



## **Relación entre el funcionamiento de la personalidad y la cesación tabáquica**

Lic. Psic. Mary Barros

Maestría en Psicología Clínica  
Facultad de Psicología  
Universidad de la República

Montevideo, 2018



**Relación entre el funcionamiento de la personalidad y la cesación tabáquica**

Lic. Psic. Mary Barros

Tesis de Maestría

Director de Tesis: Prof. Dr. Ricardo Bernardi

Directora Académica: Denisse Dogmanas

Montevideo, 2018

## **Dedicatoria**

Dedico esta tesis a todos aquellos que creyeron en mí. Aquellos que en cada paso que di a lo largo de mi vida y desde muy temprano, apostaron a que podía lograr superarme sin rendirme.

A mis maestras, profesores, líderes de grupos juveniles. A mis amigas psi y a mis amigas-compañeras en tabaquismo. Y por supuesto a mi familia. A todos ellos les dedico esta tesis.

## **Agradecimientos**

A Ricardo Bernardi, que más que el tutor de esta tesis, ha sido un incansable mentor promoviendo la búsqueda de evidencias a cuestiones de la clínica. Estimulando la reflexión y el pasar a la acción ante hipótesis y preguntas que surgen. Impulsando la investigación como parte fundamental de la práctica profesional (-“De eso te encargas tú”). Y esencialmente por considerar, reconocer y valorar ideas, preguntas y aportes de otros, cualquiera sea su lugar de saber, cosa que saben hacer los muy sabios.

A l@s compañer@s-amig@s de ruta en el tema tabaquismo, porque el recorrido hecho no solo fue de desafíos, logros y aprendizajes, sino de una entrañable amistad que nos regala historias compartidas. Beatriz Goja, Elba Esteves, Ana Lorenzo, Amanda Sica, Winston Abascal. Y a quienes además son compañeros de tarea en la unidad de Tabaquismo del Hospital de Clínicas: Laura Lambí, Carolina Parodi, Antonella Pippo, Virginia Núñez y Mauricio Minacapilli. Especialmente en esta tesis, a Laura por su capacidad de transformar en fácil la aventura de investigar y a Carolina por su presencia siempre compañera apuntalando en todo.

A todos los que fueron mis docentes y compañeros del Dpto. de Psicología Médica, porque de ellos aprendí las principales herramientas que hoy tengo en mi profesión, especialmente a Berta Varela que fue quien me inició en el abordaje del tabaquismo.

A Patricia Wels que siempre estuvo ahí, impulsándome a concretar esta tarea, compartiendo generosa, información y motivación. Una ganancia más de la maestría.

A Mercedes Colomar y Guadalupe Herrera, por su generoso apoyo para hacerle frente a los avatares metodológicos y estadísticos.

A mis amigas y además colegas, Julia, Liliana y Laura, que siempre creyeron en mí.

A Hugo y mis hijas Camila y Martina, que en verdad, son todo para mí.

Y a Mendeley, que sin él, esto no hubiera sido posible :).

## LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Características sociodemográficas	43
Tabla 2. Características relacionadas al tabaquismo	44
Tabla 3. Características del tratamiento	45
Tabla 4. Puntajes de las frecuencias en cada dominio de la ENFP	47
Tabla 5. Asociación de los resultados de la ENFP y cese al final del tratamiento y al seguimiento.	47
Tabla 6. Relación NFP con grado de dependencia	50
Tabla 7. Asociación entre resultados en el dominio identidad y cese	50
Tabla 8..Asociación entre resultados en el dominio autodirección y cese	51
Tabla 9. Asociación entre resultados en el dominio empatía y cese	51
Figura 1. Distribución de frecuencias de los puntajes de la Escala de Nivel de Funcionamiento de la Personalidad	46
Figura 2. Cese según NFP con deficiencias y enfermedades tabaco-dependientes	49
Figura 3. Cese según NFP con deficiencias y enfermedades tabaco-dependientes	49

## LISTA DE ABREVIATURAS

OMS	Organización Mundial de la Salud
CMCT-OMS	Convenio Marco para el Control del Tabaco-OMS
FNR	Fondo Nacional de Recursos
TRN	Terapia de Reemplazo Nicotínico
BPN	Bupropión
INE	Instituto Nacional de Estadística
GATS	Global Adults Tobacco Survey
AVISA	Años de Vida Saludables Perdidos
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ENFP	Escala de Nivel de Funcionamiento de la Personalidad
DSM-5	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª Edición
NFP	Nivel de Funcionamiento de Personalidad
DSM-IV	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4ª Edición
FTND	Test de Dependencia a la Nicotina (por sus siglas en inglés: Fagerström Test for Nicotine Dependence)
CO	Monóxido de Carbono
cpd	Cigarrillos por día
EM	Entrevista Motivacional
VCN	Vareniclina
DE	Desvío Estándar

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El diagnóstico y la intervención del paciente fumador requieren integrar los aspectos biopsicosociales, no existiendo suficiente evidencia sobre aspectos del funcionamiento de la personalidad y la cesación. Los resultados en cesación aún son insatisfactorios, siendo menores al 30% al año de finalizado el tratamiento.

La Escala de Nivel de Funcionamiento de Personalidad (ENFP) podría ser de utilidad para predecir resultados de tratamiento, así como orientar estrategias terapéuticas.

La ENFP evalúa el funcionamiento de la personalidad en relación con el self y la relación con los otros, existiendo niveles que irían desde lo saludable y adaptativo, a diferentes grados de deterioro.

**OBJETIVOS:** Evaluar la asociación entre el NFP y el logro de la abstinencia al final del tratamiento y a los 6 meses de la cesación tabáquica, a una población de pacientes que consulta en una Unidad de Tabaquismo.

**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. Para evaluar la asociación de variables categóricas se aplicó test de chi<sup>2</sup> o test exacto de Fisher.

Instrumentos: Escala de Nivel de Funcionamiento de Personalidad del Manual Estadístico de los Trastornos Mentales 5ed. (DSM-5), que evalúa las siguientes áreas: integración de la identidad, autodirección, capacidad de empatía y capacidad de establecer vínculos de intimidad y cooperación.

Test de Fagerström para evaluar grado de dependencia física a la nicotina.

**RESULTADOS:** Los pacientes sin o escasa alteración en el funcionamiento de personalidad, tienen más probabilidad de lograr la cesación y mantenerse sin fumar, que los pacientes con un funcionamiento de personalidad con alteraciones.

**CONCLUSIONES:** Dada la exigencia emocional que implica el tratamiento y mantenimiento de la abstinencia, los pacientes con mejor NFP logran mayores tasas de cesación.

**Palabras clave:** tabaquismo, personalidad, cesación

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** The diagnosis and the intervention of the smoker patient require integrating the bio-psycho-social aspects, and there is not enough evidence on aspects of personality functioning and cessation. The results in cessation are still unsatisfactory, being less than 30% a year after the end of the treatment.

The Personality Functioning Level Scale (PFLS) could be useful for predicting treatment outcomes, as well as guiding therapeutic strategies.

The PFL evaluates the functioning of the personality in relation to the self and the relationship with others, existing levels that range from healthy and adaptive to different Deterioration degrees.

**OBJECTIVES:** To evaluate the association between the PFL and the achievement of abstinence at the end of smoking cessation treatment and at 6 months of smoking abstinence, to a patient population that consults in a Tobacco Unit.

**METHODOLOGY:** Longitudinal and analytical study of a non-probabilistic sample of patients who consulted in the Tobacco Unit of the Hospital de Clínicas of the Medicine School, University of the Republic, Uruguay. To evaluate the association of categorical variables, the chi2 test or Fisher's exact test was applied.

Instruments: PFL Scale of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5ed. (DSM-5), which evaluates the following areas: integration of identity, leadership capacity in life (self-direction), empathy capacity and ability to establish intimacy and cooperation links.

Fagerström test to assess the degree of physical dependence on nicotine.

**RESULTS:** Patients with little or without alteration in personality functioning are more likely to achieve cessation and remain without smoking than patients with personality functioning with alterations.

**CONCLUSIONS:** Given the emotional demand involved in the treatment and maintenance of abstinence, patients with better PFL achieve higher cessation rates.

**Key words:** smoking, personality, cessation

## Tabla de contenido

<b>RESUMEN</b>	<b>VII</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>VIII</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
1.1 <i>Antecedentes situacionales y de contexto</i>	3
1.2 <i>Epidemiología del consumo de tabaco en Uruguay</i>	5
1.2 <i>Tasas de cesación</i>	6
<b>2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS</b>	<b>7</b>
2.1 <i>Antecedentes de estudios nacionales e internacionales</i>	7
2.2 <i>Teoría o conceptos</i>	16
<i>Tabaquismo</i>	16
<i>Dependencia o trastorno por consumo de sustancias</i>	16
<i>Bases genéticas</i>	18
<i>Cesación de tabaquismo</i>	19
<i>Tratamiento</i>	19
<b>3. PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>33</b>
3.1 <i>Elección del tema</i>	33
3.2 <i>Pregunta de Investigación</i>	34
3.3 <i>Relevancia</i>	36
3.4 <i>Objetivos</i>	36
3.4.1 <i>Objetivos específicos</i>	37
<b>4. METODOLOGÍA</b>	<b>37</b>
<b>5. RESULTADOS</b>	<b>43</b>
<b>6. DISCUSIÓN</b>	<b>51</b>
<i>Limitaciones</i>	66
<i>Contribuciones e impacto esperados</i>	66
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>68</b>
<b>APÉNDICES Y ANEXOS</b>	<b>80</b>
<i>Apéndice 1: Formulario de recolección de datos y variables</i>	81
<i>Apéndice 2: Formularios de Consentimiento Informado y de Información al paciente</i>	83
<i>Anexo 1: Test de Fagerström de Dependencia a la Nicotina</i>	85
<i>Anexo 2: Escala de Nivel de Funcionamiento de Personalidad</i>	86
<i>Anexo 3: Aprobación de Comité de Ética</i>	90



# RELACIÓN ENTRE EL FUNCIONAMIENTO DE LA PERSONALIDAD Y LA CESACIÓN TABÁQUICA

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Antecedentes situacionales y de contexto

El tabaquismo es un importante problema de salud en Uruguay y en el mundo, siendo la primera causa de muerte evitable. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que hay mil doscientos millones de personas fumadoras mayores de 15 años, un tercio de la población mundial (Eriksen, Mackay, & Ross, 2012). Sandoya y Bianco, estimaron la mortalidad atribuible al tabaquismo para las enfermedades relacionadas al tabaco en Uruguay, determinando que el 14,8% (4.759) del total de las muertes anuales son debidas al tabaco, lo que significa 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. (CMCT-OMS), 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).

El CMCT-OMS reafirma el derecho de todas las personas al máximo nivel de salud posible, desarrollando una estrategia de reglamentación para abordar la epidemia de tabaco que apunta a:

- Prevenir el inicio, sobre todo entre los jóvenes y adolescentes.
- Promover el abandono entre los jóvenes y adultos.
- Evitar la exposición al humo ambiental de tabaco.
- Identificar y eliminar las desigualdades relacionadas con el consumo de tabaco y sus efectos entre los diferentes grupos poblacionales

En el marco del tratado, Uruguay rápidamente implementó diversas medidas legales, sociales, políticas y educativas para el combate a la epidemia de tabaquismo.

El 1° de marzo de 2006, Uruguay se convirtió en el primer país libre de humo de tabaco en las Américas, y dos años más tarde se aprobó la Ley Integral de Control de

Tabaco, que estableció la obligatoriedad de ofrecer el tratamiento de tabaquismo entre las prestaciones de las instituciones de salud, entre otras medidas (Uruguay, 2008).

