**Evaluación de la personalidad y resultados en cesación tabáquica**

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. METODOLOGIA: 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 (± 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 he 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. A less alterations in the LPF, 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.

**Key words:** smoking, level of personality functioning, cessation

RESUMO

INTRODUÇÃO: Os resultados da cessação do tabaco são insatisfatórios, o menos de 30% ao ano após o término do tratamento. Não tem 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 5ed. 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 (± 12,3). 16 dos 28 conseguirem cesar, 14 deles tiveram escores baixos do ENFP, correspondendo num melhor NFP. Quanto menos alterações no NFP, maior cessação ao final do tratamento. Em relação os domínios, foi encontrada associação com identidade, autodireção e empatia com cessação mais não e 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

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es un importante problema de salud en Uruguay y en el mundo, siendo la primera causa de muerte evitable. En Uruguay se estima que el 14,8% del total de las muertes anuales son debidas al tabaco, determinando que 13 personas por día mueren por esta causa (Sandoya & Bianco, 2011).

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 con el fin de disminuir la demanda de tabaco (González & Barbero, 2020).

Como resultado a la implementación de estas medidas, la prevalencia de fumadores disminuyó de 32,7% en 2006 a 21,6% según la última encuesta realizada en 2017 (Dirección General de la Salud. División Epidemiología, 2006; *GATS Uruguay 2017 (Global Adult Tobacco Survey*, 2019). A pesar de las variaciones en los diseños de las muestras y las metodologías de las diferentes encuestas de ese período, los datos son considerados relevantes (González & Barbero, 2020).

A nivel internacional, los resultados en cesación, son todavía insatisfactorios. Los porcentajes reportados, están entre el 15 y 50%, y estas cifras descienden a menos de 30% al año de finalizado el tratamiento (Schlam et al., 2016).

En nuestro país, a pesar de las medidas implementadas, la cesación alcanza aún porcentajes bajos. En 2008, un estudio de la Unidad de Tabaquismo del Hospital de Clínicas, muestra un 35% de cesación al año de finalizado del 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, & Rey, 2018).

El problema del tabaquismo involucra aspectos económicos, legales, políticos, sociales y sanitarios. Si bien hay importantes avances por los efectos de medidas políticas y sociales, resulta esencial comprender factores psicológicos involucrados en el proceso de 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.

El consumo de nicotina está determinado por un lado por la necesidad fisiológica y también por sus efectos a nivel psicológico, pudiendo utilizarse para paliar dificultades personales o síntomas psicopatológicos. La nicotina actúa tanto como estimulante (ej., cansancio, falta de concentración, etc.) como tranquilizante (ej., estrés, ansiedad, etc.). Al activar el sistema de neurotransmisión que produce la descarga de dopamina, provoca efectos placenteros, mejorando el ánimo y la concentración. Este mecanismo se conoce como **refuerzo positivo**, que juega un rol fundamental en la adicción com doenças dependentes. La nicotina sirve como estímulo que refuerza la conducta. La persona se gratifica con los efectos placenteros y los asociará con el fumar en el futuro, en un proceso denominado **circuito de recompensa**.

A su vez, cuando la concentración de nicotina desciende, se activa el sistema noradrenérgico, produciendo malestar, que activa el deseo compulsivo de volver a consumir nicotina. Su vida media corta en el organismo (dos horas aprox.), provoca que el fumador consuma varias veces al día, generándose un circuito en el que se fuma para evitar o aliviar el malestar de la abstinencia, circuito conocido como de **refuerzo negativo**. Se fuma para que no aparezcan los efectos displacenteros. (Jiménez Ruiz & 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, mecanismos de afrontamiento, factores predictores de cese y psicopatología. 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.

En relación *al estrés,* las investigaciones muestran como incide tanto en la propia situación, así como en el desarrollo temprano. La exposición al estrés afecta en lo situacional, determinando que la persona fume para aliviarlo. Por otro lado la exposición al estrés en el desarrollo temprano, determina mayor vulnerabilidad para el uso de sustancias adictivas en el futuro. En ambos casos afecta 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).

En lo referente a los mecanismos de afrontamiento, una investigación revela que si la situación de cesación se vive como amenazante, el afrontamiento es evitativo. La percepción de no tener recursos ni habilidades para manejar la situación, genera ansiedad. En cambio si la situación de cese se ve como un desafío, el afrontamiento es activo y favorece estrategias que modifican la situación, disminuyendo la emoción negativa de la abstinencia. (Cano, Camuñas, Iruarrizaga, Dongil, & Wood, 2010).

