, Echeburúa y Aizpiri, 2008; Grant, Hasin, Stinson, Dawson, Chou, Ruan y Pickering, 2004). En general, se ha encontrado que cuando existe un diagnóstico de trastorno de personalidad asociado al trastorno adictivo, los sujetos responden peor a la intervención clínica, dificultando la relación y la alianza con el terapeuta, y resistiéndose activamente al cambio. Existen estudios que concluyen que tener un trastorno de personalidad asociado es una variable predictora del fracaso del tratamiento de la conducta adictiva (Verheul, Van den Brink y Hartgers, 1998).

El porcentaje de abandono del tabaco en población que ha padecido o padece un trastorno mental es realmente bajo, y esto se ha relacionado con que estas personas suelen fumar una mayor cantidad de cigarrillos que la población normal y durante más años (Lawn, Pols y Barber, 2002; Ranney, Melvin, Lux, McClain y Lohr, 2006). Algunos estudios han apuntado además que los sujetos con un trastorno psiquiátrico en el momento en que deciden dejar de fumar, tienen una menor probabilidad de mantener la abstinencia a los 6 meses de haber finalizado el tratamiento que aquellos pacientes sin psicopatología asociada (Ferguson, Patten, Schroeder, Offord, Eberman y Hurt, 2003).

No obstante, Breslau, Peterson, Schultz, Chilcoat y Andreski (1998) encontraron que el porcentaje de abandono del consumo de tabaco no difería entre sujetos con y sin historia de depresión mayor. Humfleet, Muñoz, Sees, Reus y Hall (1999) no hallaron diferencias significativas en el resultado del tratamiento para dejar de fumar en función de si los sujetos tenían o no historial de abuso de alcohol u otras drogas. Gariti, Alterman, Mulvaney y Epperson (2000) tampoco encontraron indicios de que la presencia de psicopatología del Eje I y del Eje II fuese un predictor negativo en el resultado de un tratamiento para dejar de fumar (tratamiento farmacológico y psicológico combinado). El-Guebaly, Cathcart, Currie, Brown y Golster (2002), en una revisión de 24 estudios para evaluar el impacto de las intervenciones para dejar de fumar en individuos con enfermedad mental o con trastornos adictivos, concluyeron que los porcentajes de abandono del tabaco en pacientes psiquiátricos o con trastornos por uso de sustancias no eran significativamente más bajos que en población normal, lo cual indica que este tipo de fumadores sí son capaces de dejar de fumar. John et al. (2004) encontraron que aunque existe una mayor probabilidad para los fumadores de presentar un trastorno mental, esta variable no predice el mantenimiento de la conducta de fumar ni el abandono de la misma. Parece, por lo tanto, que no existe consenso en la literatura acerca de que los sujetos con un trastorno mental se beneficien en menor medida de los tratamientos para dejar de fumar o tengan un menor éxito (John, Meyer, Rumpf y Hapke, 2004). Otros estudios como el de Lasser, Wesley, Woolhandler, Himmelstein, McCormick y Bor (2000) sí han encontrado que los sujetos que habían sufrido algún trastorno mental en el último mes fumaban más y tenían porcentajes más bajos de abandono del consumo de tabaco.

En cuanto a la influencia de los trastornos de personalidad en el abandono del consumo de tabaco, los resultados tampoco son concluyentes (Covey, Hughes, Glassman, Blazer y George, 1994; Lasser et al., 2000; Perea, Oña y Ortiz, 2009). Covey et al. (1994) no encontraron una relación significativa entre el hábito de fumar e intentos de abandono y el trastorno de personalidad antisocial. En cambio, estudios más recientes como el de Perea et al. (2009), encontraron que ciertos rasgos de personalidad, en concreto, el evitativo, el autodestructivo, el pasivo-agresivo, el esquizotípico y el límite, se relacionan significativamente con deslices y recaídas tras haber dejado de fumar. Por el contrario, el rasgo de personalidad dependiente se asoció a una mayor probabilidad de mantenerse abstinentes a los 6 meses de haber finalizado el tratamiento.