Además de la regulación de la protección contra la exposición al humo de tabaco y la adopción de una estrategia nacional de cesación que permita la accesibilidad a tratamientos para la dependencia al tabaco, se adoptaron otras medidas dentro de la política sanitaria integral para el control de tabaco: medidas fiscales para reducir la demanda al tabaco con un aumento sistemático de los precios, aumento del tamaño de las advertencias en las cajillas de cigarrillos al 80%; prohibición de términos engañosos en las cajillas (ej.: "light", "ultra-light"), prohibición de publicidad, promoción y patrocinio y ratificación del protocolo para la eliminación del comercio ilícito (Abascal et al., 2012, 2013; Harris, Balsa, & Triunfo, 2014; Triunfo, Harris, & Balsa, 2016).

En Uruguay el impacto de la aplicación de medidas integrales implementadas para disminuir el consumo de tabaco resultó en un descenso sustancial y sin precedentes tanto en adultos como en jóvenes, así como en mujeres embarazadas (Abascal et al., 2012, 2013; Harris et al., 2014). Las encuestas realizadas, revelan este descenso mantenido en la prevalencia de fumadores diarios.

El problema del tabaquismo plantea la imbricación de diversos ámbitos: económico, cultural, legal, político y de la salud. Fumar es una costumbre de nuestra cultura y sociedad, pero es principalmente una adicción. Involucra factores constitucionales (genéticos y biológicos), así como medioambientales (sociales y culturales). Como proceso adictivo comparte los principales criterios que definen las adicciones en general, aunque existen diferencias específicas según las diversas sustancias.

Conforme a esto, Becoña refiere que la comprensión y el tratamiento del tabaquismo como conducta adictiva requiere del modelo biopsicosocial como marco de referencia para su análisis. Según esta concepción, la vulnerabilidad individual y el contexto explican tanto la iniciación, el mantenimiento, así como el abandono del comportamiento adictivo. Estas variables representan componentes psicosociales así como fisiológicos que deben ser tenidas en cuenta en el abordaje del tabaquismo (Becoña et al., 2008).

En nuestro país, en el Hospital de Clínicas en 1989 se crea el primer equipo multidisciplinario conformado a nivel asistencial para el Tratamiento de Cesación de Tabaquismo y a partir del 2005 se comienza con el tratamiento farmacológico de forma sistemática como un componente del tratamiento integral del tabaquismo debido al convenio con el Fondo Nacional de Recursos (FNR) que financia dicho tratamiento.

Hasta esa fecha los tratamientos farmacológicos se realizaban dependiendo de la disponibilidad de medicación proveniente de donaciones, ya que en las instituciones de salud en general no disponían de los mismos.

En el año 2004 el FNR define una estrategia para estimular la creación de Unidades de Tabaquismo en todo el país mediante convenios interinstitucionales y a partir de ese momento las instituciones sanitarias que participan de dicho convenio, se comprometen a ofrecer tratamiento integral a la población, proporcionando gratuitamente medicación específica: terapia de reemplazo nicotínico (TRN) en forma de chicles y bupropión (BPN)), medicación que financia el FNR (E Esteves, Gambogi, Saona, Cenández, & Palacio, 2011). La policlínica de Tabaquismo del Hospital de Clínicas participante de dicho convenio, ofrece el tratamiento farmacológico a los pacientes que tienen indicación y están de acuerdo en recibirlo. Previo a esto, si bien se podía indicar medicación como parte del tratamiento, no había un financiamiento específico para dichos tratamientos, quedando el costo a cargo de los propios usuarios o disponiendo en algunos casos de medicamentos de obsequio por parte de la industria farmacéutica.

## **1.2 Epidemiología del consumo de tabaco en Uruguay**

En el 2006, la encuesta del Instituto Nacional de Estadística (INE) determinó una prevalencia del 32,7% (37,2 % en hombres y 28,6% en mujeres) en la franja etaria de 25 a 64 años. En 2009, la primera edición de la encuesta GATS (Global Adult Tobacco Survey) mostró que el 25% de las personas de 15 años en adelante eran fumadoras (30,7% en hombres y un 19,8% en mujeres) (Dirección General de la Salud. División Epidemiología, 2006; Uruguay. Ministerio de Salud Pública. U.S. Centers for Diseases Control and Prevention, 2009).

Los datos de la última encuesta GATS realizada en 2016-2017 en nuestro país, muestran que la prevalencia de consumo de tabaco en mayores de 15 años es del 21,6%, siendo 25,6% en hombres y 18% en mujeres, continuando con el descenso (Uruguay. Ministerio de Salud Pública. U.S. Centers for Diseases Control and Prevention, 2017).

El descenso también abarca a la población adolescente (de 13 a 17 años). Encuestas realizadas por la Junta Nacional de Drogas muestran una disminución considerable del consumo de tabaco en esta franja etaria. La prevalencia bajó de 24,8% (20,1% varones y 28,6% mujeres) en 2006 a 9,2 % (8,5 varones y 9,8 mujeres) en 2014 (*// Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media.*

*Uruguay 2006, 2006; VI Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Uruguay 2014, 2014).*

Las variaciones en los diseños de las muestras y las metodologías utilizadas en las diferentes encuestas realizadas por diferentes instituciones (Ministerio de Salud Pública, Junta Nacional de Drogas, INE) dificultan la comparación en el tiempo. La heterogeneidad en la fuente de los datos, las preguntas para determinar el estado de fumador, etc. no permiten una rigurosa comparación entre ellas (Harris et al., 2014). Aun así, los datos pueden ser considerados relevantes, ya que disminuyó de 32% a 21,6% en la población de mayores de 15 años.

A nivel nacional, además de los datos sobre la prevalencia, existe un estudio sobre carga global de enfermedad y carga atribuible a factores de riesgo, que analiza la carga de enfermedad por enfermedades específicas, edad, sexo y distribución geográficas. Este estudio realizado por el Ministerio de Salud, utiliza una metodología que enfatiza los años de vida potencialmente perdidos y los años vividos con discapacidad. La carga global de enfermedad se mide utilizando como indicador años de vida saludables perdidos (AVISA), que suma los años de muerte prematura a los años de vida perdidos por discapacidad.

Este estudio indica que las principales enfermedades que producen discapacidad, son la enfermedad isquémica del corazón y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), ambas vinculadas al consumo de tabaco

Por otro lado determinó que las principales enfermedades que afectan los años de vida saludable corresponden a las enfermedades vasculares (cardíacas y encefálicas), la EPOC y el cáncer de pulmón, enfermedades que tienen en común al tabaquismo como factor de riesgo con alto impacto.

Una de las principales conclusiones de este estudio, señala que en Uruguay se producen cada año unas 6.500 muertes por el tabaquismo y que se pierden 135.622 años de vida saludable (Alemán et al., 2010).

Estos hallazgos ponen en evidencia la importancia del abordaje de tabaquismo ya que constituye un factor de riesgo modificable con un impacto global en la salud.

## **1.2 Tasas de cesación**

A nivel internacional los resultados en cesación has sido ampliamente estudiados y son todavía insatisfactorios. Los porcentajes de cesación reportados, están entre un

30 a 50%, y estas cifras descienden a menos de 30% al año de finalizado el tratamiento (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, 2010).

En nuestro país, a pesar de los avances mencionados anteriormente como resultado de la implementación de las medidas, los logros en la cesación alcanzan porcentajes bajos. En un estudio realizado en 2008, los resultados obtenidos por la Unidad de Tabaquismo del Hospital de Clínicas, fueron de 35% de cesación al año de finalizado del tratamiento (Llambí et al., 2008). En este mismo trabajo fueron explorados algunos factores predictores de éxito, incluyendo antecedentes y/o depresión actual, pero no fueron abordados aspectos vinculados al funcionamiento de la personalidad.

Una evaluación más amplia y reciente realizada por el FNR (Elba Esteves, Saona, Baldizzoni, Wald, & Rey, 2018), estudió 1509 pacientes que asistieron a policlínicas de cesación. Mostró que lograron abstinencia puntual (durante el tratamiento) un 40% de los que asistieron al menos a tres consultas, siendo el 30% de la muestra. Se consideraron al menos tres consultas, dado que es frecuente que los pacientes abandonen prematuramente el tratamiento. Los porcentajes de abstinencia al seguimiento fueron 25% a los 6 meses, descendiendo al 20% al año.

A pesar de todos los logros obtenidos en el control del tabaquismo, es importante estudiar otros factores relevantes en la cesación, para optimizar las intervenciones.

## **2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS**

### **2.1 Antecedentes de estudios nacionales e internacionales**

Desde hace tiempo existe consenso acerca de la naturaleza adictiva del tabaquismo (Office of the Surgeon General (US) & Office on Smoking and Health (US), 2004). Diversos estudios abordan el tabaquismo tomando en consideración diferentes aspectos del área psicosocial. Factores de riesgo relacionados al inicio del consumo, mecanismos de afrontamiento, modelos neuropsicológicos que explican la dependencia, psicopatología asociadas al consumo, a la cesación y a las recaídas, así como características de personalidad son algunos de los temas estudiados entre otros. No encontrándose estudios que valoren el funcionamiento de la personalidad con una perspectiva dimensional como la que ofrece la Escala de Nivel de Funcionamiento de la Personalidad (ENFP). Probablemente esto se deba a su reciente elaboración y por ende a que no haya sido aplicada en la población de fumadores aún.

### *Factores de riesgo psicosociales*

Con respecto a factores de riesgo psicosociales, los estudios ofrecen evidencia identificando ciertos factores que se asocian al inicio del tabaquismo. Se ha establecido que ser hijo de fumadores, tener padres permisivos, la presencia de fumadores en el grupo de pares, así como sentimientos de tristeza y soledad propiciarían la iniciación en el tabaquismo, con el consiguiente riesgo de generar la dependencia a la nicotina (Cano, Escapa Solanas, Marí-Klose, & Marí-Klose, 2012; Slovic, 2001).

### *Mecanismos de afrontamiento*

Un estudio realizado por Cano y cols, analiza la valoración cognitiva que utilizan algunas personas para dejar de fumar y los mecanismos utilizados para hacerle frente a la situación. El estudio revela que cuando la situación de "dejar de fumar" se valora como amenazante, correlaciona con un tipo de afrontamiento evitativo, en el que la persona considera que no cuenta con los recursos necesarios y se percibe como carente de habilidades para manejar la situación, generándose entonces mayor ansiedad. En cambio, cuando la situación de "dejar de fumar" es considerada como un desafío, correlaciona con un afrontamiento activo que implica desarrollar estrategias cognitivas dirigidas a cambiar la situación y a reducir la emoción. (Cano, Camuñas, Iruarrizaga, Dongil, & Wood, 2010).

En este sentido, se sabe que el uso de nicotina se da no sólo por el proceso adictivo, sino que además se utiliza por sus características funcionales, como forma de paliar problemas psicopatológicos o personales. La nicotina actúa tanto como estimulante cuando los fumadores experimentan un nivel de activación bajo (ej., cansancio, falta de concentración, etc.) y también como tranquilizante cuando están con un nivel de activación alto (ej., estresados, ansiosos, etc.) (Becoña & Míguez, 2004).

### *Variables asociadas a la cesación*

Diversos estudios han abordado esta temática, tomando en consideración diversas variables asociadas al cese, existiendo incluso evidencia en nuestro país (Elba Esteves et al., 2018; Llambí et al., 2008). La escasa motivación, un mayor grado de dependencia, varios intentos previos y la presencia de recaídas, han resultado predictores de fracaso en la cesación a la hora de evaluar los resultados en el tratamiento del tabaquismo (Dale, Glover, Sachs, & Hurt, 2001; Llambí et al., 2008;

Moreno Arnedillo & Herrero Garcia De Osma, 2000; Nerín, Crucelaegui, Mas, & Guillén, 2003; Torrecilla et al., 2001).