En cuanto a variables asociadas con el cese, los estudios encuentran que una escasa motivación, mayor grado de dependencia, antecedentes de depresión y varios intentos previos de cese y recaídas, resultan predictores de fracaso. (Esteves et al., 2018; Llambí et al., 2008).

Relacionando el logro de cesación con *el estado emocional*, Baddini y cols. (Baddini-Martinez & de Padua, 2013), encontraron que estar mejor preparados para enfrentar los desafíos cotidianos sin recurrir al consumo de cigarrillos, aumentaba la chance de éxito. Entendiendo la conducta de fumar como un “afrontamiento” que ayuda a lidiar con las cuestiones vitales (negativas y positivas), proporcionando placer y relajación.

Por otra parte, una considerable literatura científica ha abordado la *asociación de trastornos psiquiátricos con tabaquismo.* El estudio de la frecuente relación entre el tabaquismo (entre otras adicciones) con ansiedad, depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia a llevado a plantear factores genéticos comunes, determinando una vulnerabilidad tanto para el tabaquismo, como para los trastornos psiquiátricos (Serebrisky, 2012).

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 & Becoña, 2010). Perea y cols. hallaron que aquellos con rasgos evitativos, pasivo agresivos y autodestructivos, tienen mas probabilidad de 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, aquellos con un patrón dependiente obtuvieron 100% de éxito. Concluyendo que ciertos rasgos podrían funcionar como factores de riesgo para la recaída y otros mejorando las chances de cese (Perea-baena, Oña-compan, Ortiz-tallo, & Ortiz-tallo, 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%. Es necesario estudiar con mayor profundidad esta relación para mejorar la eficacia en el abordaje (Fernández, López, & Becoña, 2011), así como entender la personalidad desde una perspectiva dimensional y no limitada a la patología.

Diversos estudios que se enfocan en la relación entre *tabaquismo y características de personalidad*, observan y analizan la personalidad basados en el modelo anglosajón de Eysenck. Revelan la asociación del tabaquismo con los siguientes rasgos: neuroticismo, extroversión, impulsividad, búsqueda de placer y compulsividad. Un metaanálisis encontró que el 50% de los trabajos, relaciona el ser fumador con extraversión y el otro 50% con neuroticismo (Munafò, Zetteler, & Clark, 2007).

Dado que el modelo de Eysenck es poco aplicado en nuestro medio, no se conocen estudios en los que haya sido utilizado para examinar pacientes fumadores.

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 (Fernández et al., 2011). Una perspectiva dimensional podría contribuir el 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, 2014) es una herramienta útil que permite estimar el funcionamiento de la personalidad, evaluando como la persona afronta su vida y sus relaciones (Bender, Zimmermann, & Huprich, 2018; Bernardi, 2016). Probablemente debido a su reciente elaboración y difusión, son escasos los estudios en los que ha sido aplicada, no encontrándose especificamente su empleo en población de fumadores.

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 (World Health Organization, 2018). 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, no en la suma de síntomas, sino mediante una evaluación dimensional y dinámica. Resultando de mayor utilidad para el diagnóstico, el pronóstico así como la planificación de estrategias y evaluación de resultados de tratamiento.

Concomitante a esta reformulación, el Comité de trabajo, propone la elaboración de la ENFP con el fin de entender las características del paciente desde una comprensión dimensional que permite calificar el Nivel de Funcionamiento de la Personalidad (NFP) en un continuo (American Psychiatric Association, 2014; Bender et al., 2018). La ENFP consideran niveles de intensidad y funcionalidad, sin fronteras entre lo normal y lo patológico. Refleja el funcionamiento de la personalidad considerándolo diferentes dominios, por un lado en relación consigo mismo, evaluando la integración de la identidad y la autodirección, y por otro, en relación al funcionamiento interpersonal, que contempla la 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 surge a partir de una amplia revisión de teorías de personalidad y de escalas y evaluaciones sobre organización de la personalidad, apego, calidad de las relaciones objetales y funcionamiento reflexivo. 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 la cesación en tabaquismo, permite predecir resultados y orientar estrategias de intervención personalizadas, dado que los pacientes con mejor NFP tienen mayor probabilidad de lograr la abstinencia. Analizar el funcionamiento de las dimensiones que conforman el NFP proporciona mayor 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 y asistieron al menos a una segunda consulta. 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 propias de la realidad hospitalaria. Muchos de los pacientes no asistían a las entrevistas planificadas por dificultades socioeconómicas entre otras razones. Otros pacientes no fueron captados para el estudio, por la no participación del investigador a todas las consultas en ese período.

Se usó el test de Fagerström para medir el grado de dependencia física a la nicotina.