El objetivo del presente estudio es evaluar la influencia de los trastornos de personalidad en la eficacia de un tratamiento psicológico para dejar de fumar, medida en términos de abstinencia, al final del tratamiento y en los seguimientos a los 6 y a los 12 meses.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por personas que demandaron tratamiento para dejar de fumar en la Unidad de Tabaquismo de la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela, entre octubre de 2006 y febrero de 2008. Los criterios de inclusión en el estudio fueron: tener 18 o más años, querer participar voluntariamente en el tratamiento, tener un consumo mínimo de 10 cigarrillos diarios antes de entrar en tratamiento y cumplimentar debidamente todos los cuestionarios en la evaluación pretratamiento. Los criterios de exclusión fueron: presencia de un trastorno mental grave diagnosticado (trastorno bipolar y/o trastorno psicótico); dependencia concurrente de otras sustancias (cocaína y/o heroína); haber participado en el mismo tratamiento psicológico o en otro similar durante el año previo; haber recibido algún otro tipo de tratamiento efectivo para dejar de fumar (terapia sustitutiva de nicotina, bupropión, vareniclina) en el último año; padecer alguna patología física de alto riesgo vital para el sujeto, lo que precisaría una intervención inmediata en formato individual (ej., infarto agudo de miocardio reciente, neumotórax, etc.) y no acudir a la primera sesión del tratamiento en grupo. De una muestra inicial de 243 sujetos, fueron excluidos 41 por cumplir alguno de los criterios de exclusión mencionados anteriormente, quedando formada la muestra final por 202 fumadores de cigarrillos (43,1% varones y 56,9% mujeres). Su media de edad fue de 43,99 años ($D.T.=10,70$). En el momento de comenzar el tratamiento fumaban una media de 24,32 cigarrillos al día ($D.T.=10,22$) (tabla 1).

Tabla 1
Características sociodemográficas y de consumo de tabaco

	FUMADORES (n = 202)	
	n	%
Género		
Hombre	87	43,1
Mujer	115	56,9
	Media	D. T.
Edad	43,99	10,70
Nº cigarrillos / día	24,32	10,22
Marca que fuma actualmente ¹	0,79	0,13
Edad a la que empezó a fumar regularmente	17,95	4,15
Media de años fumando	26,00	11,07

¹ En miligramos de nicotina

Instrumentos

Todos los fumadores fueron evaluados mediante el *Cuestionario sobre el hábito de fumar* (Becoña, 1994), en el que se recoge información sobre variables sociodemográficas y datos relativos al consumo de tabaco.

Para la evaluación de los trastornos de personalidad se utilizó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (*Millon Clinical Multiaxial Inventory-II*, MCMI-II; Millon, 1999). El MCMI-II es un cuestionario de 175 ítems, con formato de respuesta de verdadero o falso, que informa sobre diez patrones básicos de personalidad

(esquizoide, fóbico, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo-sádico, compulsivo, pasivo-agresivo y autodestructivo), tres escalas de personalidad patológica (esquizotípica, límite y paranoide), seis síndromes clínicos de gravedad moderada y tres síndromes clínicos graves. Debido al objetivo del estudio, únicamente se han tenido en cuenta las puntuaciones en las escalas básicas de personalidad y en las escalas de personalidad patológica, considerando la presencia de un trastorno de personalidad cuando la puntuación en la tasa base (TB) del MCMI-II es igual o superior a 85, según los criterios más conservadores (Weltzer, 1990).

En los seguimientos de 6 y 12 meses se administró el Cuestionario de seguimiento (Becoña y Míguez, 1995) en función del estatus del sujeto en ese momento (fumador/no fumador). El autoinforme de abstinencia al final del tratamiento y en los seguimientos a los 6 y 12 meses se corroboró con la medición de monóxido de carbono en aire espirado (CO). Se ha utilizado el Micro IV Smokerlyzer (Bedfont Technical Instruments Ltd, Sittigbourne, Kent, Reino Unido). Este aparato recoge muestras de aire espirado a través de la superficie del sensor indicando en partes por millón (ppm) el índice de monóxido de carbono por espiración alveolar del sujeto.

Procedimiento

La evaluación inicial de todos los fumadores se llevó a cabo en una única sesión, en la que se les administraron los instrumentos descritos en el anterior apartado. Todos los fumadores dieron su consentimiento informado para participar en el estudio.