#### *Asociación de trastornos psiquiátricos con tabaquismo*

Ha sido ampliamente estudiada la relación entre ansiedad, depresión, trastorno bipolar y esquizofrenia con el tabaquismo, llegando incluso a plantear factores cerebrales comunes (J. Hughes, Hatsukami, Mitchell, & Dahlgren, 1986). Incluso la frecuente asociación entre psicopatología y adicciones ha generado el concepto de “patología dual” para denominar esta comorbilidad (Cooney, Stevens, & Cooney, 1998).

Particularmente con respecto a la *depresión*, diferentes autores plantean las siguientes relaciones que señalan el riesgo asociado con el tabaquismo:

- 1) Los jóvenes con depresión tienen más riesgo de convertirse en fumadores.
- 2) Las mujeres tienen más riesgo de fumar que los varones por que presentan mayor prevalencia de los trastornos de ánimo.
- 3) Las personas con depresión tienen mayor probabilidad de ser dependientes a la nicotina.
- 4) Padecer depresión conlleva mayor dificultad para el cese.
- 5) La presencia de antecedentes de depresión aumenta el riesgo de presentar trastornos del estado de ánimo al dejar de fumar.
- 6) El estado de ánimo negativo es una de las causas importantes de recaída (E Becoña & Míguez, 2004; John Hughes, 2007; Serebrisky, 2012) .

En tanto a nivel nacional, dos estudios relacionaron depresión y tabaquismo. Uno de ellos encontró que dentro de los factores predictores de éxito, la ausencia de antecedentes de depresión se asociaba con el cese (Llambí et al., 2008) y el más reciente, evidenció que el 25% de pacientes que consultaron, cursaban depresión. La mitad de ellos llegaba sin diagnóstico ni tratamiento, por lo que los autores concluyen sobre lo oportuno de la valoración integral en la consulta de tabaquismo. (Parodi et al., 2015).

En cuanto a la *relación entre trastornos de personalidad y tabaquismo*, existe escasa evidencia, sumado a que los hallazgos no son concluyentes (Fernández & Becoña, 2010). En cuanto a la identificación de los tipos que tienen mayor prevalencia y dificultad para el cese, algunos autores relacionan los trastornos dependiente, por evitación y obsesivo compulsivo como los más prevalentes (Fernandez & Becoña, 2010); y con respecto a las recaídas, Perea y cols., hallaron que los rasgos evitativos, pasivo agresivos y autodestructivos, tienen menos posibilidades de mantenerse sin fumar una vez que dejan. El mismo estudio también concluye que tienen mayor

dificultad para el abandono aquellos que presentan trastornos límites y esquizotípicos, puntualizando además que a mayor gravedad, mayor dificultad para el cese (Perea-baena & Ortiz-tallo, 2009).

En cambio en 2009, un estudio que se propuso determinar la asociación entre características de personalidad y consumo de cigarrillos en una población de 2496 personas, observó que dicha asociación era baja, encontrando una leve asociación entre característica antisociales y límites de personalidad con el tabaquismo (Campo, Barros, & Díaz, 2009).

En la revisión sobre el tema, Fernández y Becoña encuentran que son más frecuentes los estudios que relacionan los trastornos de personalidad con otras adicciones (cocaína, marihuana, opioides, etc.), siendo limitados los relacionados con tabaquismo. Los autores señalan que los resultados de los distintos estudios sobre tabaquismo son inconsistentes, variando de un 9% aun 45% de prevalencia de trastornos de personalidad en fumadores. Inconsistencia debida en parte, a la utilización de diferentes instrumentos de evaluación para diagnosticar los trastornos. Concluyen puntualizando la carencia de estudios sobre la relación de estos trastornos con la cesación, recomendando profundizar en estos temas, para mejorar la eficacia de las intervenciones (Fernández & Becoña, 2010).

La asociación de psicopatología y consumo de tabaco es un tema de suma relevancia debido a que a medida que va disminuyendo el número de fumadores en la población general, persisten los que presentan otros trastornos psicopatológicos, con el consiguiente desafío de encontrar el tratamiento adecuado a esa población (Becoña & Míguez, 2004).

#### *Adecuación del tipo de tratamiento al trastorno de personalidad*

Un artículo del 2011 analiza las características del trastorno de personalidad planteando como enfocar el tratamiento psicológico para dejar de fumar. A partir del diagnóstico de trastorno de personalidad basado en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición, propone adecuaciones y adaptaciones de las estrategias de abordaje según el tipo de trastorno. Las recomendaciones generales, más allá de las especificaciones por tipo de trastorno son:

- Establecer clima terapéutico adecuado
- Manejo de emociones negativas
- Entrenamiento en mecanismos de afrontamiento eficaces

Dado que la presencia de trastornos de personalidad interfiere en la adherencia al tratamiento y en los resultados, la eficacia del tratamiento para dejar de fumar

aumentaría si se tienen en cuenta determinados aspectos para un abordaje personalizado a la medida del paciente (E. Fernández, López, & Becoña, 2011).

### *Recaídas*

Para valorar las diferencias de *rasgos clínicos de personalidad en el mantenimiento de la abstinencia y recaídas*, en el estudio citado anteriormente de Perea y cols., aplicaron el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) que evalúa personalidad y síndromes clínicos y lo relacionaron con el proceso de abandono del tabaquismo. Encontraron relaciones significativas, planteando que determinados trastornos suponen un fracaso en el proceso de cesación, observando, como se menciona anteriormente, que a mayor trastorno hay una mayor dificultad para el cese. Los pacientes evaluados con rasgos evitativos, pasivo-agresivos y autodestructivos presentaron mayores índices de recaída. En cambio, hallaron que quienes presentaban un patrón dependiente obtuvieron 100% de éxito. También encontraron mayor riesgo de recaídas en pacientes con rasgos de personalidad límite y esquizotípica. Sugiriendo que determinados rasgos podrían actuar como factores de riesgo en la recaída y otros aumentarían las chances de cese en el proceso de abandono (Perea-baena & Ortiz-tallo, 2009).

### *Estado emocional*

Tratando de predecir si las chances de éxito en el intento de cesación, podrían relacionarse con el estado emocional, Baddini y cols. (Baddini-Martinez & de Padua, 2013), en primera instancia aplicaron una escala que evaluaba cinco aspectos psicológicos potencialmente importantes en la cesación, a saber: apego a los cigarrillos, estado de ánimo, autoestima, soledad y estrés/ansiedad. Estos aspectos fueron seleccionados en base a la suposición de que podrían reflejar el valor que los fumadores atribuyen al cigarrillo. Considerando la hipótesis de que, aunque la mayoría de los fumadores quiere dejar de fumar, la mayor posibilidad del éxito la tendrían quienes están emocionalmente mejor preparados para enfrentar los desafíos de la vida cotidiana sin la ayuda de cigarrillos. Entendiendo la conducta de fumar como un tipo de “afrontamiento” que contribuye a lidiar con las cuestiones vitales, tanto negativas, como positivas, funcionando como una “herramienta” que proporciona placer y relajación. En una segunda instancia correlacionaron los valores obtenidos en dicha escala, con los resultados de la evaluación del grado de dependencia, encontrando como predictores de mayor dificultad para el cese, las siguientes variables: mayor grado de dependencia, edad de inicio temprana, mayor cantidad de años fumando y mayor cantidad de cigarros diarios,

Este estudio tiene el interés de que relaciona características psicológicas con la probabilidad de éxito en la cesación. Pero al no ser un estudio transversal donde se considere y evalúe la cesación en su diseño, no permite constatar directamente la relación de esas características con la cesación, limitándose a una relación indirecta a partir de las variables relacionadas con la dependencia.

#### *Características de personalidad y tabaquismo*

En este tema no abundan los trabajos que hayan estudiado esta relación. Hasta hace poco tiempo, era frecuente la utilización del concepto de “personalidad adictiva”, sin evidencia empírica que lo respaldara. Dicho concepto plantea rasgos y mecanismos de defensa comunes que predecirían que una persona desarrolle una dependencia a sustancias. La negación, proyección y autoestima baja entre otras serían las características que compartirían. La evidencia ha cuestionado este concepto, sugiriendo que no existiría tal personalidad previa en los adictos. Considerando en cambio ciertas características comunes en las personas con adicciones, que son más bien consecuencia de la dependencia y no previas, ej.: baja tolerancia a la frustración, impulsividad y búsqueda de placer. Planteando además que las personas con dependencias presentan una amplia gama de personalidades (R. Miller, 1999). En esta misma línea, Shaden y cols., sugieren que las personas fumadoras representan una población heterogénea con amplias variaciones interindividuales (Shadel, Niaura, & Abrams, 2000).

Los estudios que abordan esta relación, se centran fundamentalmente en el modelo de personalidad de Eysenck, que asocia al tabaquismo a los siguientes rasgos: neuroticismo, extroversión, impulsividad, búsqueda de placer y compulsividad (Campo et al., 2009; Munafò, Zetteler, & Clark, 2007; Terracciano & Costa, 2004). Este modelo de personalidad anglosajón es poco aplicado en el medio y tampoco es frecuente su utilización en la comprensión del paciente fumador en la clínica.

El metaanálisis de Munafò y cols., incluyó cuarenta y cuatro estudios transversales sobre personalidad y tabaquismo, evaluando rasgos de personalidad basados en la taxonomía de Eysenck. En la mitad de los trabajos se relacionó el ser fumador con la extroversión y en la otra mitad se encontró correspondencia entre ser fumador y neuroticismo. Las diferencias individuales en estos rasgos pueden, por lo tanto, representar un riesgo importante como factores para el inicio del tabaquismo y su posterior mantenimiento.

Como limitaciones de esta revisión se plantea que el tomar la definición del fumar como estado (fumar o no en el momento del estudio) sumado al diseño transversal de los estudios, se excluye la posibilidad de analizar los cambios dentro de los

fumadores, es decir poder relacionar el dejar de fumar o no en relación a la personalidad (Munafò et al., 2007).

#### *Vulnerabilidad al estrés*

Desde una perspectiva preventiva, ha cobrado interés el tema de la vulnerabilidad al estrés en relación a las adicciones. Dado que las investigaciones indican que el estrés prolongado puede desencadenar el pasaje del consumo voluntario al involuntario, es decir, a un consumo compulsivo propio de las dependencias, es de suma importancia la detección precoz de los sujetos con mayor vulnerabilidad (Olivar Arroyo, 2012).

Varios son los mecanismos por los que el estrés se vincula con las adicciones. Por un lado, las experiencias de estrés debilitan la regulación que ejerce la corteza prefrontal, y como consecuencia a esta atenuación en los circuitos de control, las respuestas en las situaciones de estrés se basarían más en lo emocional e irracional que en la organización y planificación, determinando mayor vulnerabilidad en el uso de sustancias adictivas. Por otro lado, la exposición al estrés en etapas tempranas también produce alteraciones en las funciones de la corteza prefrontal. Por tanto, la exposición al estrés afecta en lo situacional y también por el carácter progresivo, donde la exposición al estrés tiene un efecto en la manera de afrontarlo en momentos posteriores. Arroyo resalta la importancia que tiene la intervención temprana en los factores de riesgo ya que produce mayor impacto que la intervención tardía. Agregando que además de la relación con el estrés, la vulnerabilidad a la adicción se vincula con la normalización del consumo y la experimentación con sustancias. En cambio relaciones de apego adecuadas y el desarrollo de habilidades y recursos personales actuarían como factores de protección frente estrés (Olivar Arroyo, 2012).

#### *Solicitud de tratamiento para la cesación*

También con una mirada preventiva, son interesantes las conclusiones a las que arriban los estudios que se centran en los factores que llevarían a las personas a *acceder a programas de ayuda para la cesación*. Las personas que tienen más probabilidad de percibir los riesgos y en consecuencia tratar su problema de tabaquismo, presentan las siguientes características: alto nivel de autoeficacia, habilidades sociales, inteligencia emocional y control de factores emocionales y determinadas variables sociales como son: pertenencia a un grupo, apoyo social, ausencia de marginalidad y educación en estilo de vida saludable (Perea-baena & Ortiz-tallo, 2009).