Para evaluar el funcionamiento de personalidad se seleccionó la ENFP. La escala explora diferentes indicadores a través de descripciones clínicas definidos para cada puntaje en cada dominio. No delimita un punto de corte, de acuerdo a su característica dimensional, 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).

Se elaboró una guía con preguntas previas con el fin de orientar la exploración de los dominios a través de una entrevista semiestructurada. Por ejemplo, para evaluar Identidad se exploró la capacidad de percibirse con cohesión, de autorreflexión, sentido de autonomía, estabilidad en sus roles, autoestima, así como la posibilidad de percibir y regular emociones e impulsos, etc. 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 habitual. 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.

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 mantuvo sin fumar al menos dos semanas (West, Hajek, Stead, & 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 coxímetro portátil, considerando abstinencia valores menores a 8 ppm.

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).

Para evaluar la asociación de variables categóricas se aplicó test de chi-cuadradoo 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 ± 12,3): 16 (57%) eran mujeres; la mayoría con pareja estable.

Con respecto al consumo de *cigarrillos diarios fumados***,** se encontró un mínimo de 10 y un máximo de 60 (DE ± 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 (*enfermedades tabaco-dependientes)*.

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 ± 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 ± 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%) tenían un nivel sin deficiencia o algo de deficiencia. En empatía 25% y en intimidad, 28,6%

*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 1.

**Tabla 1**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nivel de Funcionamiento de la Personalidad |  Total |
| 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 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*, encontrándose 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 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; Llambí et al., 2008). Uno de los factores que pudo haber influído, 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).

Entrando en el tema de la relación del tabaquismo con aspectos psicológicos, los estudios han reportado la relación entre psicopatología y la presencia de tabaquismo por un lado (Jiménez Ruiz & Fagerström, 2011) y las dificultades para el cese por otro (Baddini-Martinez & de Padua, 2013; Llambí et al., 2008).

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 (Fiore et al., 2008; Llambí et al., 2008).

Si bien no se pueden comparar y contrastar hallazgos con estudios similares que evalúen el funcionamiento de la personalidad con la ENPF, existe evidencia 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, (Perea-baena et al., 2009). 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 podría equipararse 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 afrontar la vida (Baddini-Martinez & 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 requieren 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. Baker y cols. (Baker, Piper, McCarthy, Majeskie, & 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.

De igual forma, la perspectiva anteriormente mencionada, sobre vulnerabilidad al estrés, también sugiere la predisposición en las personas dependientes a consumir sustancias adictivas en vez de activar respuestas asertivas y racionales (Olivar Arroyo, 2012). A esto se agrega que siendo el propio proceso de cesación algo muy estresante y demandante de los recursos personales, su afrontamiento estaría determinado por la forma habitual de resolver estas situaciones.

En cuanto a la relación entre afrontamiento y ansiedad a la hora de dejar de fumar (Cano et al., 2010), 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. Generándose entonces mecanismos de afrontamiento evitativos, dirigidos a la emoción (disminuir la ansiedad) que llevan a rehuir el reto de dejar de fumar. 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 para el manejo tanto de situaciones desagradables (de estrés, preocupación, etc.), así como disfrutar de situaciones de placer y bienestar en las que el cigarro está fuertemente asociado.

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 implícito en la cesación manteniendo la estabilidad emocional con un control adecuado del afecto negativo, en íntima relación con las adicciones como mencionan los estudios.

En cuanto a la autodirección, dado que integra la capacidad de darle un sentido a la vida y autorregularse para la consecución de objetivos a corto y largo plazo, es evidente su relación con el proceso y mantenimiento del cese. 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 y realistas.

Por otra parte, es clara la relación con la capacidad de empatía, dado que un vínculo adecuado con el equipo, incide en la adhesión al tratamiento. Apreciar la relación de ayuda favorece el compromiso del paciente, facilita la aceptación de las recomendaciones ofrecidas y permite que las expectativas se ajusten al apoyo recibido. En cambio, si está afectada, podría distorsionar las expectativas, estimando insuficientes las estrategias de apoyo y el apoyo brindado por los profesionales.

Por el contrario, no se encontró asociación 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 una lado, favoreciendo el tratamiento, promoviendo la confianza y cooperación, y por otro, actuando como factores protector, evitando la recaída. Estos resultados resultan contradictorios con la la evidencia que el apoyo social es un factor protector para el cese y el mantenimiento (Fiore et al., 2008; Jiménez Ruiz & Fagerström, 2011).

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 representativa, brinde datos más certeros para poder analizar y sacar nuevas conclusiones al respecto.

