

Evaluación de la personalidad y resultados en cesación tabáquica

Personality assessment and outcomes in smoking cessation

Avaliação da personalidade e resultados na cessação do tabagismo

Mary Barros

ORCID ID: 0000-0002-3298-1830

Universidad de la República, Uruguay

Laura Llambí

ORCID ID: 0000-0001-6636-792X

Universidad de la República, Uruguay

Carolina Parodi

ORCID ID: 0000-0002-5999-8018

Universidad de la República, Uruguay

Virginia Núñez

ORCID ID: 0000-0001-7786-258X

Universidad de la República, Uruguay

Mauricio Minacapilli

ORCID ID: 0000-0001-8428-3295

Universidad de la República, Uruguay

Valentina González

ORCID ID: 0000-0003-4760-7443

Universidad de la República, Uruguay

Ricardo Bernardi

ORCID ID: 0000-0002-1117-5821

Universidad de la República, Uruguay

Autor referente: marybago@gmail.com

Historia editorial

Recibido: 07/08/2020

Aceptado: 24/08/2021

RESUMEN

Introducción: Los resultados en cesación tabáquica son insatisfactorios, menores al 30% al año de finalizado el tratamiento. No existe suficiente evidencia sobre la relación entre el Nivel de Funcionamiento de la Personalidad (NFP) y cesación.

La Escala de NFP (ENFP) del Manual Estadístico de los Trastornos Mentales 5ed. que evalúa la personalidad en relación consigo mismo y con los otros a través de cuatro dominios, podría ser útil para predecir y mejorar resultados.

Objetivos: Evaluar la asociación entre el NFP y la abstinencia al final del tratamiento y a los 6 meses.

Metodología: Estudio longitudinal y analítico de una muestra no probabilística de pacientes que consultaron en una Unidad de Tabaquismo. Se aplicó test de chi² o test exacto de Fisher para evaluar asociación de variables categóricas. Se

evaluó NFP con la ENFP y grado de dependencia física con el Test de Fagerström. **Resultados:** Participaron 28 pacientes, 57% mujeres, edad promedio 48 años ($\pm 12,3$). 16 de los 28 cesaron, de ellos 14 presentaron bajos puntajes en la ENFP, correspondiente a mejor NFP. A menores alteraciones en el NFP, mayor cesación al final del tratamiento. En relación a los dominios, la cesación se asoció con identidad, autodirección y empatía y no así con intimidad. La mayoría de los pacientes con enfermedades tabaco-dependientes que presentaban alteraciones del NFP no logró cesar. **Conclusiones:** Los pacientes sin alteraciones del NFP, tienen más probabilidad de dejar y mantenerse sin fumar. Esto sugiere la utilidad de evaluar el NFP para predecir resultados en la cesación.

Palabras clave: Tabaquismo; nivel de funcionamiento de personalidad; cesación.

ABSTRACT

Introduction: The smoking cessation results are unsatisfactory, less than 30% a year after the end of treatment. There is insufficient evidence on the relationship between the Level of Personality Functioning (LPF) and cessation. The LPF Scale (LPFS) of the Statistical Manual of Mental Disorders 5ed. that evaluates personality in relation to yourself and others, through four domains, could be useful in predicting and improving outcomes. **Objectives:** To assess the association between LPF and abstinence at the end of treatment and at 6 months. **Methodology:** Longitudinal and analytical study of a non-probability sample of patients who consulted in a Cessation Unit. The chi² test or Fisher's exact test was applied to evaluate the association of categorical

variables. LPF was evaluated with the LPFS and degree of nicotine dependence with the Fagerström Test. **Results:** 28 patients participated, 57% women, average age 48 years (± 12.3). 16 of 28 stopped, of them 14 had low scores in the LPFS, corresponding to better LPF. The less alteration in the LPF, the greater cessation at the end of the treatment. Regarding the domains, the association was found with identity, self-direction and empathy with cessation but not with intimacy. Most of the patients with tobacco-dependent diseases who presented LPF disorder did not quit. **Conclusions:** Patients without LPF disorders are more likely to achieve cessation and remain abstinent. This assumes the utility of evaluating the LPF to predict cessation outcomes.

Keywords: Smoking; level of personality functioning; cessation.

RESUMO

Introdução: Os resultados da cessação do tabaco são insatisfatórios, menos de 30% ao ano após o término do tratamento. Não há suficiente evidência sobre a relação entre o Nível de Funcionamento da Personalidade (NFP) e a cessação.

Escala NFP (ENFP) do Manual Estatístico de Transtornos Mentais 5 ed. que avalia a personalidade em relação a si mesmo e os outros, através de quatro domínios poderia ser útil para prever e melhorar os resultados. **Objetivos:** Avaliar associação entre NFP e abstinência ao final do tratamento e aos 6 meses. **Metodologia:** Estudo longitudinal, analítico de uma amostra não probabilística de pacientes consultados numa unidade de fumantes. Foram aplicados teste de Chi² ou teste exato de Fisher para avaliar associação de variáveis categóricas. O NFP foi

avaliado com ENFP e o grau de dependência física com Teste de Fagerström. **Resultados:** 28 pacientes participaram no estudo, 57% mulheres, idade média 48 anos ($\pm 12,3$). 16 dos 28 conseguiram cessar, 14 deles tiveram escores baixos do ENFP, correspondendo num melhor NFP. Quanto menos alterações no NFP, maior cessação ao final do tratamento. Em relação aos domínios, foi encontrada associação com identidade, autodireção e empatia com cessação, mas não é assim com intimidade. A maioria das pessoas com doenças dependentes do tabaco, que apresentavam alterações no PFN não conseguiu parar. **Conclusões:** Pacientes sem alterações no NFP têm maior probabilidade de cessação e permanecem livres de fumo. Isso sugere a utilidade de avaliar o NFP pra prever resultados na cessação.

Palavras-chave: Tabagismo; nível de funcionamento da personalidade; cessação.

El tabaquismo es un importante problema de salud en Uruguay y en el mundo, siendo la primera causa de muerte evitable, estimando que anualmente 5100 personas fallecen debido al tabaco (Drope et al., 2018).

En el 2004 Uruguay ratificó el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la O.M.S., primer tratado mundial de Salud Pública que establece los principios y el contexto para la formulación de políticas, planificación de intervenciones y movilización de recursos para el control del tabaco (Organización Mundial de la Salud, 2003). En 2006, Uruguay se convirtió en el primer país libre de humo de tabaco en las Américas

y en el 2008 aprueba la Ley Integral de Control de Tabaco (González y Barbero, 2020).

Como resultado a la implementación de estas medidas, la prevalencia de fumadores disminuyó de 32,7% en 2006 a 21,6% en 2017 (González y Barbero, 2020; Uruguay. Ministerio de Salud Pública y U.S. Centers for Diseases Control and Prevention, 2019). A pesar de las variaciones en las muestras y las metodologías de las diferentes encuestas de ese período, los datos son relevantes en cuanto a la tendencia hacia la disminución del consumo (González y Barbero, 2020).

A nivel internacional, los resultados en cesación, aún son insatisfactorios. Los reportes están alrededor del 30% al año de finalizado el tratamiento (Schlam et al., 2016).

La situación en nuestro país es similar, a pesar del descenso de la prevalencia, los porcentajes de cesación son bajos, tomando en cuenta que el 70% de los fumadores refieren querer abandonar el tabaquismo (Uruguay. Ministerio de Salud Pública y U.S. Centers for Diseases Control and Prevention, 2019).