#### *Aportes desde la neuropsicología*

A pesar de los crecientes conocimientos en el área de las neurociencias sobre los factores que influyen en los problemas de la adicción, no ha habido una concomitante repercusión en los modelos preventivos.

Ambrosio y Fernández plantean la cuestión de que a pesar de que es bien conocido que la exposición continuada a una sustancia adictiva reforzadora, tiene como consecuencia neuroadaptaciones específicas que afectan a la fisiología cerebral, aún no se sabe sobre por qué algunos sujetos se hacen dependientes a estas sustancias y otros no. Sabiendo además que esas neuroadaptaciones se mantienen en el tiempo y contribuyen a las recaídas frente a factores psicosociales específicos. Sostienen como fundamental la gran influencia protectora de ciertos factores psicosociales que contrarrestan algunos componentes de la conducta adictiva de modo que se debe considerar que la ausencia de estos factores protectores propician las conductas adictivas (Ambrosio & Fernández, 2011).

Verdejo y Tirapú resumen los 4 *modelos que propone la neuropsicología* para entender las adicciones:

- Modelo neuroevolutivo: el desequilibrio en el nivel de maduración de las estructuras cerebrales implicadas en la regulación de la motivación y la conducta propio de la adolescencia resulta en una etapa vulnerable frente al efecto de las drogas adictivas.
- Modelo de paso de la impulsividad a la compulsión: la existencia de una fase inicial en la que el consumo se da por los efectos reforzadores de las sustancias y posteriormente da paso a la dependencia, donde el consumo se torna compulsivo, para evitar el malestar de la abstinencia, con una pérdida de control de la conducta. Este modelo permite explicar la evolución típica del fumador, donde los inicios se dan como parte de la experimentación, pero este comportamiento luego es consolidado como adicción a la nicotina.
- Modelo de sensibilización a los mecanismos motivacionales: explican la dependencia como el pasaje de la situación de búsqueda de placer al intento de evitar el malestar del craving. Vinculan la dependencia a la alteración de los circuitos asociados a la motivación, dando relevancia a los estímulos que producen las sustancias frente a la inhibición de la respuesta.
- Modelo de alteración de la toma de decisión: la alteración en la toma de las decisiones es una consecuencia de las adicciones. Esta vulnerabilidad en el proceso de decisión produce que primen las emociones al razonamiento (Verdejo-García & Tirapu-Ustárroz, 2011).

Estos modelos sugieren que, para evitar la vulnerabilidad a la dependencia a alguna sustancia, es fundamental el fortalecimiento de la autorregulación, con el aprendizaje de un mejor manejo de las situaciones emocionales. Es de mucho interés la

investigación en la plasticidad cerebral, ya que relaciona las situaciones vividas con las alteraciones en el funcionamiento cerebral posterior, considerando las experiencias y aprendizajes vitales como de gran influencia en el desarrollo o no de las adicciones (Olivar Arroyo, 2012).

### *Diagnóstico dimensional*

Por último, cabe comentar el cambio reciente en cuanto a la realización de los diagnósticos de los trastornos de personalidad. El comité de trabajo sobre Trastornos de Personalidad del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª Edición (DSM-5) recomendó la reconceptualización de los mismos, en el sentido de que los diagnósticos no se realicen sumando síntomas, sino evaluando dominios que permitan mayor utilidad tanto para el diagnóstico, como para estimar el pronóstico, la planificación y evaluación de resultados de tratamiento (Bernardi, 2010). A partir de la publicación y divulgación del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014b), se da un cambio en el que se pasa de una visión categorial de los diagnósticos, a una visión más dimensional. Los síntomas de un trastorno son observados en un continuo, en el que son considerados por sus niveles de intensidad y funcionalidad, más que como umbrales que separan la normalidad de lo patológico (D. Bender, Morey, & Skodol, 2011). Las dimensiones no son específicas de categorías diagnósticas, sino que están presentes en muchas categorías, con la concomitante importancia para entender a las personas desde el plano funcional y no a partir de una etiqueta. Dando mayor importancia a conocer la severidad del trastorno más que el tipo categorial del mismo. Posteriormente el mencionado Comité de trabajo, propuso que se desarrollara la ENFP que pretende entender las características del paciente desde esta visión dimensional, para poder así predecir pronóstico, planificar estrategias de tratamiento e inferir respuestas terapéuticas (D. S. Bender, Morey, & Skodol, 2011).

A través de esta escala (American Psychiatric Association, 2014a) es posible estimar la presencia de alteraciones del funcionamiento de la personalidad y su gravedad, tanto en relación con sí mismo como en las relaciones interpersonales. El grupo de trabajo realizó una profunda revisión de teorías de personalidad, así como escalas y evaluaciones sobre organización de la personalidad, apego, calidad de las relaciones de objeto y funcionamiento reflexivo que fundamentaron los criterios para crear esta nueva escala. A tal fin, sintetizaron los diversos conceptos para formar una base que permita calificar el Nivel del Funcionamiento de la Personalidad (NFP) en un continuo. A partir de esa síntesis, seleccionaron tres amplias dimensiones en dos amplios dominios: 1. funcionamiento en relación con el self o consigo mismo y 2. funcionamiento en el relacionamiento interpersonal (D. S. Bender et al., 2011;

Bernardi, 2010). Para la versión final de escala, se utilizaron criterios metodológicos que refinaron su confiabilidad y se utilizaron conceptos y lenguaje amplios que los expertos consideraron consistentes con múltiples teorías y sus bases de investigación, incluyendo cognitivo-conductual, interpersonal, psicodinámico, apego, desarrollo, cognitivo social y evolutivo (D. S. Bender et al., 2011). En consonancia con el abordaje dimensional, la escala no determina un punto de corte que marque un umbral. Evitando la arbitrariedad de un diagnóstico, considerando la variabilidad en la severidad en los trastornos de la personalidad y priorizando la visión dimensional por sobre la categorial (Morey et al., 2011).

## 2.2 Teoría o conceptos

### Tabaquismo

El concepto de tabaquismo ha ido cambiando con el paso del tiempo. Inicialmente considerado un hábito, es a partir de los años 70 que comienza a diagnosticarse como una dependencia (Texeira, Andrés-Pueyo y Alvarez, 2005).

Es definido como una enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas, siendo la nicotina la sustancia que produce la dependencia (Uruguay. M.S.P., 2009a).

### Dependencia o trastorno por consumo de sustancias

En 1987, la Asociación Americana de Psiquiatría clasificó a la nicotina como una sustancia psicoactiva que produce dependencia. Los términos dependencia y adicción se usan como sinónimos en la literatura científica, aunque a principios de los 70, la O.M.S. recomienda reemplazar el término **adicción** por el de dependencia, circunscribiendo el término adicción al aspecto vinculado al efecto fisiológico de la sustancia en cuestión. Por su parte, recientemente el D.S.M. 5 sustituye el término dependencia y lo sustituye por la denominación trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, los cuales se dividen en dos grupos: los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias. (A. Fernández, 2011).

La 5ª ed. del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) define que la característica esencial del trastorno por consumo de sustancias es “la asociación *de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos* que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia”. Siendo fundamental para entender este diagnóstico, los efectos comportamentales asociados a los cambios cerebrales que subyacen al consumo y persisten tras abandonar el consumo. Estos efectos

desencadenan recaídas repetidas y deseo intenso de consumo frente a la exposición de estímulos asociados a las sustancias (American Psychiatric Association, 2014b).

Uno de los criterios principales para su diagnóstico es lo que en el anterior Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4ª Edición (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 2002) se conceptualizaba como **patrón de uso compulsivo**, definido en el actual por las siguientes características: control deficitario sobre el deseo intenso de consumo, la forma y cantidad de consumo, seguir consumiendo a pesar de los riesgos que implica en la salud, deseos fallidos de dejar de consumir entre otras.

Otro de los criterios refiere al desarrollo de la **tolerancia**, que se caracteriza por un aumento en la dosis de la sustancia para lograr los efectos deseados, con variaciones de acuerdo a la sustancia a cada individuo. Con la nicotina en particular, este criterio conlleva que, al inicio del uso, con los primeros cigarrillos, en lo que se conoce como la experimentación, la persona tiene síntomas de desagrado (mareos, náuseas). paulatinamente se da el aumento en la cantidad que fuma hasta llegar a un nivel en el que se mantiene en general por mucho tiempo, cantidad que presenta gran variabilidad individual.

El **síndrome de abstinencia** que se produce por el cese del consumo constituye otro de los criterios. Los síntomas inherentes a la abstinencia de la nicotina son: irritabilidad, frustración o rabia, ansiedad, dificultad para concentrarse, aumento del apetito, intranquilidad, estado de ánimo deprimido e insomnio.

Otras de las características asociadas que implican una dependencia fuerte son: fumar dentro de la media hora enseguida de levantarse, fumar diariamente o tener que despertarse en la noche para fumar. Todas estas características se relacionan con la necesidad de consumir, para alcanzar los niveles de nicotina que evitan el malestar de la abstinencia. El test de Fagerström que evalúa el grado de dependencia, se basa en preguntas relacionadas a estos aspectos (Heatherton, Kozlowski, Frecker, & Fagerstrom, 1991).

### Bases neurofisiológicas

La nicotina es absorbida en su mayor parte a través de los pulmones y en menor parte a través de las mucosas bucal y sublingual. La adictividad de la nicotina, así como el síndrome de dependencia que produce cuando no se consume, se deben al efecto que produce principalmente sobre dos sistemas de neurotransmisión: el dopaminérgico y el noradrenérgico. Produciéndose entonces la liberación del neurotransmisor dopamina en la zona tegmental ventral y del núcleo accumbens, que

es el núcleo del sistema de recompensa, provocando un efecto placentero. La nicotina aumenta la capacidad de concentración y mejora el ánimo, constituyéndose lo que se conoce como refuerzo positivo determinado por este circuito de recompensa. Es decir, que el efecto reforzador positivo lleva a que se fume buscando los efectos positivos que se producen. La activación de este circuito es común con otras sustancias muy adictivas también, como ser cocaína, morfina y anfetamina.

Por otro lado, cuando la concentración de nicotina comienza a descender, su ausencia produce un efecto de malestar e inquietud, que despierta el deseo de volver a fumar. Debido a una vida media de la nicotina, relativamente corta, el comportamiento de fumar se repite varias veces en el día del fumador para evitar el malestar. La nicotina es eliminada alrededor de las dos horas, dependiendo de la variabilidad individual, siendo metabolizada en gran parte por el hígado y en menor proporción por la vía renal.

Este estado se caracteriza por liberación del neurotransmisor noradrenalina en el locus coeruleus, causando los síntomas desagradables de la abstinencia a la nicotina. Se genera entonces, lo que se conoce como refuerzo negativo de la adicción. Lo que implica que se fuma para evitar o aliviar el malestar y displacer, propios de la abstinencia. A (Jiménez et al., 2004; Micó, Moreno, Roca, Rojas, & Ortega, 2000).

Entonces el comportamiento de fumar se produce tanto para conseguir efectos positivos de bienestar y placer, así como para aliviar o evitar el malestar propio de la abstinencia.

Debido a estos mecanismos de acción de la nicotina, es frecuente que los fumadores habituales necesiten fumar varios cigarrillos al día, para “equilibrar” la relación entre la dosis y los efectos buscados.

Otra característica que determina alto el poder adictivo de la nicotina, es la rapidez con que se obtiene del efecto a nivel cerebral. La nicotina llega a los receptores colinérgicos nicotínicos del cerebro en apenas siete segundos. La brevedad del lapso de tiempo que hay entre el consumo y el efecto, determina que la nicotina sea una droga de acción inmediata lo que la hace tan adictiva.