La duración del tratamiento fue de 6 semanas (una sesión por semana de aproximadamente una hora). Los sujetos fueron tratados en pequeños grupos de entre 2 y 8 fumadores. En la aplicación del tratamiento participaron dos psicólogos con amplia experiencia en el tratamiento de fumadores. Los terapeutas no conocían la presencia o no de trastornos de personalidad en cada uno de los fumadores participantes en el tratamiento.

El tratamiento psicológico llevado a cabo fue el *Programa para dejar de fumar* de Becoña (1993, 2007). Se trata de un tratamiento cognitivo-conductual que consta de 6 sesiones y se aplica en formato grupal. Este tratamiento consta de: contrato de tratamiento, autorregistro y representación gráfica del consumo de cigarrillos, información sobre el tabaco, control de estímulos, actividades para no padecer el síndrome de abstinencia de la nicotina, feedback fisiológico del consumo de cigarrillos mediante medición de CO en cada sesión, técnica de desvanecimiento mediante la reducción gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán y estrategias de prevención de la recaída (entrenamiento en asertividad, solución de problemas, cambio de creencias erróneas, manejo de la ansiedad y de la ira, ejercicio físico, control del peso y autorreforzamiento).

Una vez finalizado el tratamiento se realizaron seguimientos presenciales a los 6 y a los 12 meses. En cada uno de los seguimientos se le administraba al sujeto el cuestionario de seguimiento correspondiente (fumador/no fumador), además de evaluar su nivel de CO en aire espirado. Si la persona no acudía al seguimiento presencial se le pasaba el cuestionario de seguimiento por teléfono, excepto en el seguimiento de 12 meses que en caso de estar abstinentes y no acudir a la cita fijada se realizaba en el domicilio del sujeto para verificar la abstinencia mediante la medición de CO. En el seguimiento de 6 meses fueron localizados el 94,5% de los sujetos, de los cuales el 38,7% acudió personalmente y se obtuvo validación de CO, y el 61,3% fue realizado por teléfono. En el seguimiento de 12 meses fueron localizados el 97% de los

participantes, de los cuales el 62,8% acudieron personalmente, y por tanto se obtuvo validación de CO, y el 37,2% fueron entrevistados por teléfono. En dicho seguimiento únicamente se acudió una vez al domicilio de la persona que se encontraba abstinentes en ese momento. El resto de los participantes abstinentes acudieron personalmente a los seguimientos, confirmando su abstinencia mediante la prueba de CO.

La variable dependiente ha sido la abstinencia en el consumo de tabaco, confirmada con validación de CO, según los criterios sugeridos por Velicer, Prochaska, Rossi y Snow (1992): a) en la evaluación al final del tratamiento no había fumado en las últimas 24 horas anteriores a la sexta sesión de tratamiento; b) a los 6 meses de seguimiento el sujeto tenía que haber permanecido abstinentes los 7 días previos a la fecha del seguimiento; y c) a los 12 meses de seguimiento se consideró que un sujeto estaba abstinentes si no había fumado en los 30 días previos a la fecha del seguimiento y si su nivel de monóxido de carbono en aire espirado era inferior a 10 ppm (West, Hajek, Stead y Stapleton, 2005).

Análisis de datos

Para determinar las características de la muestra se han utilizado análisis estadísticos de carácter descriptivo. Asimismo, para comparar a los sujetos con y sin trastornos de personalidad en la variable dependiente (abstinencia) se utilizó el estadístico chi cuadrado con la corrección de Bonferroni. Se calculó la prueba exacta de Fisher para aquellas tablas que tienen casillas con una frecuencia esperada menor de cinco. Las diferencias se han considerado estadísticamente significativas a partir de una $p \leq ,05$ para chi cuadrado y a partir de una $p \leq ,025$ para chi cuadrado con la corrección de Bonferroni. Todos los análisis estadísticos de este estudio se han llevado a cabo con el paquete estadístico SPSS 15.0.