Los resultados nacionales están en ese rango, coincidiendo con las tasas mundiales. En 2008, un estudio realizado por la Unidad de Tabaquismo del Hospital de Clínicas (Hospital Universitario que funciona como hospital general de adultos, de alta complejidad y de referencia nacional), muestra un 35% de cesación al año de finalizado el tratamiento (Llambí et al., 2008). En 2018, una evaluación más amplia mostró 25% de abstinencia a los 6 meses, descendiendo al 20% al año (Esteves, Saona, Baldizzoni, Wald, y Rey, 2018).

El problema del tabaquismo involucra aspectos económicos, legales, políticos, sociales y sanitarios y existe consenso que la aplicación de todas las medidas de forma simultánea, actúan de manera sinérgica produciendo mayor efectividad. Habiéndose identificado el impacto de medidas políticas y sociales (la suba de precios, prohibición de fumar en espacios públicos cerrados, prohibición de publicidad,

promoción y patrocinio y programas de tratamiento para los fumadores), (Abascal et al., 2013), resulta esencial comprender factores psicológicos que puedan incidir en los resultados de los tratamientos. En este sentido interesa comprender si determinadas características de los fumadores que acuden a tratamiento, se pueden relacionar con el logro o no de la cesación. Fumar, si bien es una costumbre cultural y social, es principalmente una adicción, determinada por factores constitucionales (genéticos y biológicos) y medioambientales (psicosociales y culturales). Desde el modelo biopsicosocial que sirve de marco de referencia para su comprensión y análisis, la vulnerabilidad individual y el contexto explican tanto el inicio, el mantenimiento, así como el abandono de la adicción (Becoña et al., 2008).

El consumo de nicotina está determinado por una necesidad fisiológica y por sus efectos a nivel psicológico. La nicotina es usada como estimulante, ya que produce placer, mejora el ánimo y la concentración. Este mecanismo se conoce como **refuerzo positivo**, dado que la nicotina es un estímulo que refuerza la conducta, dando lugar al proceso denominado **circuito de recompensa** (Jiménez Ruiz y Fagerström, 2011).

A su vez, el descenso de concentración de nicotina, produce malestar y activa el deseo compulsivo de volver a consumir nicotina. Su vida media corta en el organismo (dos horas aprox.), lleva al consumo repetido en el día, generando un circuito que es conocido como **refuerzo negativo** (se fuma para evitar o aliviar el malestar de la abstinencia) (Jiménez Ruiz y Fagerström, 2011).

En síntesis, la conducta de fumar busca los efectos positivos de bienestar y placer, así como evitar y aliviar el malestar de la abstinencia. Estos criterios y procesos son comunes en la dependencia a otras sustancias (cocaína, morfina, etc.).

Con respecto a los aspectos psicosociales asociadas al consumo de tabaco y la cesación, han sido estudiados temas como estrés (Olivar Arroyo, 2012; Torres-Berrio, Cuesta, Lopez-Guzman, y Nava-Mesa, 2018), mecanismos de afrontamiento (Cano,

Camuñas, Iruarrizaga, Dongil, y Wood, 2010; Selva Kumar, 2020), factores predictores de cese (Esteves et al., 2018; Llambí et al., 2008) y psicopatología (Halberstadt, Skrynski, Wright, y Creswell, 2021; Serebrisky, 2012). Con respecto a la personalidad, la evidencia encontrada se centra en las características o rasgos, así como en una perspectiva psicopatológica, relacionando el tabaquismo con los trastornos de personalidad (Fernández y Becoña, 2010; E. Fernández, López, y Becoña, 2011; Munafò, Zetteler, y Clark, 2007; Perea-Baena, Oña-Compán, y Ortiz-Tallo, 2009; Terracciano y Costa, 2004).

Por otra parte, es vasta la literatura que asocia los *trastornos psiquiátricos con el tabaquismo*. La relación entre el tabaquismo (entre otras adicciones) con ansiedad, depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia ha llevado a plantear factores genéticos comunes, determinando una vulnerabilidad tanto para el tabaquismo, como para los trastornos psiquiátricos (Halberstadt et al., 2021; Serebrisky, 2012). Las personas que padecen un trastorno mental, tienen aproximadamente el doble de riesgo de fumar (American Psychiatric Association, 2014b; Becoña, 2004; Rey, 2019). A su vez existe una relación directamente proporcional entre la gravedad del trastorno y el grado de dependencia nicotínica. La administración de nicotina actúa regulando el humor y reduciendo el estrés en los pacientes con enfermedades mentales. Esto lleva al uso de nicotina para aliviar sintomatología, lo que dificulta aún más la cesación tabáquica (Rey, 2019; Serebrisky, 2012). Analizando predictores de cese, ansiedad y depresión, han sido los diagnósticos frecuentemente asociados con menos chances de dejar de fumar y mayor propensión a padecer los síntomas de abstinencia (Esteves et al., 2018; Fiore et al., 2008; Llambí et al., 2008).

En cuanto a la *relación entre trastornos de personalidad y tabaquismo*, se identifican los trastornos dependiente, por evitación y obsesivo compulsivo como los de mayor prevalencia y dificultad para el cese (Fernández y Becoña, 2010). Perea-Baena et al.

(2009) hallaron que los rasgos evitativos, pasivo agresivos y autodestructivos, son factor de riesgo para las recaídas. También determinaron que los trastornos límites y esquizotípicos tienen mayor dificultad para el abandono, destacando que a mayor gravedad, mayor dificultad para el cese. En cambio, identifican que los rasgos dependientes, aumentan la posibilidad de cese (Perea-Baena et al., 2009).

Se ha señalado la inconsistencia de los resultados de los estudios sobre tabaquismo y prevalencia de trastornos de personalidad, variando de un 9% aun 45%. Lo que hace necesario mejorar la comprensión de esta relación para mejorar la eficacia en el abordaje (Fernández et al., 2011).

En cuanto a la revisión de la literatura que se enfoca en la relación entre *tabaquismo y características de personalidad*, son dispares los resultados encontrados. La mayoría de los estudios se basan en el modelo de Eysenck, modelo biopsicosocial explicativo y causal de la personalidad, poco aplicado en nuestro medio. Identifica tres dimensiones primarias heredables y con base fisiológica: extraversión, neuroticismo y psicoticismo y rasgos asociados. En relación al tabaquismo, los estudios revelan asociación con neuroticismo y extroversión y con los rasgos de impulsividad, búsqueda de placer y compulsividad. En tanto que en el 50% de los trabajos analizados, el ser fumador se relaciona con extraversión, en el restante 50% con neuroticismo, revelando la inconsistencia mencionada (Munafò et al., 2007; Terracciano y Costa, 2004).

A pesar de que existe amplia literatura sobre estos aspectos, sin embargo, se conoce poco sobre la relación entre *el funcionamiento de personalidad con la cesación* (Balbé y Gual, 2012; Fernández, 2011; Halberstadt et al., 2021; Terracciano y Costa, 2004).

Una perspectiva dimensional podría contribuir al trabajo en la clínica, aportando información que permita predecir el curso y los resultados de tratamiento.