### Bases genéticas

Diversos estudios ofrecen evidencia sobre la existencia de factores genéticos que predisponen a la dependencia a la nicotina. Estimándose una carga genética que contribuye al riesgo de desarrollar dependencia a la nicotina, que llevaría a que, frente a determinados factores de riesgo ambientales y personales, los individuos tendrían mayor vulnerabilidad para volverse fumadores. El funcionamiento específico de cómo actúan los genes en la dependencia al tabaco aún no ha sido determinado,

reconociéndose la importancia del genotipo, así como del fenotipo en la dependencia. La influencia social, así como los aspectos psicológicos, son factores esenciales que determinan que una persona fume o no.

Los estudios hasta la fecha plantean que múltiples genes de diversos sistemas determinan la dependencia a la nicotina, requiriéndose mayores estudios para identificar la variabilidad funcional genética. Se han encontrado grupos de genes que determinan las respuestas subjetivas en las primeras experimentaciones con el tabaco en adolescentes, otros que influyen en la metabolización de la nicotina, otros que se asocian a la regulación de los flujos de dopamina, serotonina y noradrenalina. Estos genes determinarían el funcionamiento en los receptores, así como del transporte y la metabolización en cada sistema de neurotransmisión. En la actualidad, no se identifican genes que presenten un modelo definido de herencia mendeliana, tratándose más bien a un patrón poligénico hereditario.

(Barrueco, Bernabé, & González, 2011; Pérez-Rubio et al., 2011).

### Cesación de tabaquismo

Es la acción de dejar de fumar o consumir tabaco.

A los efectos del estudio para la valoración de la cesación se tomaran los criterios de la guía de evaluación Russell Estándar que se aplican para facilitar la interpretación de los estudios clínicos (West, Hajek, Stead & Stapleton, 2005; West, 2005). Se considerará como que se ha logrado la cesación tabáquica si la persona deja de fumar en el curso del tratamiento y se mantiene abstinente por lo menos 2 semanas después del día de cesación o del denominado día D.

La definición para ex fumador se aplica a aquella persona que habiendo sido fumadora, se mantiene en abstinencia al menos los últimos 6 meses (Uruguay. M.S.P., 2009b).

### Tratamiento

#### Generalidades

El tratamiento del tabaquismo se fundamenta en que fumar es un comportamiento que se explica por factores psicológicos de reforzamiento y determinados procesos cognitivos; por factores sociales, que implican la disponibilidad y accesibilidad al cigarro y por factores biológicos, dada la adicción fisiológica a la nicotina. Todos estos factores deben tenerse en cuenta para alcanzar el cese y lograr una abstinencia mantenida a mediano y largo plazo (Becoña, 2004)

El diagnóstico e intervención para la cesación, tiene como objetivo promover la abstinencia del consumo de tabaco. Requiere una aproximación clínica que integre aspectos biopsicosociales del individuo, combinando varios componentes que deben ser administrados y ajustados a las necesidades de cada paciente. Estos componentes incluyen el abordaje psicológico, el tratamiento farmacológico en los casos que así lo requieran y fomentar el apoyo social adecuado (Jimenez Ruiz & Fagerström, 2011; Manzano et al., 2010; Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, 2010).

## Consensos y Guías

Existen consensos de expertos para el abordaje del paciente fumador que especifican los aspectos a evaluar para el correcto diagnóstico del tabaquismo de los pacientes y establecen las intervenciones terapéuticas a llevar a cabo para conseguir el cese en los pacientes (Cahill, Stevens, Perera, & Lancaster, 2013; J Hughes, Stead, Cahill, & Lancaster, 2014; Jimenez Ruiz & Fagerström, 2011; Lancaster & Stead, 2005; Ministerio de Salud Pública Uruguay, 2009; L Stead et al., 2012; LF Stead & Lancaster, 2012).

Nuestro país cuenta con la Guía Nacional dirigida a todo el equipo de salud de todos los niveles de atención, que plantea las recomendaciones para el adecuado abordaje del paciente fumador. Establece criterios de consenso basados en evidencia, con el fin de disminuir la prevalencia de consumo de tabaco y sus consecuencias, previniendo el inicio del consumo y promoviendo la cesación (Ministerio de Salud Pública Uruguay, 2009).

La Guía recomienda que el profesional, en cualquier nivel de atención, debe identificar si el paciente es fumador o no, y eventualmente intervenir para la promoción y prevención de la salud. La Guía propone además que en caso de que el paciente sea ex fumador o que nunca haya fumado, resaltar su conducta beneficiosa reforzando sus hábitos saludables.

Presenta un esquema operativo denominado ABC para dejar de fumar, que consiste en A: Averiguar, B: Breve consejo y C: apoyo para la Cesación.

**Averiguar:** consiste en preguntar y documentar la condición o no de fumador. Indicando también los casos en que hayan dejado de fumar.

**Breve consejo:** se basa en aconsejar dejar de fumar, preguntando si conoce los riesgos, personalizando el consejo de acuerdo a características o problemas de salud del paciente, destacando los beneficios más importantes. El consejo debe reiterarse en cada consulta las veces que sean necesario.

**Cesación:** incluye dos opciones:

1. Dar apoyo, que incluye aconsejar sobre la abstinencia y proveer de estrategias prácticas para lograr el cambio, disponer de medicación para sobrellevar los síntomas de la abstinencia y coordinar consulta de seguimiento.
2. Derivación a unidades especializadas, en caso en que los profesionales de la salud no cuenten con experiencia o disponibilidad de tiempo.

El apoyo para la cesación comprende varios niveles, desde una mínima intervención de escasos minutos dentro de una consulta con el equipo de salud, hasta el tratamiento en una unidad especializada de tabaquismo.

- La intervención mínima busca motivar para el cese y brinda al paciente algunas estrategias conductuales, estableciendo un seguimiento en las sucesivas consultas
- La intervención integral se realiza cuando el profesional cuenta con habilidades y tiempo necesario como para implementar el tratamiento cognitivo-conductual y el tratamiento farmacológico si así se requiriese.
- La consulta a la unidad especializada en tabaquismo es para aquellos pacientes con serias dificultades para el logro de la abstinencia o forma parte de alguno de los denominados grupos especiales: pacientes con mayor consumo, con trastornos de la salud mental, embarazadas y adolescentes (Ministerio de Salud Pública Uruguay, 2009).

A nivel internacional, Fiore y colaboradores realizaron una revisión sistemática sobre el tratamiento del consumo y la dependencia del tabaco encontrando que existe una relación entre la intensidad de la intervención y el logro del cese, mostrando que las intervenciones intensivas tienen mayores tasas de éxito que las menos intensivas. El tratamiento presencial aplicado en cuatro o más sesiones parece ser especialmente efectivo en el incremento de las tasas de abstinencia. Por lo tanto, las recomendaciones son de ser posible, para que la intervención sea eficaz debería constar de cuatro encuentros mínimo. Pero dicha revisión también confirma que aún las intervenciones mínimas de tres minutos de duración, aumentan las tasas totales de abstinencia del tabaco. Por tanto, las recomendaciones señalan que se debe realizar

al menos una intervención mínima con todos los fumadores, aunque sean derivados a una intervención intensiva (US Department of Health and Human Services, 2008).

### Diagnósticos y evaluaciones

La implementación del tratamiento integral del paciente fumador se basa en una adecuada evaluación que recoja la información necesaria para diseñar y aplicar el tratamiento que mejor se adapte a cada paciente (E Becoña, 2010; Jimenez Ruiz & Fagerström, 2011).

Para ello es necesario indagar acerca de:

- Historia de consumo: número de cigarrillos que fuma diariamente, consumo de otras formas de tabaco, años que lleva fumando, intentos de cese previos, cuánto tiempo ha permanecido abstinentes, tiempo de la última vez que logró el cese, razones para dejar de fumar en intentos previos, razones actuales para dejar, convivencia con fumadores, motivos de recaídas
- Grado de dependencia a la nicotina, evaluado con el Test de Dependencia de la Nicotina de Fagerström (FTND).
- Valorar motivación para dejar de fumar evaluando el estadio de cambio. El modelo de cambio elaborado por Prochaska y Di Clemente plantea que los cambios en las conductas adictivas no son de todo o nada, sino que el cambio implica pasar por una serie de estadios (precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento, recaída). (Becoña Iglesias, 2000; R. Miller, 1999; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992)
- Presencia de otros trastornos mentales
- Estado físico del fumador (enfermedades tabaco-dependientes u otras enfermedades)
- Medición fisiológica del Monóxido de Carbono (CO) en el aire espirado. La medición de CO es una medida no invasiva, fácil de usar que sirve para evaluar abstinencia y durante el tratamiento da un feedback inmediato que refuerza la motivación cuando el paciente va disminuyendo la cantidad de cigarros fumados.

### Intervenciones

En la revisión y meta análisis de Fiore, mencionado anteriormente se destacan los componentes especialmente eficaces para el abordaje del paciente fumador, que los

profesionales sanitarios deben utilizar (US Department of Health and Human Services, 2008).

- Asesoramiento práctico para la resolución de situaciones de riesgo y formación en habilidades.
- Apoyo social como parte del tratamiento.
- La eficacia del uso de los medicamentos para el tratamiento del tabaquismo, recomendando que los profesionales sanitarios deberán recomendarlos a todos los pacientes que intentan dejar de fumar, tomando en cuenta las situaciones donde estarían contraindicados o en poblaciones específicas.

La Guía Nacional recomienda el abordaje multicomponente para asegurar mejores resultados. Este abordaje consiste en emplear variedad de 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 además del tratamiento farmacológico y apoyo con folletería (Ministerio de Salud Pública Uruguay, 2009).

La Guía además recomienda las siguientes estrategias que demuestran efectividad en los resultados:

- Analizar las ideas y creencias del paciente sobre su salud y el tabaquismo
- Desarrollar habilidades para el afrontamiento de situaciones difíciles previendo conductas alternativas
- Trabajar la autoestima, fomentando la autoeficacia.
- Modificar conductas vinculadas al consumo, instrumentando estrategias de acción alternativas.
- Entrenamiento en técnicas de relajación y reducción de la ansiedad.

Además, esquematiza herramientas de manejo práctico para el logro de la cesación conforme a la etapa de motivación que se encuentre el paciente.

Las etapas de motivación se basan en el modelo de cambio de Prochaska y DiClemente (Becoña Iglesias, 2000; R. Miller, 1999; Prochaska et al., 1992). Las intervenciones para ser eficaces deben tener en cuenta la etapa en que se encuentra la persona. Por ejemplo, dar pautas sobre como dejar de fumar a una persona que no tiene planeado dejar ni considera que ello sea un problema, difícilmente resulte apropiado ni pertinente, ya que no toma en cuenta la perspectiva que el sujeto tiene en ese momento.

La guía modifica la denominación de las primeras etapas de dicho modelo, adecuando los términos al vocabulario del medio, clasificando a los fumadores como:

**NO PREPARADOS** (corresponde a la etapa de *precontemplación* en el modelo de Prochaska y DiClemente) pacientes que no han considerado hasta el momento el abandono del tabaquismo.

**PREPARABLES** (equivalente a *contemplación* en el otro modelo) Pacientes que ya están pensando en la posibilidad del abandono, aunque todavía tienen una gran ambivalencia

**PREPARADOS** (incluye las etapas *preparación para el cambio y acción* del modelo) Pacientes que ya han decidido dejar de fumar.

Las siguientes etapas se corresponden exactamente con el modelo en que se basan y son:

#### **MANTENIMIENTO**

Etapas en la que han pasado al menos 6 meses sin fumar. Se toma este período, dado el gran riesgo de recaída en este lapso de tiempo. Pasado esta etapa, se puede considerar a la persona como ex fumadora.

#### **RECAÍDA**

Esta etapa es parte del proceso dada la alta frecuencia, según los autores del modelo de cambio, el 75% de los sujetos que dejan de fumar lo intentan varias veces hasta lograr el cese total.