Resultados

Adoptando como criterio una puntuación tasa base igual o superior a 85 en el MCMI-II encontramos que el 39,1% de los fumadores que acudieron al tratamiento psicológico para dejar de fumar presentaban al menos un trastorno de personalidad. Sin embargo, al analizar la relación entre la presencia de un trastorno de personalidad en general y la abstinencia en el consumo de tabaco no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni al final del tratamiento ni en los seguimientos de 6 y 12 meses (tabla 2).

Tabla 2
Porcentaje de sujetos abstinentes con y sin trastorno de personalidad (TP) en general al final del tratamiento y en los seguimientos de 6 y 12 meses

	Sin TP (n= 123)	Con TP (n= 79)	χ^2	p
Final del tratamiento	49,6	46,8	0,146	0,702
Seguimiento de 6 meses	20,3	15,2	0,848	0,357
Seguimiento de 12 meses	21,1	16,5	0,677	0,411

En cambio, al analizar los tipos de trastornos de personalidad por separado, sí se encontraron diferencias significativas en el trastorno antisocial de la personalidad (2% del total de fumadores) y la abstinencia en el seguimiento de 6 meses ($\chi^2_{(1)} = 8,763, p = ,020$). En este caso, 6 meses después de haber finalizado el tratamiento están abstinentes el 75% de los sujetos con un trastorno antisocial,

frente al 17,2% de los sujetos que no tienen dicho trastorno. Este resultado sigue siendo significativo tras aplicar la corrección de Bonferroni. Por otra parte, también a los 6 meses se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el trastorno de personalidad por dependencia (12,9% del total de fumadores) ($\chi^2_{(1)} = 4,176, p = ,05$). En este caso, y en la dirección contraria a lo que ocurría con el trastorno antisocial, el porcentaje de sujetos abstinentes a los 6 meses con trastorno de personalidad dependiente es significativamente más bajo que el porcentaje de sujetos abstinentes que no tienen dicho trastorno (3,8% frente al 20,5% abstinentes a los 6 meses, respectivamente). No obstante, después de aplicar la corrección de Bonferroni este resultado no fue estadísticamente significativo.

En el seguimiento de 12 meses, de nuevo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el trastorno dependiente ($\chi^2_{(1)} = 4,579, p = ,03$). Un año después de haber finalizado el tratamiento están abstinentes el 21,6% de los sujetos que no tienen este trastorno de personalidad, frente al 3,8% de los sujetos que tienen una TB igual o superior a 85 en la escala dependiente del MCMI-II (tabla 3). Al igual que sucedía en el seguimiento de 6 meses, después de utilizar la corrección de Bonferroni este resultado no fue estadísticamente significativo.

En el resto de escalas básicas de personalidad y en las escalas de personalidad patológica no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ni al finalizar el tratamiento ni en los seguimientos de 6 y 12 meses. Estos datos pueden verse ampliados en la tabla 3.

Discusión y conclusiones

Los datos no apoyan la conclusión general sobre los trastornos de personalidad como factor de riesgo para una disminución de la eficacia del tratamiento psicológico para dejar de fumar. No obstante, los resultados obtenidos muestran una relación significativa entre dos trastornos de personalidad concretos y los resultados del tratamiento. En el trastorno de personalidad por dependencia (n=26) se observó una menor abstinencia a los 6 y 12 meses tras haber finalizado el tratamiento para dejar de fumar que en los pacientes sin este diagnóstico; aunque al aplicar la corrección de Bonferroni en las comparaciones múltiples no se alcanzó la significación estadística requerida. En el estudio de Perea et al. (2009) encontraron, en cambio, que este rasgo de personalidad se asocia a una mayor probabilidad de mantenerse abstinente a los 6 meses de haber finalizado el tratamiento. Es posible que esa discrepancia se deba a la

utilización de una puntuación TB igual o superior a 75, que indica «presencia de rasgo», en lugar del criterio más estricto adoptado en el presente estudio, TB igual o superior a 85, que indica «presencia de trastorno» (Weltzer, 1990). Los fumadores con una TB igual o superior a 85 en la escala dependiente serían sujetos dóciles, no competitivos, con una sensación básica de indefensión e inseguridad, que tratan de compensar a través de la búsqueda constante de afecto, estabilidad y apoyo en sus relaciones interpersonales (Millon y Davis, 1998; Millon y Everly, 1994). En el caso de estos fumadores, la nicotina podría servirles para calmar la ansiedad y la angustia generadas ante el rechazo o la falta de apoyo de los demás.