Considerando la importancia de contar con una evaluación de la personalidad con un *enfoque dimensional*, la Escala de Nivel de Funcionamiento de la Personalidad

(ENFP) (American Psychiatric Association, 2014a) es una herramienta útil que permite estimar el funcionamiento de la personalidad, evaluando como la persona afronta su vida y sus relaciones (Bender, Zimmermann, y Huprich, 2018; Bernardi, 2016). Probablemente debido a su reciente elaboración y difusión, son escasos los estudios en los que ha sido aplicada, no encontrándose específicamente su empleo en población de fumadores (Halberstadt et al., 2021).

Es de destacar que dicha escala comparte los criterios utilizados por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la OMS para los trastornos de personalidad. Esta clasificación, en su versión anterior (CIE-10), es utilizada como referencia para los diagnósticos en salud por el Ministerio de Salud del Uruguay. Recientemente revisada y actualizada se da a conocer en junio de 2018, en mayo de 2019 es sometida a votación en la 74° Asamblea Mundial de la Salud de la OMS y en enero de 2022 entrará en vigencia para los 194 países miembros de la OMS. La CIE-11 es un instrumento fundamental que posibilita un lenguaje común y compartir información entre los profesionales de la salud en todo el mundo. Junto al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª Edición (DSM-5), son los sistemas de clasificación más usados en la actualidad (Bach et al., 2017).

La ENFP surge a partir de la recomendación del comité de trabajo sobre Trastornos de Personalidad del DSM-5 de reformular dicho diagnóstico a través de un modelo alternativo para su evaluación. Dicho modelo propone basar el diagnóstico, mediante una evaluación dimensional y dinámica, de mayor utilidad para el diagnóstico, el pronóstico y la planificación de estrategias y evaluación de resultados de tratamiento.

La ENFP considera niveles de intensidad y funcionalidad, sin fronteras entre lo normal y lo patológico (American Psychiatric Association, 2014a). Refleja el funcionamiento de la personalidad evaluando por un lado la dimensión del funcionamiento personal en relación consigo mismo, considerando los dominios *integración de la identidad* y

autodirección, y por otro, la dimensión interpersonal, a través de los dominios *capacidad de empatía e intimidad*. Su evaluación da cuenta de la posibilidad para manejarse en la vida y en los vínculos (Bernardi, 2016).

La ENFP se basa en una amplia revisión de un grupo de trabajo con más de 500 especialistas que incorporaron el concepto de NFP para determinar en forma dimensional, el grado de funcionamiento personal e interpersonal (Castillo-Tamayo y Arias-Zamora, 2017). Se basaron en teorías de personalidad y en escalas y evaluaciones sobre organización de la personalidad, apego, calidad de las relaciones objetales y funcionamiento reflexivo. Principalmente, este modelo de evaluación de la personalidad, se fundamenta en la articulación que realiza Wiggins de cinco paradigmas: psicodinámico (centrado en el conflicto interno y los modelos mentales de esquemas internos y representaciones) personológico (con enfoque clásico de historia de casos y utilizando datos narrativos de historias de vida), interpersonal (centrado en las relaciones sociales dinámicas) y multivariado (orientado metodológicamente a modelos analíticos de factores, como el de Modelo de Cinco Factores). Wiggins muestra cómo estos cinco paradigmas de evaluación se superponen significativamente y generan conclusiones similares, pero también aportan conocimientos únicos y matizados (Waugh et al., 2017).

Los criterios metodológicos aplicados en la versión final aumentan su confiabilidad. Los conceptos y lenguaje utilizados son compartibles entre diversas teorías, incluyendo cognitivo-conductual, interpersonal, psicodinámico, apego, desarrollo, cognitivo social y evolutivo (Bender et al., 2018).

Evaluar la relación del NFP y su relación con la cesación en tabaquismo, podría permitir predecir resultados y orientar estrategias de intervención personalizadas. Analizar el funcionamiento de las dimensiones que conforman el NFP proporcionaría una mejor comprensión de factores relacionados con la cesación.

El objetivo de este estudio fue evaluar la asociación entre el NFP y la abstinencia al final del tratamiento y a los 6 meses, en una población de pacientes que consulta en la Unidad de Tabaquismo del Hospital de Clínicas.

Metodología

Estudio longitudinal y analítico de una muestra no probabilística de pacientes que consultaron en la Unidad de Tabaquismo del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay. Participaron pacientes que dieron su consentimiento informado y asistieron al menos a una segunda consulta, durante setiembre 2016 y noviembre del 2017. Se excluyeron pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar, déficit intelectual o trastorno cognitivo. Los dos primeros porque sus características pueden enmascarar o enmendar el NFP y los otros porque afectan la capacidad cognitiva, dificultando la reflexión sobre sí mismo. No fueron incluidos todos los pacientes con criterios de inclusión de ese período debido a dificultades relacionadas con la realidad socioeconómica de la población hospitalaria. Muchos de los pacientes no asistían a las entrevistas planificadas por dificultades económicas o eran difíciles de recontactar, entre otras razones. Otros pacientes no fueron captados para el estudio, por la no participación del investigador a todas las consultas en ese período. El mismo investigador realizó las entrevistas presenciales de todos los participantes.

Se usó el test de Fagerström para medir el grado de dependencia física a la nicotina (Heatherton, Kozlowski, Frecker, y Fagerstrom, 1991).

Para evaluar el funcionamiento de personalidad se seleccionó la ENFP (American Psychiatric Association, 2014a). La escala explora diferentes indicadores a través de reseñas clínicas definidas para cada puntaje en cada dominio. La aplicación de la escala se realizó a través de una entrevista semiestructurada, cara a cara, de 1 hora

de duración aproximadamente, en la cual se indagaron los diferentes dominios para su evaluación. A modo de ejemplo, la tabla 1 describe el nivel 0 (poca o sin deficiencia) de los diferentes dominios.

Tabla 1

Escala de Nivel de Funcionamiento de la Personalidad del DSM-5. Nivel 0

Escala de nivel de funcionamiento de la personalidad					
		SELF		INTERPERSONAL	
Nivel de deficiencia		Identidad	Autodirección	Empatía	Intimidad
O-Poca o sin deficiencia		Posee conciencia regular de un self único; mantiene límites apropiados al rol. Posee autoestima positiva, consistente y autorregulada; con una precisa	Establece y aspira a metas razonables basadas en una evaluación realista de las capacidades personales. Utiliza estándares apropiados de comportamiento, logrando cumplimiento	Es capaz de comprender adecuadamente las experiencias y motivaciones de los demás en la mayoría de las situaciones. Comprende y valora las perspectivas de los demás, aún cuando no esté	Mantiene múltiples relaciones satisfactorias y duraderas en la vida personal y comunitaria. Desea y se involucra en un número de relaciones cariñosas, cercanas y recíprocas.

(Continúa)

Tabla 1. *Escala de Nivel de Funcionamiento de la Personalidad del DSM-5. Nivel 0 (Continuación)*

Escala de nivel de funcionamiento de la personalidad					
SELF			INTERPERSONAL		
Nivel de	Identidad	Autodirección	Empatía	Intimidad	
deficiencia	valoración del self. Es capaz de experimentar, tolerar y regular una gama completa de emociones.	en múltiples ámbitos. Puede reflexionar sobre la experiencia interna y sacar un sentido constructivo de ella.	de acuerdo. Es conciente del efecto de sus propias acciones sobre los otros.	Se esfuerza por cooperar y obtener beneficio mutuo, y responder flexiblemente a una gama de ideas, emociones y comportamiento s de los otros	

Recuperado de American Psychiatric Association. (2014b). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5* (5ª ed.). Panamericana (American Psychiatric Association, 2014b).