En base a este proceso, el objetivo de las intervenciones es favorecer el avance en las etapas del cambio.

#### **Cese abrupto o cese gradual**

Dentro de las estrategias a desarrollar para la cesación, es importante determinar la modalidad del cese en cuanto a si será mediante la reducción gradual del consumo de cigarrillos o el cese abrupto. Cesación gradual refiere a la disminución progresiva de nicotina, mediante el descenso de la cantidad de cigarrillos por día (cpd), hasta llegar al cese total un día previamente establecido. En tanto que la cesación abrupta, es aquella en la que se interrumpe bruscamente el consumo de los cigarrillos que el paciente fumaba habitualmente (E Becoña, 2010; Becoña Iglesias et al., 2014; Núñez et al., 2017; US Department of Health and Human Services, 2008).

En el cese gradual, la reducción paulatina de la nicotina permite un mejor control de los síntomas de abstinencia, actuando tanto en los aspectos fisiológicos como psicológicos de la dependencia, ya que promueve los cambios de conducta necesarios para el cese y el mantenimiento.

La elección de la modalidad debe tener en cuenta el estilo personal del paciente, su elección y también el contexto y las circunstancias. Algunas situaciones requieren el cese abrupto, como es el caso por ejemplo de una internación hospitalaria.

Una revisión de Cochrane de 2012 (Lindson-Hawkey, Aveyard, & Hughes, 2012) no evidenciaba diferencias significativas entre ambas modalidades dentro de un tratamiento planificado y supervisado.

Recientemente, un estudio inglés, realizado por Lindson-Hawley y cols. (Lindson-Hawkey et al., 2016), en el que comparan ambas modalidades, encontró que mientras que el 39,2% dejaba de fumar en forma gradual, el 49% lo hace abruptamente. Resultando además que en los controles de seguimiento a largo plazo (6 meses) también es mayor la abstinencia en los pacientes que realizaron el cese abrupto.

Aunque esta evidencia indica al cese abrupto como más efectivo, el cese gradual puede ser la mejor estrategia indicada dependiendo de los casos. En la práctica clínica de nuestro medio se ha observado que el descenso gradual es el más frecuente dado que es el que los pacientes prefieren. Las pautas socio-culturales deben ser tenidas en cuenta para la elección de una modalidad u otra y valorar si la evidencia de este estudio es aplicable a nuestro medio.

Es importante que la elección de la modalidad sea partir de la consideración de factores biopsicosociales de cada caso y teniendo en cuenta las preferencias del paciente.

#### Duración del tratamiento

En cuanto a la duración del tratamiento la Guía Nacional recomienda que se aseguran mejores resultados con un mínimo de 4 sesiones (Ministerio de Salud Pública Uruguay, 2009). Teniendo en cuenta que el descenso gradual lleva 3-4 semanas, sumado a los controles de seguimiento y considerando además las características de nuestra población, en general el tratamiento se extiende algunas semanas más.

#### Abordaje psicológico

El abordaje psicológico, constituye un componente esencial, ya sea como único tratamiento o combinado con el farmacológico. Hay evidencia demostrada de manera sistemática sobre la eficacia del tratamiento psicológico, ya sea individual o grupal. Las intervenciones que han demostrado su utilidad son la reducción gradual, el manejo del afecto negativo y el apoyo social durante el tratamiento y fuera del mismo, así como el entrenamiento en solución de problemas (Fiore et al., 2008; Hartmann-Boyce, Stead, Cahill, & Lancaster, 2013).

Las prácticas basadas en la evidencia toma los aportes principalmente desde el modelo Cognitivo-Conductual, que aporta la comprensión de ciertos procesos implícitos en la dependencia (reforzamiento, condicionamientos) y estrategias de intervención ampliamente utilizadas (J Ebbert et al., 2011; Lancaster & Stead, 2005).

La valoración psicológica debe considerar además de la evaluación y diagnósticos antes mencionados (grado de dependencia, motivación y otros trastornos mentales) otros aspectos importantes para realizar un adecuado diagnóstico situacional que permita optimizar la intervención. Para dicho diagnóstico se recaba información sobre mecanismos de afrontamiento, su situación vital, situaciones estresantes actuales y soporte socio-familiar.

Las estrategias cognitivo conductuales que han demostrado ser eficaces para la intervención incluyen:

- 1) Entrenamientos en destrezas para afrontar situaciones de riesgo a través de técnicas de control de estímulos
- 2) Procedimiento de cogniciones alternativas y entrenamiento en habilidades de afrontamiento
- 3) Estrategias de prevención de recaídas con cambios en el estilo de vida (relajación, ejercicio físico) (E Becoña, 2010; Becoña Iglesias et al., 2014; Enviar, Becoña, & Sur, 2004; Pereiro Gómez, Becoña Iglesias, Córdoba García, Martínez Raga, & Pine Ogué, 2008).

Dentro de las técnicas habituales que se utilizan, se encuentran: balance decisional, donde el paciente analiza pros y contras del cambio, el autorregistro diario, evitar situaciones de riesgo, realizar actividades alternativas al fumar, técnicas de relajación y resolución de problemas como forma de afrontamiento asertivo ante los desencadenantes de deseo de fumar.

Estas estrategias y técnicas psicológicas se aplican teniendo en cuenta la fase del tratamiento:

- Fase de preparación para el cambio: promover mayor motivación para el cese.
- Fase de abandono: se aplican las técnicas para dejar de fumar
- Fase de mantenimiento de la abstinencia: de la prevención de recaídas (E Becoña, 2010; Becoña Iglesias et al., 2014; Enviar et al., 2004; Pereiro Gómez et al., 2008).

Como se plantea anteriormente, el cese gradual es una estrategia que comprende tanto el aspecto biológico como el psicológico dada la imbricación de los diferentes aspectos en la dependencia. La disminución gradual de la ingesta de nicotina persigue

el objetivo de atenuar la sintomatología de la abstinencia, que se explica por la insuficiente concentración de nicotina en sangre. Pero la percepción del malestar es subjetiva, que, aunque se produce y asocia a un fenómeno fisiológico, la persona lo percibe como un afecto negativo, un malestar dado por ansiedad, desasosiego, irritabilidad, etc. Además, dando cuenta de la complejidad del fenómeno de la dependencia, el síntoma puede estar asociado a un desencadenante social, es decir cualquier situación que genera el deseo de fumar (encontrarse con amigos que fuman, ver publicidad, etc.).

Por ende, en el cese gradual, se desarrollan estrategias que tienen en cuenta todos los factores relacionados, tomando en cuenta las situaciones de riesgo de la persona en particular y sus formas habituales de afrontarlos, promoviendo estrategias alternativas al fumar que se adecuan mejor al estilo personal de cada paciente.

Otro aspecto primordial es favorecer el apoyo social que actúa como factor de protección, facilitando el abandono del tabaquismo. Por ejemplo, comunicar la decisión de dejar de fumar a figuras significativas, generando un compromiso consigo mismo y con los demás, que lo impulsa al logro del objetivo y al mismo tiempo favorece conductas de apoyo y comprensión de las personas que lo rodean (E Becoña, 2010).

Existe cierta controversia con el hecho de que las técnicas del tratamiento psicológico son aplicadas por varios profesionales de la salud que abordan el tratamiento del tabaquismo y no solo psicólogos o psiquiatras. Se considera que el uso del concepto de tratamiento psicológico cuando es realizado por profesionales que no son psicólogos o psiquiatras, no sería correcto, pudiendo interpretarse como una intromisión en el campo psicológico (Becoña Iglesias et al., 2014). Se recomienda el concepto de “consejo conductual” cuando la aplicación de las técnicas del tratamiento psicológico la realizan otros profesionales sanitarios (que no sean del área de salud mental) que han recibido debido entrenamiento.

Sin lugar a dudas, si bien ciertas técnicas cognitivas conductuales pueden ser aplicadas por cualquier profesional de la salud entrenado, las tareas más complejas que permiten a través de la evaluación psicológica, adecuar las estrategias a cada persona, sobre todo en casos de mayor complejidad, son propias de los profesionales de la salud mental. Por ello, en condiciones ideales, se requiere de un equipo integrado interdisciplinariamente con profesionales de diferentes disciplinas, con formación específica además en el tratamiento del tabaquismo (Manzano et al., 2010).

## La Entrevista Motivacional

Una estrategia fundamental para el abordaje psicológico de los fumadores es la denominada Entrevista Motivacional (EM). Es una herramienta que surge de investigaciones a partir de la práctica clínica con pacientes con adicciones.

Fue desarrollada por los psicólogos Miller y Rollnick (1991) a partir del modelo de las etapas de cambio de Prochaska y DiClemente, comentado anteriormente. Es una intervención con un abordaje colaborativo, centrado en la persona para fortalecer la motivación para el cambio (R. Miller, 1999; W. Miller & Rollnick, 2015).

En esta estrategia el enfoque es de colaboración, el terapeuta conduce la entrevista con el objetivo de que sea el propio paciente que evoque las razones para el cambio, ayudándolo a resolver la ambivalencia, característica de las conductas adictivas. Se trata que el cambio surja del propio paciente y no sea impuesto desde afuera (Bello, Flores, Bello, & Chamorro, 2009).

Miller y Rollnick describen el procedimiento de la EM como un desarrollo en el que se superponen y confluyen cuatro tipos de procesos:

1. **Compromiso:** se trata de atraer al paciente a una relación de tarea colaborativa.
2. **Enfoque:** el terapeuta dirige una conversación sobre el cambio con el fin de ayudar a los pacientes a clarificar sus objetivos
3. **Evocación:** Este proceso por el cual el terapeuta induce la motivación del paciente hacia el cambio.
4. **Plan:** se ayuda al paciente a formular el plan de acción específico para lograr el cambio propuesto (W. Miller & Rollnick, 2015).

La EM propone una relación profesional-paciente no directiva, tomando en cuenta la perspectiva del paciente y favoreciendo su autonomía, adoptando un ritmo de cambio de acuerdo al del propio paciente (Piñeiro B, Míguez MC, & Becoña E, 2010).

Este tipo de abordaje está especialmente indicado para promover la motivación en aquellos pacientes que aún no deciden el cambio. Es una herramienta esencial para las intervenciones del equipo de salud con aquellos pacientes que no se han decidido a dejar de fumar, pero contactan los servicios asistenciales por otros motivos. También en aquellos que ya están decididos y consultan con la meta de dejar de fumar, ofrece un estilo de comunicación propicio para favorecer la cesación.

## Tratamiento farmacológico

Ha sido ampliamente demostrada la eficacia del tratamiento farmacológico, siendo una importante estrategia dentro del abordaje del tabaquismo. En las dos últimas décadas ha habido cambios con respecto a décadas anteriores con el surgimiento de nuevos fármacos (Cahill et al., 2013; Hartmann-Boyce et al., 2013) y modificaciones en sus combinaciones y dosis (Jon Ebbert et al., 2009).

Los fármacos utilizados en la actualidad son de dos tipos: Tratamientos farmacológicos de reemplazo de la nicotina y Tratamientos farmacológicos no nicotínicos (Koegelengerg et al., 2014; L Stead et al., 2012)

Los tratamientos con terapia de reemplazo de la nicotina (TRN) actúan aliviando el síndrome de abstinencia de nicotina que se produce al dejar de fumar (irritabilidad, dificultad para la concentración, etc.). Las presentaciones comercialmente disponibles son chicles, parche transdérmico, aerosol nasal, inhalador y comprimidos sublinguales (L Stead et al., 2010). En nuestro país actualmente solo existen los chicles, si bien hasta hace unos 3 años también se encontraban los parches. En la terapia de reemplazo a la nicotina se administra nicotina por otra vía de liberación, que por su concentración y absorción más lenta, no produce dependencia (Cordovilla et al., 2017).