Por otra parte, el grupo de pacientes con trastorno antisocial de la personalidad mostró un mayor porcentaje de abstinencia a los 6 meses de haber finalizado el tratamiento. No obstante, consideramos que dicho hallazgo debe ser tomado con precaución debido al reducido número de sujetos que tienen una TB igual o superior a 85 en este trastorno según el MCMI-II (n= 4) en nuestro estudio.

En otros estudios realizados sobre la influencia de trastornos de personalidad evaluados con el MCMI-II en el mantenimiento de la abstinencia de la cocaína, tampoco se han encontrado diferencias entre el grupo de adictos con trastornos de personalidad y el grupo sin psicopatología asociada (López y Becoña, 2006). Es posible, por tanto, que la asociación entre trastornos del Eje II y el consumo de sustancias no implique una evolución tan negativa como han señalado estudios previos (Marlowe, Kirby, Festinger, Husband y Platt, 1997). En el estudio de López y Becoña (2006) se plantea como posible explicación que los terapeutas conocían de antemano la existencia de dichos trastornos y pudieron actuar sobre ellos durante el tratamiento de la adicción. Sin embargo, en el presente estudio, los terapeutas no sabían si existía o no algún trastorno de personalidad hasta que finalizaba el tratamiento para dejar de fumar. Por todo ello, cabe plantearse si los fumadores con trastornos de personalidad se pueden haber beneficiado tanto del tipo de tratamiento psicológico, claramente estructurado y con un continuo seguimiento de la evolución de los fumadores, como del formato en grupo, alcanzando porcentajes de abstinencia similares a los de los sujetos sin trastornos de personalidad.

Los resultados encontrados en el presente estudio indicarían que no todos los trastornos de personalidad repercuten negativamente en el abandono del consumo de tabaco ni en el mantenimiento de la abstinencia, como han apuntado estudios previos (John et al., 2004; Gariti et al., 2000; Perea et al., 2009).

Tabla 3
Porcentaje de fumadores abstinentes al final del tratamiento, a los 6 y a los 12 meses en función de la existencia o no de un trastorno de personalidad (TB ≥ 85)

	Esquizoide		Fóbico		Dependiente		Histriónico		Narcisista		Antisocial		Agresivo-sádico		Compulsivo		Pasivo-agresivo		Autodes-estructivo		Esquizo-típico ⁽¹⁾		Límite ⁽¹⁾		Paranoide	
	<85	≥85	<85	≥85	<85	≥85	<85	≥85	<85	≥85	<85	≥85	<85	≥85	<85	≥85	<85	≥85	<85	≥85	<85	≥85	<85	≥85	<85	≥85
Final tratamiento	48,1	53,8	49,0	25,0	50,0	38,5	50,0	25,0	48,7	40,0	48,0	75,0	48,0	75,0	47,8	54,2	48,7	42,9	49,2	0,0					48,0	100,0
Seguimiento 6 meses	18,0	23,1	18,2	25,0	20,5*	3,8	19,5	0,0	18,3	20,0	17,2	75,0*	18,2	25,0	18,0	20,8	18,5	14,3	18,6	0,0					18,0	50,0
Seguimiento 12 meses	18,0	38,5	18,7	50,0	21,6*	3,8	20,0	8,3	19,8	0,0	18,7	50,0	19,2	25,0	20,2	12,5	20,0	0,0	19,1	33,3					19,5	0,0

(1) Ningún sujeto obtuvo una TB igual o superior a 85
TB= Tasa Base; *p ≤,05

Este estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar, el tamaño de la muestra de fumadores es relativamente pequeño desde un punto de vista estadístico. La baja prevalencia de algunos trastornos de personalidad, como el esquizotípico y el límite, puede haber disminuido la robustez de las pruebas estadísticas aplicadas. Por otra parte, la evaluación de los trastornos de personalidad se ha llevado a cabo con una prueba de autoinforme: el MCMI-II. Aunque se trata de un instrumento de evaluación ampliamente utilizado en adicciones y en otros trastornos, tiende a sobrediagnosticar la presencia de trastornos de personalidad