Se elaboró a modo de guía, un listado de temas y preguntas orientadoras sobre los aspectos a explorar, así como un registro de observaciones durante la entrevista de aplicación de la misma. Para mayor esclarecimiento de los aspectos a indagar, también se pedían ejemplos de situaciones donde el paciente explicitara sus vivencias

y percepciones sobre las mismas, para así tener mayores elementos para valorar su funcionamiento. El abordaje de temas personales e íntimos, en general se dio en un clima de colaboración y confianza.

De acuerdo a su característica dimensional, la escala no delimita un punto de corte, pero determina la variabilidad en la severidad según puntajes en cada dominio (identidad, autodirección, empatía, intimidad) ordenando el deterioro en categorías de menor a mayor gravedad (sin o poco/ moderado / severo /extremo).

Siguiendo el plan previo de los aspectos a indagar, como ejemplo, para evaluar Identidad se exploró la capacidad de percibirse con cohesión y de autorreflexión, sentido de autonomía, estabilidad en sus roles, autoestima, así como la posibilidad de percibir y regular emociones e impulsos, etc. Por ejemplo, se les solicitó que se describieran a sí mismos, como medio de explorar este aspecto. También se pidió que relataran alguna situación que le generase fuertes sentimientos negativos, para examinar la valoración que hacía sobre la situación, el manejo de las emociones que le generaba y la capacidad de tolerarlas y resolverlas.

En autodirección se observó la facultad para proponerse metas realistas y adecuadas, además de la capacidad de organizarse para su cumplimiento. En el área interpersonal se consideraron capacidad de empatía y de establecer vínculos significativos de intimidad.

En relación al tratamiento, se individualizó cada paciente, de acuerdo al abordaje multicomponente habitual recomendado por la Guía Nacional (Uruguay. Ministerio de Salud Pública, 2009). El apoyo cognitivo conductual fue el componente común a todos, en tanto que el tipo de tratamiento farmacológico se adecuó según el grado de dependencia, la existencia o no de contraindicaciones y las preferencias de cada paciente. El abordaje emplea intervenciones que incluye: apoyo psicológico que comprende reducción gradual de nicotina, control de estímulos, estrategias para

controlar los síntomas de la abstinencia, recomendación de ejercicio físico, ejercicios de relajación y manejo del estrés. Se aplican además las estrategias que han demostrado efectividad en los resultados: análisis de creencias sobre salud y el tabaquismo, desarrollo de habilidades para el afrontamiento de situaciones difíciles, fomentar la autoeficacia, modificación de conductas vinculadas al consumo, instrumentando estrategias de acción alternativas (Uruguay. Ministerio de Salud Pública, 2009).

Siguiendo los criterios de la guía de evaluación Russell Estándar que se aplica en estudios clínicos, fue considerado como cese en el tratamiento, cuando el paciente se mantuvo sin fumar al menos dos semanas (West, Hajek, Stead, y Stapleton, 2005).

El seguimiento fue realizado a los 6 meses de finalizar o abandonar el tratamiento. La abstinencia se corroboró con medición de Monóxido de Carbono (CO) en aire espirado con cooxímetro portátil, considerando abstinencia valores menores a 7 ppm (Jiménez Ruiz y Fagerström, 2011).

Para el análisis se presentan las variables categóricas en frecuencias absolutas y relativas porcentuales y las cuantitativas continuas con sus medidas de resumen (media, moda, mediana, desvío estándar cuando corresponda). Las variables utilizadas se agruparon en: sociodemográficas (sexo, edad, ocupación, nivel educativo), características del consumo (edad de inicio, número de cigarros diarios, grado de dependencia de acuerdo a test de Fagerstrom, enfermedad tabaco-dependiente), características del tratamiento (tipo de tratamiento recibido -con o sin medicación-, número total de consultas de seguimiento, logro o no de cese), resultados de la ENFP (puntajes total y de cada dominio) y datos del seguimiento (mantiene o no abstinencia). Para evaluar la asociación de variables categóricas se aplicó test de chi-cuadrado o test exacto de Fisher. Se consideró significativa una $p <$

0,05. Se utilizó software SPSS versión 22. Proyecto aprobado por comité de ética de la Facultad de Psicología, UdelaR.

Resultados

Participaron 28 pacientes entre 25 y 80 años, promedio de edad de 48 años (DE \pm 12,3): 16 (57%) eran mujeres. En relación al nivel educativo 14,3% tenía primaria completa y 7,1% no. En cuanto a secundaria, también el 14,3% había completado y el 50% no. 3,6% tenía nivel terciario terminado y el 10,7% no lo había completado.

Con respecto al consumo de *cigarrillos diarios fumados*, se encontró un mínimo de 10 y un máximo de 60 (DE \pm 15,9). La media fue 27 ± 16 , la moda 20 y la mediana 22,5. En cuanto al *grado de dependencia física* evaluado con el Test de Fagerström, la mayoría (46%) presentaba dependencia fuerte, 36% moderada y 18% leve. No se encontró una asociación significativa entre el grado de dependencia y la cesación.

La mitad de la población presentaba enfermedades producidas por el tabaquismo. Las enfermedades consideradas tabaco-dependientes dentro de las cardiovasculares son: cardiopatía isquémica, accidente vascular encefálico y arteriopatías. De las respiratorias, la Enfermedad Pulmonar Obstructivo Crónica (EPOC), y dentro de las oncológicas, el cáncer de pulmón, laringe, boca, esófago, garganta, vejiga, riñón, hígado, estómago, páncreas, colon y recto, cérvix o cuello uterino, así como leucemia mieloide aguda (Jiménez Ruiz y Fagerström, 2011).

Respecto al *tipo de tratamiento*, 24 (85,7%) recibieron tratamiento combinado (apoyo cognitivo conductual y fármacos). El *promedio de las consultas* a las que acudieron fue de 7,71, mínimo 2 y máximo 20 (DE \pm 4,3). La media de la *sesión en que logran el cese* fue de 4,7, con un mínimo de 2 y un máximo de 9 (DE \pm 2,2).

Al final del tratamiento, 16 de los 28 dejaron de fumar. A los 6 meses, 12 se mantenían sin fumar y 4 habían recaído. No se encontraron diferencias en el NFP entre los que

se mantienen sin fumar y los que recayeron, posiblemente debido al tamaño pequeño de la muestra ($p= 0,615$).

Para evaluar los *resultados de la ENFP* se tomó un punto de corte operacional de 4, en el que un puntaje global de la suma de los cuatro dominios fuese igual o menor de 4, se clasificó sin deficiencia o buen NFP. Puntajes de 0 y 1 en cada dominio significa sin o deficiencia leve y puntajes de 2 a 4, representan deficiencia moderada a extrema. Se observó que el total de 4 no incluyera puntajes igual o mayor de 2 (correspondiente a deficiencia moderada) en ningún dominio; no encontrándose ningún caso en esa situación. El rango del puntaje total es de 0 a 16 (el puntaje máximo de cada uno de los cuatro dominios es 4 que corresponde a deficiencia extrema).

Se encontraron valores entre 0 y 8. La mediana de los puntajes obtenidos en la escala NFP fue de 3, considerando toda la muestra y analizando por sexo.