La revisión sistemática realizada por Stead y colaboradores, concluye que todas las formas comercialmente disponibles de TRN pueden ayudar a las personas que intentan dejar de fumar a aumentar sus posibilidades de lograrlo en forma exitosa, incrementando la tasa de abandono en un 50 a 70%. (L Stead et al., 2012)

En cuanto a los tratamientos no nicotínicos, los de primera línea son el bupropión (BPN) y la vareniclina (VCN), (Cahill et al., 2013; West et al., 2015), estando ambos disponibles en nuestro país.

El BPN es un antidepresivo que tiene un efecto específico en las vías neuronales subyacentes a la adicción a la nicotina, siendo su uso independiente de su efecto antidepresivo y tiene una eficacia similar a la del reemplazo de nicotina (J Hughes et al., 2014). Un metaanálisis basado en 24 estudios demostró que el BPN aumenta al doble la probabilidad de abstinencia a largo plazo (Fiore et al., 2008).

La VCN se diseñó específicamente para el tratamiento del tabaquismo. Aumenta entre dos y tres veces las probabilidades de abstinencia a largo plazo, siendo más efectiva que el BPN y la TRN (Burke, Hays, & Ebbert, 2016). Lo novedoso de su acción es que tiene un efecto antagonista que disminuye el placer al fumar, reduciendo además los síntomas de abstinencia (Jimenez Ruiz & Fagerström, 2011).

La reciente revisión sistemática de Cahil y cols. concluye que la TRN, el BPN, la VCN y la cisticina mejoran las chances de cesación. Agregan que la combinación de TRN y VCN son igualmente efectivas para apoyar al cese y que se ha demostrado que la nortriptilina también mejora las chances de dejar de fumar. La evidencia afirma además que los tratamientos no tienen una incidencia de efectos adversos que mitiguen su uso (Cahill et al., 2013).

Con respecto a la combinación de medicamentos, desde el año 2008 hasta el momento se han publicado varios ensayos clínicos y meta-análisis que demuestran la eficacia y seguridad de utilizar diferentes combinaciones de los fármacos existentes para dejar de fumar.(J Ebbert et al., 2011; Jon Ebbert et al., 2014; Koegelengerg et al., 2014).

En 2016 se publicó un trabajo conocido como estudio EAGLES (Evaluating Adverse Events in a Global Smoking Cessation Study), realizado en ciento sesenta y siete centros de todo el mundo, con 8.000 fumadores participantes en los que la mitad presentaba patología neuropsiquiátrica. Este estudio demostró que las terapias farmacológicas (TRN, VCN y BPN) eran eficaces para ayudar a abandonar el tabaquismo tanto en población sana como en aquellos con problemas psiquiátricos (Anthenelli et al., 2016). Este estudio amplía la población pasible de recibir tratamientos farmacológicos, dado que previo a esta investigación, no había consensos para el abordaje de los pacientes con patología psiquiátrica.

Esta evidencia incrementa los recursos disponibles para apoyar a una población vulnerable, como lo son los pacientes con patología psiquiátrica. Población que presenta mayor probabilidad de dependencia a la nicotina, mayor grado de dependencia, mayor dificultades para lograr el cese y el mantenimiento, menores tasas de cesación y mayor probabilidad de recaídas, comparados con la población general (Serebrisky, 2012).

En conclusión, existen fármacos con eficacia probada que ayudan a los fumadores en la cesación del tabaquismo. La elección depende de una serie de factores que comprende comorbilidades, contraindicaciones, preferencias, así como disponibilidad de los mismos en el sistema de salud.

#### Cigarrillo electrónico

El uso de los cigarrillos electrónicos se ha extendido en los últimos años, debido fundamentalmente al efecto de simular la experiencia conductual del tabaquismo, así

como proveer de nicotina sin la combustión del tabaco. Pudiendo tener un uso potencial en el abandono del tabaquismo como en la reducción del daño al tabaco (Rahman, Hann, Wilson, Mnatzaganian, & Worrall-Carter, 2015).

El uso del cigarrillo electrónico es un tema controversial. Existe preocupación acerca de si son un efectivo remedio para dejar de fumar o si en realidad perpetúan la dependencia a la nicotina debido a que mantendría el “enganche” para el uso de la nicotina. A esto se suma el hecho de que permitiría fumar en ambientes donde se ha prohibido fumar, normalizando así la conducta. A pesar de estos riesgos, también es posible que le permita a ciertos fumadores que no logran dejar, reducir los riesgos mediante la sustitución del tabaco por los cigarrillos electrónicos (Rahman et al., 2015).

Las conclusiones a las que arriba el estudio de Rahman y cols. (2015), plantean que hay una asociación entre el uso de cigarrillo electrónico y la cesación, sugiriendo que pueden ser un método alternativo efectivo para dejar de fumar. También demostraron que el uso de cigarrillos electrónicos se relaciona con una reducción en la cantidad de cigarrillos fumado, sugiriendo tener un papel en los programas de reducción del daño del tabaco.

A nivel nacional, una reciente revisión sobre el cigarrillo electrónico plantea la necesidad de más estudios para tener mejor evidencia sobre seguridad, patrones de uso y aspectos regulatorios asociados al uso de cigarrillos electrónicos (Llambí, Parodi, Barros, & Pippo, 2014).

#### Unidades Especializadas

En cuanto a las unidades especializadas en Tabaquismo, habitualmente el paciente acude ya sea por motivación propia o de familiares, o por derivación de cualquier integrante del equipo de salud, para un abordaje y tratamiento más intensivo si así las condiciones lo requieran. Entre los fumadores se encuentran algunos grupos mencionados anteriormente, denominados especiales que por diversos motivos demandan un apoyo específico: grupos con mayor consumo, con comorbilidades que conllevan mayor dificultad para la cesación (trastornos de la salud mental), en situaciones en las que el beneficio de la cesación a corto plazo es perentorio (embarazadas) o situaciones en las que los determinantes del consumo y la motivación para la cesación, difieren de la población general (adolescentes) (Ministerio de Salud Pública Uruguay, 2009).

Características como grado de adicción fuerte, múltiples intentos previos fallidos de cesación o pertenecer a las poblaciones anteriormente mencionadas pueden presentar mayor desafío en su abordaje y requerir de profesionales especializados para un tratamiento adecuado, para aumentar sus posibilidades de cese. Las intervenciones deben adaptarse para que sean aceptables, accesibles, apropiadas y posibles (Ministerio de Salud Pública Uruguay, 2009).

En estos casos, el tratamiento puede requerir consultas más frecuentes, ser más prolongado en el tiempo y considerar eventuales contraindicaciones y otros aspectos a tener en cuenta de acuerdo a cada situación. En el caso de las embarazadas, por ejemplo, se debe sopesar la utilización de ciertos medicamentos o en el caso de los pacientes con patología psiquiátrica, examinar las posibles interacciones de los medicamentos a utilizar y los posibles efectos adversos en las patologías de base. En tanto en la población adolescente, hay que adoptar las intervenciones efectivas probadas por la evidencia. Dichas intervenciones se dirigen al reconocimiento de fortalezas, debilidades y posibilidades de cambio, estimulando la conciencia crítica, fortaleciendo la autoestima, así como al entrenamiento en autocontrol y en habilidades de afrontamiento y resolución de problemas, no demostrando que la terapia farmacológica sea de utilidad en este grupo (Ministerio de Salud Pública Uruguay, 2009; Pereiro Gómez et al., 2008).

El enfoque de las intervenciones en estas poblaciones deben ser adaptadas teniendo en cuenta las situaciones particulares para lograr mantener la motivación para el logro del cese, visualizando beneficios específicos en cada una de las situaciones (Pereiro Gómez et al., 2008).

#### Nivel de Funcionamiento de la Personalidad (NFP)

Concepto de diagnóstico definido por el DSM-5 que describe el funcionamiento de la personalidad considerando diversos componentes. Engloba dimensiones que dan cuenta de la personalidad, valorando por una parte el funcionamiento en relación consigo mismo, a través de la identidad y la autodirección (traducción del inglés de self-direction), y por otra, en relación con los otros (funcionamiento interpersonal) considerando capacidad de empatía e intimidad. Su evaluación es de gran utilidad, ya que orienta sobre las dificultades que presentan las personas para desenvolverse en su vida y sus relaciones (Bernardi, 2010; Bernardi et al., 2016). Este concepto ha sido desarrollado por el grupo de trabajo del DSM-5, que desarrolló la escala para su evaluación clínica.

## Escala de Nivel de Funcionamiento de Personalidad (ENFP)

El DSM-5 recientemente publicado (American Psychiatric Association, 2014b) propone una escala que adopta la descripción del NFP, describiendo áreas a ser indagadas para su evaluación. A partir de una rigurosa revisión seleccionaron las dimensiones que demostraron dar cuenta del funcionamiento de la personalidad para calificar el NFP en un continuo. A través de entrevista semiestructurada se indagan las siguientes áreas: integración de la identidad, autodirección, capacidad de empatía y capacidad de establecer vínculos de intimidad y cooperación (D. S. Bender et al., 2011; Bernardi, 2010; Morey et al., 2011). Esta escala permite evaluar la manera en que la persona establece su vida, de acuerdo a como percibe y organiza su experiencia subjetiva y a la forma que tiene de vincularse con los demás. La valoración consta de diferentes niveles que irían de lo saludable y adaptativo (según las normas y expectativas de la cultura del individuo), a un nivel de deterioro extremo.

### **3. PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

#### **3.1 Elección del tema**

El tema elegido para investigar está relacionado con los aspectos psicológicos en el tabaquismo. A partir de la inserción clínica en un equipo interdisciplinario de abordaje integral del tabaquismo del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, surge la inquietud de profundizar en aspectos psicológicos en juego en el paciente fumador ante el desafío de la cesación.

Dada la implicancia de factores biológicos, psicológicos y sociales en el problema del tabaquismo, el interés es evaluar aspectos psicológicos desde una perspectiva aún no estudiada en profundidad.

El tabaquismo como problema emerge desde la disciplina médica, como factor de riesgo de numerosas y graves enfermedades tabaco-dependientes. La psicología aborda posteriormente este tema, inicialmente estudiado desde un paradigma biologicista. Significativamente en nuestro país, los profesionales de la salud mental son una minoría trabajando en tabaquismo y no existe dentro del plan de estudios para la formación en Psicología un abordaje sistemático del tema.

Los temas sobre los aspectos psicológicos en relación al tabaquismo que han sido abordados y estudiados, para los que existe numerosa evidencia, son los relacionados con los trastornos psiquiátricos comórbidos, los aspectos de la personalidad basados

en los conceptos de extroversión, neuroticismo, psicoticismo y sobre factores de riesgo psicosociales asociados con la iniciación.

Si bien los aportes para el tratamiento han sido fundamentales para el abordaje del paciente fumador, a través de las técnicas cognitivo-conductuales, así como de la Entrevista Motivacional, en general estos no han sido diseñados y planificados de acuerdo a las características de personalidad de los pacientes. Son escasos los trabajos que toman en cuenta estas peculiaridades (E. Fernández et al., 2011,) y las recomendaciones de las guías o manuales de tratamiento, son generales y no especifican intervenciones según las características de los pacientes.

Por otra parte, en la consulta del paciente fumador el abordaje de los aspectos psicológicos se limita a una visión psicopatológica, identificando y diagnosticando trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, psicosis), prevaleciendo el enfoque categorial y de comorbilidad (dependencia y trastorno psicopatológico). Los aspectos del funcionamiento de la personalidad no son evaluados de forma sistemática ni registrados en la Historia Clínica de las Unidades de Tabaquismo.

Analizar el NFP y su relación con la cesación en tabaquismo, podría permitir una mayor comprensión que pueda predecir resultados y orientar diferentes estrategias de intervención. Estrategias orientadas a realizar un abordaje más individualizado, tomando en cuenta el funcionamiento de las áreas comprendidas en el NFP, mejorando las posibilidades de lograr la abstinencia.