Los resultados sobre grado de dependencia no son consistentes con que la evidencia sostiene (Jiménez Ruiz & 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).

En suma, los pacientes sin 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 la superioridad de dicho método por sobre los cuestionarios (Esbec & 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).

Este estudio es una primera aproximación al uso de la ENFP, siendo su principal limitación el tamaño y tipo de muestra, siendo necesario estudios que contemplen una muestra mayor para profundizar estos hallazgos y extrapolar los resultados a la población.

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2014). 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: Editorial Panamericana.

Bach, B., Sellbom, M., Kongerslev, M., Simonsen, E., Krueger, R., & 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., & 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. Recuperado de: https://doi.org/10.1016/j.mehy.2013.02.020

Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R., & Fiore, M. C. (2004). Addiction Motivation Reformulated: An Affective Processing Model of Negative Reinforcement. *Psychological Review*, *111*(1), 33–51. Recuperado de: https://doi.org/10.1037/0033-295X.111.1.33

Bender, D. S., Zimmermann, J., & 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. Recuperado de: 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., & Wood, C. (2010). Valoración, afrontamiento y ansiedad a la hora de dejar de fumar. *Revista Española de Drogodependencias*, *35*(3), 413–433.

Dirección General de la Salud. División Epidemiología. (2006). *1a Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles*. Recuperado de: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\_adjuntos/1er\_enfrecnt\_2006\_1.pdf

Esbec, E., & 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 Psicologica*, *32*, 255–264. Recuperado de: https://doi.org/10.4067/S0718-48082014000300008

Esteves, E., Saona, G., Baldizzoni, M., Wald, I., & Rey, N. (2018). Evaluation of a national tobacco dependence treatment program in Uruguay 2017. *17th World Conference on Tobacco or Healt. WCTOH Secretariat*. Recuperado de: http://www.tobaccoinduceddiseases.org/Evaluation-of-a-national-tobacco-dependence-treatment-program-in-Uruguay-2017,83892,0,2.html

Fernández, E., & Becoña, E. (2010). Trastornos de personalidad en fumadores: una revisión Personality disorders in smokers: a review. *Revista Adicciones*, *22*(2), 155–172. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122889012%5CnC�mo

Fernández, E., López, A., & 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 dependece: 2008 Update. Clinical Practice Guideline*. Rockville.

Ministerio de Salud, Instituto de Estadística, Pan American Pan American Health Organization, World Health Organization*. (2019) GATS Uruguay 2017 (Global Adult Tobacco Survey*.

González, F., & Barbero, M. (2020). *El control del tabaco en Uruguay en perspectiva histórica* (Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular & 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

Jiménez Ruiz, C., & Fagerström, K. (2011). *Tratado de tabaquismo.* (3a ed.; Jiménez Ruiz C. & K. Fagerstrom, Eds.). Madrid: Aula Médica.

Llambí, L., Esteves, E., Blanco, M. L., Barros, M., Parodi, C., & Goja, B. (2008). Factores predictores de éxito en el tratamiento del tabaquismo. *Revista Médica Del Uruguay* , *24*(2), 83–93.

Munafò, M. R., Zetteler, J. I., & Clark, T. G. (2007). Personality and smoking status: a meta-analysis. *Nicotine & Tobacco Research : Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, *9*(3), 405–413. Recuperado de: 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-compan, S., Ortiz-tallo, M., & Ortiz-tallo, S. O. M. (2009). *Diferencias de rasgos clínicos de personalidad en el mantenimiento de la abstinencia y recaídas en tratamiento del tabaquismo*.

Samarin, E. O., Gómez, B. M., Villalobos, A. U., Botello, M., Olguín, J. R., & 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. Recuperado de: https://doi.org/10.4321/S1699-695X2014000200002

Sandoya, E., & Bianco, E. (2011). Mortalidad por tabaquismo y por humo de segunda mano en Uruguay. *Revista Uruguaya de Cardiología*, *26*, 201–206. Recuperado de: http://suc.org.uy/revista/v26n3/pdf/rcv26n3-sandoya-mortalidad.pdf

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. Recuperado de: http://10.0.4.87/add.13153

Serebrisky, D. (2012). Tabaquismo en pacientes psiquiátricos: epidemia ignorada. In D. Serebrisky & F. Muller (Eds.), *Tabaquismo y Enfermedad Psiquiátrica. Herramientas para la acción* (Primera ed, pp. 67–80). Buenos Aires: Editorial Sciens.

West, R., Hajek, P., Stead, L., & Stapleton, J. (2005). Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction*, *100*(3), 299–303.

World Health Organization. (2018). CIE-11 Clasificación Internacional de Enfermedades. 11a revisión.