Según cada dominio de la ENFP, se encontró que la mayoría en identidad (89%) y en autodirección (82%) tenía un nivel sin deficiencia o algo de deficiencia. En empatía 25% y en intimidad, 28,6%, presentaban deficiencia moderada.

Con respecto a la relación del NFP con la cesación, de los 16 pacientes que lograron la cesación, 14 presentaron bajos puntajes en la ENFP, correspondiente a mejor NFP. La asociación entre las dos variables es significativa ($p=0,017$). Ver tabla 2.

Tabla 2

Asociación de los resultados de la ENFP y cese al final del tratamiento y al seguimiento.

	Nivel de Funcionamiento de la			Total
	Personalidad			
	Con deficiencias	Sin o leve deficiencia		
Cese	No	7	5	12
	Si	2	14	16
Total		9	19	28
Recaída		0	4	4

A su vez, el grupo con mayor puntaje en la ENFP (funcionamiento con alteraciones) presenta un mayor riesgo para el no cese respecto al grupo con menores puntajes en la ENFP (RR= 2,96; IC 1,29-6,77). Estos resultados apoyan la hipótesis de que, si el NFP presenta alteraciones, es menos probable el logro del cese.

En relación a las *enfermedades tabaco-dependientes y cese según puntajes de la ENFP*, de 14 pacientes con enfermedades tabaco-dependientes, 8 tenían NFP sin alteraciones y 6 con alteraciones. Dejaron de fumar 7, de los cuales 6 pertenecían al grupo de los 8 sin alteraciones (con puntajes menores a 4) y sólo 1 al grupo de los 6 con alteraciones. Esto demuestra que la mayoría de los pacientes con NFP sin alteraciones logró dejar de fumar, en tanto que la mayoría de los pacientes con alteraciones en el NFP no lo logró, a pesar de padecer enfermedades tabaco-dependientes.

Por último, se analizó la *asociación entre los puntajes en cada dominio de la ENFP y*

el cese, encontrando una relación estadísticamente significativa con identidad ($p=0,023$), autodirección ($p=0,034$) y empatía ($p=0,036$).

Discusión

Los resultados de este estudio muestran que existe una relación significativa entre el NFP y la cesación, tanto al finalizar el tratamiento como en el mantenimiento de la abstinencia a los 6 meses.

Los pacientes con un funcionamiento de la personalidad sin alteración o leve alteración (valores bajos en la ENFP), tienen más probabilidad de lograr la cesación y mantenerse sin fumar. Inversamente, los que presentan algún deterioro (puntajes altos), tienen menos probabilidad de dejar de fumar. Condición que puede afectar el arduo proceso de cesación, llevando a que el tratamiento no resulte eficaz. Dejar de fumar y mantenerse abstinentes, demandan un ajuste de impulsos, emociones y cogniciones para lograr el cese y luego evitar las recaídas. Regulación imprescindible que permita superar las situaciones críticas, desencadenantes de urgencia y deseo de fumar (Perea-Baena et al., 2009). Asumiendo que el resultado en la cesación se vincula al NFP, se destaca la importancia de contar con una evaluación del funcionamiento de la personalidad.

Es interesante observar que en este estudio las tasas de éxito en cesación, están por encima de otros resultados reportados a nivel nacional (Esteves et al., 2018; Lambí et al., 2008). Uno de los factores que pudo haber influido, es un efecto no buscado, resultado de una mayor alianza terapéutica establecida por el tipo de entrevista que la escala requiere, incidiendo en mayor adhesión al tratamiento y compromiso. Algunos autores han observado que la entrevista de evaluación puede favorecer la interacción, aumentando la comprensión empática del clínico de salud mental, con un impacto significativo en la eficacia y resultado de los tratamientos (Bender et al., 2018).

Como ha sido reportado, la ausencia de estudios previos que relacionen tabaquismo con el funcionamiento de la personalidad evaluado por la ENFP (Halberstadt et al., 2021), no permite comparar y contrastar hallazgos entre estudios similares. La evidencia disponible más frecuente, es la que relaciona rasgos y trastornos de personalidad, valorados mediante clasificaciones categoriales, con el consumo de tabaco, la cesación y también con las recaídas.

En cuanto a la relación entre trastornos de personalidad y tabaquismo, estudios previos han identificado que la presencia de trastornos más graves, aumenta la dificultad para el abandono, (Fernández del Río, López-Durán, Martínez, y Becoña, 2016; Fernández et al., 2011; Perea-Baena et al., 2009; Selva Kumar, 2020). Se podría considerar que los resultados obtenidos en el presente estudio son consistentes con esas observaciones, encontrando que a mayor gravedad o perturbación, mayor dificultad para dejar. Una mayor labilidad emocional, presente en los que puntúan alto en la escala, podría dificultar el manejo de los desafíos del cese, determinando peores resultados. Aunque la ENPF no determina categorías, un peor funcionamiento de la personalidad se equipara al trastorno de personalidad.

En este punto es pertinente el planteo que fundamenta que ciertas peculiaridades psicológicas, como vulnerabilidad emocional, encuentran en el comportamiento de fumar una forma de afrontamiento que ayuda a lidiar con las cuestiones vitales, negativas así como positivas (Baddini-Martinez y de Padua, 2013).

Diversas hipótesis surgen para intentar entender por qué las personas con alteraciones en el funcionamiento de la personalidad y con psicopatología tienen mayor dificultad para dejar de fumar. La conducta de fumar actúa como una estrategia utilizada para aliviar y hacer frente a las emociones negativas (estrés, tristeza, ira, frustración). Las personas vulnerables emocionalmente o con alteraciones en el NFP, presentan mayor dificultad para controlarlas y regularlas. Al mismo tiempo, el

componente compulsivo de la conducta adictiva, altera el proceso de toma de decisión cognitivo. Por lo cual, la vulnerabilidad en el control emocional y el impulso dominante de fumar, dificultan el uso de estrategias alternativas empleadas en el tratamiento y mantenimiento de la cesación. Las estrategias propuestas, basadas en la terapia cognitiva conductual, buscan postergar el acto de fumar, evitarlo o desvincularlo de situaciones que funcionan como condicionamientos. Probablemente el NFP condicione el uso de las estrategias indicadas para controlar el deseo de fumar en el sentido de que aplicarlas requiere un esfuerzo para controlar el deseo y además no alcanzan el mismo grado de placer del acto de fumar. Es decir que por un lado requiere cierta capacidad de tolerancia a la frustración, que posibilite dilatar la satisfacción inmediata propia del fumar, y por otro, debe tolerar no alcanzar la sensación de bienestar que brinda la sustancia. Es conocida la relación entre la impulsividad y los rasgos específicos relacionados, como ser las fallas en la premeditación, en la perseverancia y la búsqueda de sensaciones, la urgencia negativa, la urgencia positiva y la sensibilidad a la recompensa con el tabaquismo (Kale, Stautz, y Cooper, 2018; Selva Kumar, 2020).

Baker, Piper, McCarthy, Majeskie, y Fiore (2004) revisan el papel del refuerzo negativo en las adicciones, planteando que la reducción del control cognitivo en la adicción, limita las opciones de respuesta ante las emociones negativas. El consumo ayuda a lidiar con los efectos desagradables de la abstinencia, pero también es una respuesta al afecto negativo en general (más allá de la abstinencia). La respuesta de consumo ante el afecto negativo surgiría por una percepción subjetiva que realza el atractivo de la sustancia y por haberle resultado eficiente en el pasado, evadiendo al control conciente. Al mismo tiempo suprime el repertorio de otras respuestas, disminuyendo la posibilidad de elegir las alternativas (Baker et al., 2004).