(Mestre, Risco, Catalán e Ibarra, 2001). Sería necesario recurrir en investigaciones futuras a entrevistas clínicas específicas de los trastornos de personalidad, como el IPDE (Loranger, 1995) o la SCID-II (First, Gibbon, Spitzer, Williams y Smith-Benjamin, 1996). Además, sería importante tener en cuenta el número de sesiones de tratamiento a las que acuden los pacientes, pues en una de las últimas guías clínicas publicadas sobre el tratamiento de los fumadores, se indica que es una variable predictora importante de la eficacia del tratamiento (Fiore, Jaén, Baker, Bailey, Benowitz, Curry et al., 2008).

Referencias

- Becoña, E. (1993). *Programa para dejar de fumar*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Becoña, E. (1994). Evaluación de la conducta de fumar. En J.L. Graña (Ed.): *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 403-454). Madrid: Debate.
- Becoña, E. (2007). *Programa para dejar de fumar*. Vigo: Nova Galicia Edicións.
- Becoña, E., y Míguez, M.C. (1995). El cuestionario de evaluación de la recaída/abstinencia de los cigarrillos: primeros resultados. *Revista Española de Drogodependencias*, 20, 25-40.
- Becoña, E., y Míguez, M.C. (2004). Consumo de tabaco y psicopatología asociada. *Psicooncología*, 1, 99-112.
- Bravo de Medina, R., Echeburúa, E., y Aizpiri, J. (2008). Diferencias de sexo en la dependencia del alcohol: dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de personalidad. *Psicothema*, 20, 218-223.
- Breslau, N., Peterson, E., Schultz, L., Chilcoat, H., y Andreski, P. (1998). Major depression and stages of smoking. *Archives of General Psychiatry*, 55, 161-166.
- Covey, L.S., Hughes, D., Glassman, A., Blazer, D., y George, L. (1994). Ever-smoking, quitting and psychiatric disorders: Evidence from the Durham, North Carolina, Epidemiological Catchment Area. *Tobacco Control*, 3, 222-227.
- Díaz, F.J., James, D., Botts, S., Maw, L., Susce, M.T., y de León, J. (2009). Tobacco smoking behaviour in bipolar disorder: A comparison of the general population, schizophrenia and major depression. *Bipolar Disorders*, 11, 154-165.
- Echeburúa, E., y Fernández-Montalvo, J. (2008). Are there more personality disorders in treatment-seeking pathological gamblers than in other kind of patients? A comparative study between the IPDE and the MCMI. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 53-64.
- El-Guebaly, N., Cathcart, J., Currie, S., Brown, D., y Golster, S. (2002). Smoking cessation approaches for persons with mental illness or addictive disorders. *Psychiatry Services*, 53, 1166-1170.
- Ferguson, J.A., Patten, C.A., Schroeder, D.R., Offord, K.P., Eberman, K.M., y Hurt, R.D. (2003). Predictors of 6-month tobacco abstinence among 1224 cigarette smokers treated for nicotine dependence. *Addictive Behaviors*, 28, 1203-1218.
- Fernández, J.J., y Gutiérrez, E. (2005). Trastornos de personalidad y dependencia de heroína: una relación por determinar. *Adicciones*, 17 (Supl.2), 95-110.
- Fiore, M.C., Jaén, C.R., Baker, T.B., Bailey, W.C., Benowitz, N.L., Curry, S.J., et al. (2008). *Treating tobacco use and dependence: 2008 Update*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B., y Smith-Benjamin, L.S. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gariti, P., Alterman, A., Mulvaney, F., y Epperson, L. (2000). The relationship between psychopathology and smoking cessation treatment response. *Drug and Alcohol Dependence*, 60, 267-273.
- Grant, B.F., Hasin, D.S., Chou, P., Stinson, F.S., y Dawson, D.A. (2004). Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1107-1115.
- Grant, B.F., Hasin, D.S., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Ruan, W.J., y Pickering, R.P. (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the U.S.: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61, 361-368.
- Humfleet, G., Muñoz, R., Sees, K., Reus, V., y Hall, S. (1999). History of alcohol or drug problems, current use of alcohol or marijuana and success in quitting smoking. *Addictive Behaviors*, 24, 149-154.
- John, U., Meyer, C., Rumpf, H., y Hapke, U. (2004). Smoking, nicotine dependence and psychiatric comorbidity. A population-based study including smoking cessation after three years. *Drug and Alcohol Dependence*, 76, 287-295.
- Lasser, K., Wesley, J., Woolhandler, S., Himmelstein, D., McCormick, D., y Bor, D. (2000). Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *Journal of the American Medical Association*, 284, 2606-2610.
- Lawn, S.J., Pols, R.G., y Barber, J.G. (2002). Smoking and quitting: A qualitative study with community-living psychiatric clients. *Social Science & Medicine*, 54, 93-104.
- López, A., y Becoña, E. (2006). Patronos y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema*, 18, 578-583.
- Loranger, A.W. (1995). *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Geneva: World Health Organization.
- Lorea, I., Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J.J., y Landa, N. (2009). Adicción a la cocaína y trastornos de personalidad: un estudio con el MCMI-II. *Adicciones*, 21, 57-64.
- Marlowe, D.B., Kirby, K.C., Festinger, D.S., Husband, S.D., y Platt, J.J. (1997). Impact of comorbid personality disorders and personality disorder symptoms on outcomes of behavioral treatment for cocaine dependence. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 483-490.
- Martínez, J.M., Gurpegui, M., Díaz, F.J., y de León, J. (2004). Tabaco y esquizofrenia. *Adicciones*, 16 (Supl. 2), 177-190.
- Mestre, L., Risco, P., Catalán, A., e Ibarra, O. (2001). Perfiles de personalidad Millon: comparación de pacientes adictos a opiáceos y a cocaína. *Trastornos Adictivos*, 3, 288-289.
- Millon, T. (1999). *MCMI-II. Manual (adaptación española de Ávila-Espada, A., director; Jiménez, F., coordinador)*. Madrid: TEA.
- Millon, T., y Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T., y Everly, G.S. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Mykletun, A., Overland, S., Aaro, L.E., Liabo, H., y Stewart, R. (2008). Smoking in relation to anxiety and depression: Evidence from a large population survey: The HUNT study. *European Psychiatry*, 23, 77-84.
- Perea, J.M., Oña, S., y Ortiz, M. (2009). Diferencias de rasgos clínicos de personalidad en el mantenimiento de la abstinencia y recaídas en tratamiento del tabaquismo. *Psicothema*, 21, 39-44.