En este sentido, estudios que vinculan el estrés con el uso de sustancias adictivas, han demostrado que la exposición al estrés en el desarrollo temprano, determina mayor vulnerabilidad para su uso de sustancias en el futuro, y además, desde una perspectiva situacional, se constata que se fuma para paliar las situaciones bajo estrés. En ambos casos afectaría la corteza prefrontal, desregulando los circuitos de control. Esto determina respuestas basadas en lo emocional, irracionales y no planificadas ni organizadas. El estrés impacta tanto en lo situacional así como su afrontamiento en momentos posteriores, aumentando la vulnerabilidad del consumo de sustancias adictivas. (Olivar Arroyo, 2012; Torres-Berrio et al., 2018).

Esta predisposición en las personas dependientes a consumir sustancias adictivas en vez de activar respuestas asertivas y racionales (Olivar Arroyo, 2012), lleva a que el proceso de cesación, sea extremadamente estresante y demandante de los recursos personales, dada la tendencia habitual de afrontar las situaciones difíciles consumiendo.

Si se analiza el proceso de cesación considerando los mecanismos de afrontamiento, (es decir el intento de la persona de hacer frente a la situación estresante), las investigaciones encuentran que si el proceso de cese se percibe como amenazante, el afrontamiento es evitativo. En cambio si se toma como desafío, el afrontamiento es activo y favorece estrategias que modifican la situación, disminuyendo la emoción negativa de la abstinencia. (Cano et al., 2010; Selva Kumar, 2020). Es esperable que con un funcionamiento frágil de la personalidad, el reto de dejar de fumar sea percibido como una amenaza. Esa percepción determina una primera evaluación cognitiva, en la que se percibe con recursos insuficientes para tolerar un proceso demasiado demandante. Generando entonces mecanismos de afrontamiento evitativos, dirigidos a la emoción (disminuir la ansiedad, la ira, la irritabilidad) que llevan a rehuir el reto de dejar de fumar (Selva Kumar, 2020). En cambio si la situación

se percibe como desafío, conduce a un afrontamiento activo, con una percepción de autoeficacia y de contar con las habilidades necesarias para alcanzar el objetivo. Esto conlleva respuestas emocionales menos intensas y controlables, compatible con un NFP sin deficiencias.

Las capacidades necesarias para un afrontamiento adecuado de la situación de dejar de fumar, son equiparables a las características de un funcionamiento de la personalidad sin alteraciones: capacidad de controlar las emociones, motivación para conseguir resultados, tolerancia a la frustración, autodisciplina y perseverancia, así como habilidades sociales y capacidad de lograr apoyo social. Dichas características describen el nivel sin/leve deterioro de los dominios identidad, autodirección y relaciones interpersonales que evalúa la ENFP. Es decir tener un funcionamiento que permita establecer acciones dirigidas a una meta y anteponer un objetivo que supone una recompensa a largo plazo (estar saludable), que no desborde su capacidad de tolerar y regular las emociones. Implementar mecanismos saludables alternativos para el manejo de circunstancias desagradables (de estrés, preocupación, etc.), así como para momentos de disfrute, placer y bienestar, ambas situaciones fuertemente asociadas al fumar.

Otro hallazgo importante es la asociación encontrada entre los dominios identidad, autodirección y empatía de la ENFP con la cesación. El dominio identidad comprende el sentido de sí mismo y su cohesión, la capacidad de tolerar y regular estados del self, de autorreflexión y la autovaloración. Un nivel integrado del mismo permitiría tolerar la frustración implícita en la cesación manteniendo la estabilidad emocional con un control adecuado del afecto negativo. Así mismo, un nivel adecuado de autoestima favorece la sensación de autoeficacia, tolerando los sentimientos de fracaso ante las dificultades propias del proceso de cesación y mantenimiento de abstinencia.

En cuanto al dominio autodirección, es razonable su relación con los resultados en el proceso de cesación. La capacidad de autorregularse para la consecución de objetivos a corto y largo plazo, a partir de evaluación realista de las capacidades personales concuerda con la posibilidad de lograr el éxito en el logro de cesación. Un adecuado nivel reflejaría la disposición para cumplir con el tratamiento, posponiendo el beneficio inmediato, para el logro de una ganancia futura (mejorar la salud, sentirse libre, etc.), de acuerdo a la capacidad de establecer metas realistas.

En relación a la empatía, podría favorecer un adecuado relacionamiento entre paciente y el equipo de salud, promoviendo un buen clima terapéutico. La apreciación por parte del paciente de la relación de ayuda, reconociendo el apoyo brindado, podría favorecer su compromiso con el tratamiento. Facilitando, además, la aceptación de recomendaciones ofrecidas y con expectativas realistas sobre la ayuda esperada. En cambio, si la empatía está afectada, puede distorsionar las expectativas de los pacientes, estimando como insuficientes las estrategias de apoyo o considerando las exigencias propias del proceso de cese como desconsideradas o excesivas para sus posibilidades.

Por el contrario, no se encontró asociación estadísticamente significativa con el dominio intimidad. Se esperaría que la capacidad de conexión y relación recíproca con otros fuese sustancial tanto en el tratamiento como en el mantenimiento de la abstinencia. Por un lado, favoreciendo el tratamiento, promoviendo la confianza y cooperación, y por otro, actuando como factor protector, evitando la recaída. Estos resultados resultan contradictorios con la evidencia que el apoyo social es un factor protector para el cese y el mantenimiento (Fiore et al., 2008; Jiménez Ruiz y Fagerström, 2011). Una hipótesis tentativa es que haya subestimación del investigador al indagar vínculos significativos, existiendo discrepancia con lo percibido por el paciente.

En síntesis, los dominios que se relacionan con la posibilidad de dejar de fumar son: identidad, autodirección y empatía. No obstante, resultó inesperado la no asociación con el dominio intimidad. Es posible que un futuro estudio con una muestra teórica, intencional, heterogénea, con mayor número de casos, brinde datos más certeros para poder analizar y sacar nuevas conclusiones al respecto.

Con respecto a esto, la investigación reciente en base al cuestionario reducido autoadministrado da la oportunidad de nuevas vías para profundizar este estudio, posibilitando ampliar el tamaño de la muestra. La simplificación de la aplicación pasando de una entrevista a un cuestionario autoadministrado, facilitaría el proceso de recolección de datos (Morey, 2017).

Los resultados sobre grado de dependencia no son consistentes con que la evidencia sostiene (Jiménez Ruiz y Fagerström, 2011; Llambí et al., 2008), dado que en la muestra estudiada no se encontró una asociación significativa entre menor grado de dependencia y logro de la cesación. Por el contrario, se observa que los pacientes que dejan de fumar en su mayoría tienen dependencia fuerte, pero también, un mejor funcionamiento de personalidad. Se podría plantear que el NFP sea una variable que podría moderar la relación entre la variable independiente, es decir el grado de dependencia, y la dependiente, correspondiente a cesación. Estos resultados podrían sugerir que un mejor funcionamiento de la personalidad, actuaría como fortaleza, que compensa el obstáculo que representa la dependencia fuerte en la cesación.

Los resultados también son consistentes con respecto a la incidencia que el NFP puede tener en el cuidado de la salud. Considerando la variable enfermedades tabaco-dependientes, en su mayoría los pacientes que dejaron de fumar tenían un NFP sano, y solo una minoría de los que tenían NFP con alteraciones. Se ha demostrado que la presencia de las mismas, así como presentar síntomas físicos o el deseo de prevenir enfermedades, ofician como importantes motivadores para dejar de fumar (Samarin et

al., 2014). El Modelo de Creencias sobre la Salud, permite una explicación posible para estos resultados (Moreno y Gil, 2003). De acuerdo a este modelo, las personas cambian sus comportamientos por diversas razones. Por un lado, estar motivados y contar con información relevante para su salud, por otro, considerar la condición o enfermedad como amenazante para su integridad, y por último, percibir que la puesta en práctica de la conducta saludable no conlleva dificultades. Este último aspecto es fundamental en la población del estudio. En las personas con dificultades en el funcionamiento de la personalidad, el tabaquismo juega un rol muy importante en el alivio del afecto negativo (Selva Kumar, 2020). La percepción de baja eficacia para lidiar con los afectos negativos tanto de la abstinencia como de la vida misma, es uno de los obstáculos principales para dejar de fumar. La estimación subjetiva que un fumador hace del costo físico y emocional del proceso de dejar de fumar (por los cambios en el estilo de vida y por el propio síndrome de abstinencia), contrarrestaría la percepción del daño producido por la conducta de fumar. En el caso de los pacientes con alteraciones en el NFP, las dificultades en la regulación de las emociones negativas (dominio identidad), las fallas la capacidad de planificar y logra metas (dominio autodirección) y posibles distorsiones en las expectativas de la relación de ayuda y relaciones interpersonales conflictivas (dominio empatía), podrían aumentar la vulnerabilidad percibida para lograr el cambio.

En suma, los pacientes sin alteración o leve alteración en el funcionamiento de la personalidad estarían en mejores condiciones para lograr dejar de fumar y mantenerse abstinentes. En cambio, los pacientes con alteraciones, presentarían mayor vulnerabilidad para afrontar el cese y el mantenimiento. Un NFP sin alteraciones funcionaría como un factor protector ante el desafío de dejar de fumar.

Resulta útil disponer de herramientas como la ENFP para una evaluación inicial que ayude a establecer tratamientos eficaces que se ajusten a las características

individuales. El instrumento utilizado ofrece una opción novedosa para considerar las particularidades del funcionamiento de la personalidad, desde una perspectiva dimensional. Podría ser de utilidad clínica permitiendo predecir resultados del tratamiento, así como orientar estrategias de abordaje individualizado. Es importante señalar que si bien la entrevista para aplicar dicha escala requiere un tiempo prolongado y profesionales especializados, existe acuerdo en que al mismo tiempo que permite el diagnóstico, orienta sobre las necesidades terapéuticas (Esbec y Echeburúa, 2014).

A pesar de las preocupaciones iniciales sobre las complicaciones de su utilización por los clínicos, los estudios demostraron la facilidad de su aplicación con poca capacitación y su confiabilidad y eficiencia (Bender et al., 2018).

Una limitación o debilidad del estudio es el muestreo pequeño y no probabilístico realizado, que podría limitar la generalización de los resultados a poblaciones más diversas. De todas formas, los pacientes tenían características diversas y en definitiva se trató de una primera aproximación a la aplicación de una herramienta, siendo necesario estudios que contemplen una muestra mayor para profundizar estos hallazgos y extrapolar los resultados a la población.

Referencias

- Abascal, W., Esteves, E., Goja, B., González, F., Lorenzo, A., y Sica, A. (2013). Impacto de las políticas de control de tabaco en el Uruguay. 2006-2009. *Archivos de Medicina Interna*, 35, 1–16. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1688-423X2013000400001#12
- American Psychiatric Association. (2014a). Escala del nivel del funcionamiento de la personalidad (ENFP). In *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos*

- Mentales, DSM-5* (5a ed.). Buenos Aires-Bogotá-Caracas-Madrid-México-Porto Alegre: Panamericana.
- American Psychiatric Association (Ed.). (2014b). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5* (5th ed.). Panamericana.
- Bach, B., Sellbom, M., Kongerslev, M., Simonsen, E., Krueger, R., y Mulder, R. (2017). Deriving ICD-11 personality disorder domains from dsm-5 traits: initial attempt to harmonize two diagnostic systems. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(1), 108–117.
- Baddini-Martinez, J., y de Padua, A. I. (2013). Can an index of smokers' emotional status predict the chances of success in attempts to quit smoking? *Medical Hypotheses*, 80(6), 722–725. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2013.02.020>
- Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R., y Fiore, M. C. (2004). Addiction Motivation Reformulated: An Affective Processing Model of Negative Reinforcement. *Psychological Review*, 111(1), 33–51. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.111.1.33>
- Balbé, M., y Gual, A. (2012). Guía de intervención clínica en el consumo de tabaco en pacientes con trastorno mental. In Departament de Salut. Generalitat de Catalunya (Ed.), *Instituto catalán de oncología*. Recuperado de <https://www.xhsf.cat/docs/460-Guia Tabac int cast.pdf>
- Becoña, E. (2004). Monografía tabaco. *Adicciones: Revista de Sociodrogalcohol*, 16(2).
- Becoña, E., Cortés, M., Pérez, E., Pedrero, J., Fernández, J., Fernández, L., ... Gradolí, V. (2008). *Guía Clínica De Intervención Psicológica En Adicciones* (Sociodrogalcohol, Ed.). Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/GuiaClinicaIntPsicologica.pdf>

- Bender, D. S., Zimmermann, J., y Huprich, S. K. (2018). Introduction to the Special Series on the Personality Functioning Component of the Alternative DSM–5 Model for Personality Disorders. *Journal of Personality Assessment*, 100(6), 565–570. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1491856>
- Bernardi, R. (2016). *Diagnóstico del nivel de funcionamiento mental*. Recuperado de <https://ricardobernardiblog.files.wordpress.com/2016/11/bernardi-diagnoc3b3stico-del-nivel-de-funcionamiento-mental-2016.pdf>
- Cano, A., Camuñas, N., Iruarrizaga, I., Dongil, E., y Wood, C. (2010). Valoración, afrontamiento y ansiedad a la hora de dejar de fumar. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), 413–433.
- Castillo-Tamayo, R., y Arias-Zamora, H. (2017). La evaluación de la identidad en el DSM-5. Una propuesta que está pasando inadvertida. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 55(1), 36–43. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272017000100005>
- Drope, J., Shluger, N., Cahn, Z., Drope, J., Hamill, S., Islami, F., ... Stoklosa, M. (2018). *The Tobacco Atlas* (6a ed) (N. S. Jeffrey Drope, Ed.). Recuperado de <https://files.tobaccoatlas.org/wp-content/uploads/pdf/uruguay-country-facts-en.pdf>
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: Recursos y limitaciones Assessment of personality disorders according to DSM-5: Available instruments and limitations. *Terapia Psicológica*, 32, 255–264. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082014000300008>
- Esteves, E., Saona, G., Baldizzoni, M., Wald, I., y Rey, N. (2018). Evaluation of a national tobacco dependence treatment program in Uruguay 2017. *Tobacco Induced Diseases* 16(1). <https://doi.org/10.18332/tid/83892>