- Peto, R., y López, A.D. (2001). Future worldwide health effects of current smoking patterns. En C.E. Koop, C.E. Pearson y M.R. Schwarz (Eds.): *Critical issues in global health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Petry, N.M. (2005). Comorbidity of disordered gambling and other psychiatric disorders. En N. Petry (Ed.): *Pathological gambling: Etiology, comorbidity and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ranney, L., Melvin, C., Lux, L., McClain, E., y Lohr, K. (2006). Systematic review: Smoking cessation intervention strategies for adults and adults in special populations. *Annals of Internal Medicine*, 145, 845-856.
- Skodol, A.E., Oldham, J.M., y Gallaher, M.D. (1999). Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 733-738.
- U.S.D.H.H.S. (2004). *The health consequences of smoking: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- Velicer, W.F., Prochaska, J.O., Rossi, J.S., y Snow, M.G. (1992). Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychological Bulletin*, 111, 23-41.
- Verheul, R., Van den Brink, W., y Hartgers, C. (1998). Personality disorders predict relapse in alcoholic patients. *Addictive Behaviors*, 23, 869-882.
- Weltzer, S. (1990). The Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI): A review. *Journal of Personality Assessment*, 55, 445-464.
- West, R., Hajek, P., Stead, L., y Stapleton, J. (2005). Outcome criteria in smoking cessation trials: Proposal for a common standard. *Addiction*, 100, 299-303.
- Wilhelm, K., Wedgwood, L., Niven, H., y Kay-Lambkin, F. (2006). Smoking cessation and depression: Current knowledge and future directions. *Drug and Alcohol Review*, 25, 97-197.
- World Health Organization (2008). *First WHO European recommendations on treatment of tobacco dependence. Evidence based core recommendations for health care systems in Europe*. Regional Office for Europe. Denmark.