- Fernández, A. (2011). *La tipología del fumador como determinante de las opciones terapéuticas para dejar de fumar: estudio analítico del cuestionario "Reasons for smoking scale."* [Tesis doctoral Universidad Complutense de Madrid]. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/id/eprint/12395/1/T32717.pdf>
- Fernández del Río, E., López-Durán, A., Martínez, Ú., y Becoña, E. (2016). Personality disorders and smoking in Spanish general and clinical population. *Psicothema*, 28(3), 278–283. <https://doi.org/10.7334/psicothema2015.292>
- Fernández, E., y Becoña, E. (2010). Trastornos de personalidad en fumadores: una revisión. *Revista Adicciones*, 22(2), 155–172. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289122889012.pdf>
- Fernández, E., López, A., y Becoña, E. (2011). El tratamiento psicológico de la adicción al tabaco en fumadores con trastornos de la personalidad. *Papeles Del Psicólogo*, 32(2), 175–185.
- Fiore, M., Jaen, C., Baker, T., Bailey, W., Bennett, G., Benowitz, N., ... Goldstein, M. (2008). *Treating tobacco use and dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- González, F., y Barbero, M. (2020). *El control del tabaco en Uruguay en perspectiva histórica* (Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular y Uruguay Ministerio de Salud Pública, Eds.). Recuperado de http://cardiosalud.org/wp-content/uploads/2020/02/El_control_del_tabaco_en_Uruguay_web_final.pdf
- Halberstadt, A., Skrynski, C., Wright, A., y Creswell, K. (2021). Predicting smoking and nicotine dependence from the DSM-5 Alternative Model for Personality Pathology. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/per0000487>
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., y Fagerstrom, K.-O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström

- Tolerance Questionnaire. *Addiction*, 86(9), 1119–1127.
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>
- Jiménez Ruiz, C., y Fagerström, K. (Eds.). (2011). *Tratado de tabaquismo* (3a ed.). Madrid: Aula Médica.
- Kale, D., Stautz, K., y Cooper, A. (2018). Impulsivity related personality traits and cigarette smoking in adults: A meta-analysis using the UPPS-P model of impulsivity and reward sensitivity. *Drug and Alcohol Dependence*, 185, 149–167. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.01.003>.
- Llambí, L., Esteves, E., Blanco, M. L., Barros, M., Parodi, C., y Goja, B. (2008). Factores predictores de éxito en el tratamiento del tabaquismo. *Revista Médica del Uruguay*, 24(2), 83–93.
- Moreno, E., y Gil, J. (2003). El modelo de Creencias de Salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 3(1), 91–109.
- Morey, L. (2017). Development and initial evaluation of a self-report form of the DSM-5 Level 1 personality disorders and smoking in Spanish general and clinical population. *Psicothema*, 28(3), 278–283. <https://doi.org/10.7334/psicothema2015.292>
- Munafò, M. R., Zetteler, J. I., y Clark, T. G. (2007). Personality and smoking status: a meta-analysis. *Nicotine y Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 9(3), 405–413.
<https://doi.org/10.1080/14622200701188851>
- Olivar Arroyo, Á. (2012). Aplicaciones de la neurociencia de las adicciones en los modelos preventivos. *Trastornos Adictivos*, 13(1), 20–26.

- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Convenio marco de la OMS para el control del tabaco*. Recuperado de <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243591010.pdf?ua=1>
- Perea-Baena, J. M., Oña-Compán, S., y Ortiz-Tallo, M. (2009). Diferencias de rasgos clínicos de personalidad en el mantenimiento de la abstinencia y recaídas en tratamiento del tabaquismo. *Psicothema*, 21(1), 39-44. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72711818007>
- Rey, P. C. (2019). Trastornos mentales severos y tabaquismo. *Psiquiatría.com*, 23. Recuperado de https://psiquiatria.com/trabajos/usr_9467460934241.pdf
- Samarin, E. O., Gómez, B. M., Villalobos, A. U., Botello, M., Olgúin, J. R., y López de Castro, F. (2014). Métodos empleados y motivos para dejar de fumar de los exfumadores. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(2), 89–95. <https://doi.org/10.4321/S1699-695X2014000200002>
- Schlam, T. R., Fiore, M. C., Smith, S. S., Fraser, D., Bolt, D. M., Collins, L. M., ... Baker, T. B. (2016). Comparative effectiveness of intervention components for producing long-term abstinence from smoking: a factorial screening experiment. *Addiction*, 111(1), 142–155. <https://doi.org/10.0.4.87/add.13153>
- Selva Kumar, D. (2020). The impact of coping with stressful events on negative affect and cravings among smokers with mood disorders. *ETD Collection for Fordham University*. Recuperado de <https://research.library.fordham.edu/dissertations/AAI28030589>
- Serebrisky, D. (2012). Tabaquismo en pacientes psiquiátricos: epidemia ignorada. In D. Serebrisky y F. Muller (Eds.), *Tabaquismo y Enfermedad Psiquiátrica. Herramientas para la acción* (pp. 67–80). Buenos Aires: Editorial ScienS.
- Terracciano, A., y Costa, P. (2004). Smoking and the Five-Factor Model of Personality. *Addiction*, 99(4), 472–481.

- Torres-Berrio, A., Cuesta, S., Lopez-Guzman, S., y Nava-Mesa, M. O. (2018). Interaction between stress and addiction: Contributions from Latin-American neuroscience. *Frontiers in Psychology*, 9(DEC), 1–17. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02639>
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. (2009). *Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo*. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Gu%C3%ADa%20Nacional%20para%20el%20Abordaje%20del%20Tabaquismo..pdf>
- Uruguay. Ministerio de Salud. (2019). *Morbilidad por Enfermedades No Transmisibles*. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/morbilidad-enfermedades-transmisibles-uruguay-diciembre-2019>
- Waugh, M., Hopwood, C., Krueger, R., Morey, L., Pincus, A., y Wright, A. (2017). Psychological assessment with the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders: tradition and innovation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 48(2), 79–89. <https://doi.org/10.1037/pro0000071>
- West, R., Hajek, P., Stead, L., y Stapleton, J. (2005). Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction*, 100(3), 299–303.

Declaración de contribución de los/las autores/as

MB y RB: Conceptualización: formulación del alcance de objetivos de estudio. Indagación del instrumento de evaluación a utilizar MB: Administración del proyecto, Responsable del manejo y coordinación de la ejecución y planeamiento de las actividades de investigación. MB y LLI: Diseño metodológico, análisis estadístico. MB, LLI, CP, VN, MM y VG: Recolección de datos (variables sociodemográficas,

características de consumo, características del tratamiento, datos del seguimiento. MB: Preparación y creación del borrador inicial. MB, LLI, CP, VN, MM, VG y RB: discusión de los resultados y contribución a la versión final del manuscrito. MB, LLI, CP y RB: Preparación, revisión crítica y comentarios del manuscrito. Todos los autores contribuyeron a la implementación de la investigación, la discusión de resultados y contribuyeron a la escritura del manuscrito.

Editor/a de sección

La editora de sección de este artículo fue Pilar Bacci.

ORCID ID: 0000-0002-6611-1905

Formato de citación

Barros, M., Llambí, L., Parodi, C., Núñez, V., Minacapilli, M., González, V. y Bernardi, R. (2021). Evaluación de la personalidad y resultados en cesación tabáquica. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 11(3), 7-39. doi: <http://dx.doi.org/10.26864/PCS.v11.n3.1>