### **3.2 Pregunta de Investigación**

Aproximarse a la comprensión del NFP podría ayudar a relacionar determinados aspectos con el logro de la cesación. Las dimensiones que se analizan en este concepto podrían incidir en el proceso de cesación determinando los resultados del tratamiento.

El proceso de dejar de fumar implica varias tareas demandantes psicológicamente: tolerar sensaciones displacenteras (craving), utilizar estrategias alternativas al acto de fumar, implementar tareas para el control de los automatismos, romper la asociación de actividades cotidianas con el fumar, instrumentar un adecuado afrontamiento del estrés, así como de situaciones problemáticas y de otras emociones desagradables sin el “apoyo” del cigarro, etc.

En cuanto a cómo se podría relacionar el NFP con el proceso de cesación, es importante examinar como los aspectos de personalidad evaluados inciden en el proceso de cesación.

Tomando la dimensión del funcionamiento en relación con el self, en el indicador *identidad*, se podría plantear que, a una mayor integración de la misma, se esperarían mejores resultados. Sería de suponer que una mayor regulación de los estados del sí mismo, de la autoestima, de la capacidad de autorreflexión, de los afectos, del establecimiento de límites con los otros, permitan un mejor manejo de las exigencias propias del proceso de cese.

En cuanto a un mejor funcionamiento en la *capacidad de autodirección* (traducción del inglés de self-direction), se podría inferir una mayor predisposición para organizarse e implementar cambios de conducta, pudiendo alcanzar las metas que a corto, mediano y largo plazo el proceso va requiriendo. A modo de ejemplo, disminuir la cantidad de cigarrillos diarios, implementar actividades para distraer el deseo de fumar, adquirir hábitos saludables para el manejo del estrés, etc.

En lo que respecta a los indicadores de la dimensión del relacionamiento interpersonal, a saber, *capacidad de empatía y capacidad de establecer vínculos de intimidad y cooperación*, su adecuado funcionamiento impactaría en dos aspectos. Por un lado, facilitando la relación terapéutica con el equipo tratante, promoviendo la cooperación y la aceptación de ayuda que es un pilar esencial en el tratamiento. Por otro lado, el mejor funcionamiento en el relacionamiento interpersonal implicaría contar fuera del tratamiento, con un adecuado soporte emocional y social percibido. Aspecto también de suma importancia en el proceso de cese y mantenimiento ya que contar con vínculos cercanos, afectivamente significativos, facilita la regulación de respuestas emocionales. Esto coincide con la evidencia y las recomendaciones de guías y consensos, que consideran el apoyo social como un factor de protección fundamental asociado al éxito en la cesación.

En este sentido puede ser de utilidad para valorar el NFP mediante la escala propuesta por el grupo de trabajo de Personalidad y Trastornos de Personalidad del DSM-5. Este grupo plantea la mayor utilidad clínica de evaluar *la severidad* de la patología de la personalidad que *el tipo* de trastorno, mediante la ENFP. Los indicadores a evaluar involucran las funciones anteriormente mencionadas *relacionadas al yo* (self) e *interpersonales*. La escala evaluaría las funciones centrales comunes a los trastornos y permitiría identificar la presencia y la severidad y no sólo el tipo particular de trastorno (D. Bender et al., 2011; Morey et al., 2011).

La pregunta a plantear sería entonces, si el NFP incide en el logro de la cesación.

La hipótesis: es probable que los pacientes que tengan un mejor NFP tengan mayor probabilidad de cesación. Se presume que, si el NFP presenta alteraciones, el proceso para dejar de fumar conllevaría mayores dificultades, haciendo menos probable el logro del cese.

### **3.3 Relevancia**

En Uruguay los resultados en cesación van desde el 20% al 35% al año de finalizado el tratamiento (Elba Esteves et al., 2018; Llambí et al., 2008).

Profundizar en ciertos aspectos psicológicos que pueden incidir en la persona fumadora y en su tratamiento, puede permitir una mejor comprensión que aporte información para intervenciones más eficaces.

Hay un creciente interés en entender las diferencias individuales en el comportamiento de fumar y la respuesta al tratamiento (Munafò et al., 2007).

En cuanto a la relevancia científica, será un aporte evaluar el funcionamiento de la personalidad y relacionarlo con la cesación tabáquica para poder adecuar las estrategias terapéuticas en el tratamiento del tabaquismo. Un interés adicional está dado en explorar la aplicabilidad de la ENFP en una población de fumadores y también en nuestro medio, no conociendo evidencia sobre la aplicación de la misma en ninguna de las dos situaciones.

Los resultados obtenidos, por su relevancia y originalidad, contribuirían al crecimiento de los conocimientos en el medio, pudiendo ser aplicables a los programas de cesación vigentes, generando conocimientos que permitan una mayor comprensión de los aspectos psicológicos de los fumadores. Compartir la información con los profesionales especializados en tabaquismo de diferentes disciplinas, posibilitaría un enriquecimiento fomentando un intercambio de interdisciplinar. La relevancia además estaría dada por el hecho de tener resultados basados en nuestra población, dado el liderazgo que Uruguay tiene en el tema.

### **3.4 Objetivos**

- Analizar si el nivel de funcionamiento de la personalidad de los pacientes fumadores se asocia con la cesación del tabaquismo, en una población de pacientes que consulta en la Unidad de Tabaquismo del Hospital de Clínicas.

- Explorar la aplicabilidad de la ENFP en esta población.

#### **3.4.1 Objetivos específicos**

- Evaluar los niveles de funcionamiento de la personalidad de los pacientes fumadores.
- Identificar los pacientes que logran abstinencia al finalizar el tratamiento.
- Observar si se mantiene la abstinencia 6 meses después de finalizado el tratamiento.
- Comparar el NFP entre los pacientes que logran la abstinencia y los que no.

### **4. METODOLOGÍA**

Diseño: 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.

Población: fueron invitados a participar pacientes que consultaron voluntariamente durante setiembre 2016 y noviembre del 2017. Se incluyeron los pacientes que dieron su consentimiento y asistieron al menos a una segunda consulta. Este último criterio se tomó debido al alto porcentaje de abandono luego de la primera consulta (Llambí et al., 2008). Se excluyeron los pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar, déficit intelectual o trastorno cognitivo. Los dos primeros diagnósticos fueron excluidos debido a que son psicopatologías que tienen características que pueden enmascarar o enmendar ciertas características evaluadas por la ENFP y los otros dos criterios que afectan el área cognitiva, básicamente por dificultar la capacidad para reflexionar sobre sí mismo, como la indagación para evaluar la escala requiere. A pesar de tener los criterios de inclusión, no fueron incluidos todos los pacientes de ese período debido a diversas dificultades. Únicamente un paciente declinó participar.

Se realizó un relevamiento de cuantos pacientes consultaron durante el año 2015 para tener una estimación de la prevalencia de psicopatología entre los pacientes atendidos en la Unidad de Tabaquismo. Se contabilizaron el total de las historias clínicas de ese año y se revisó en cada una la información sobre la presencia de trastornos psicopatológicos. Cada historia consta de un sector donde se registran diagnósticos psicopatológicos que surgen a partir de un screening realizado en las entrevistas semiestructuradas habituales al inicio del tratamiento. El propósito fue aproximarse a

ver como se constituía la población consultante en ese aspecto. De un total de 139 pacientes que consultaron durante 2015, 48 fueron solo a una consulta, y 10 presentaron psicopatología consideradas como criterios de exclusión del estudio. Por lo que considerando ese año, la totalidad de los pacientes que hubieran sido incluidos en el estudio, hubiesen sido 81.

Procedimiento: Se diseñó un formulario específico para este estudio, para la recolección de datos y variables (Apéndice 1). Las variables fueron agrupadas en secciones de información general, características del consumo, características del tratamiento, resultados de la ENFP y datos del seguimiento.

Se realizó la consulta inicial común a todos los pacientes que consultan habitualmente completando la historia clínica usual, en la que se registran datos identificatorios, historia de fumador y otros datos mencionados anteriormente en el apartado de diagnóstico y evaluaciones. A final de la consulta inicial y considerando la presencia o no de criterios de exclusión que surgían de la misma, se invitó a participar al paciente en el estudio, entregando hoja informativa y solicitando consentimiento informado (Apéndice 2). En caso de aceptación se coordinó la entrevista individual para la aplicación de la ENFP a partir de la segunda consulta, teniendo en cuenta disponibilidades horarias de los pacientes.

En general las entrevistas fueron realizadas el mismo día que acudieron a la consulta del tratamiento, para mayor comodidad de los pacientes. Se grabaron con el programa Notas de voz realizando respaldo con iCloud. El tiempo promedio de las entrevistas fue de 1 hora.

Para evaluar el grado de dependencia física a la nicotina se utilizó el test de Fagerström (Anexo 1). Se trata de un test válido y de fácil aplicación que consta de 6 preguntas con respuestas múltiples. Dependiendo de las respuestas se obtiene una puntuación que oscila entre 0 y 10 puntos. Según el puntaje se clasifica en grado leve, moderado o severo (Heatherton et al., 1991).

Tres de las preguntas se relacionan con dependencia severa: número de cigarrillos que consume al día, el tiempo que transcurre desde que se levanta hasta que consume el primer cigarrillo y cuál es el cigarrillo que más necesita consumir. Si consume 20 o más cigarrillos al día, si fuma el primer cigarrillo en la primera media hora de después de levantarse y si ese cigarrillo es el que más necesita, probablemente el fumador tenga dependencia severa.

La desventaja que presenta para la práctica clínica es el número de falsos negativos que presenta: determinados patrones de consumo que obtienen puntuaciones bajas en este test (de 0 a 2) no necesariamente indican un bajo grado de dependencia (Heatherton et al., 1991).

Para evaluar el funcionamiento de personalidad se seleccionó la ENFP porque indaga aspectos de la personalidad que pueden estar en juego en el proceso de cesación y en el mantenimiento de la abstinencia. El diagnóstico resultante orienta sobre el grado de dificultad para enfrentar los desafíos de la vida y las relaciones interpersonales que presentan los pacientes (Bernardi et al., 2016), considerando el dejar de fumar como una situación muy demandante de los recursos personales.

La ENFP indaga diferentes indicadores basados en descripciones clínicas definidos para cada puntaje en cada dominio (Anexo 2). Se elaboró una guía de temas a investigar, con preguntas orientadoras, así como observaciones para la 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.

Para evaluar Identidad se indagó sobre la capacidad de percibirse con cohesión, posibilidad de autorreflexión, sentido adecuado de autonomía, consistencia en sus roles, adecuada autoestima, posibilidad de percibir, regular sus emociones e impulsos, etc. Se les pedía como ejemplo, que relataran alguna situación que le generase fuertes sentimientos negativos, para a partir de ello examinar la valoración que hacía sobre la situación, el manejo de las emociones que le generaba y la capacidad de tolerarlas y resolverlas.

Con respecto a la autovaloración se observó la capacidad de establecer y aspirar a metas basadas en una evaluación realista y razonable. Comprendiendo tanto metas vitales, así como pequeños desafíos. Las preguntas se relacionaban con logros, metas, objetivos cumplidos o no, así como la manera de estructurarse para el cumplimiento de los mismos.

Para la esfera interpersonal se examinó si el paciente era capaz de entender el comportamiento que puede surgir en otros en el relacionamiento y si lograba comprender que podían ser en respuesta o suscitados por su propia conducta. Por ejemplo, si el paciente describía una situación de conflicto con otra persona, se profundizaba buscando observar si el paciente era capaz de percibir, así como reflexionar sobre el punto de vista de la otra persona, tomando en cuenta los pensamientos y emociones de los demás. Se indagó además sobre la existencia de

personas importantes y significativas en su vida, especialmente la presencia de vínculos de intimidad con personas cercanas. Se exploró la profundidad y conexión de los vínculos con otros, analizando conductas de reciprocidad, tolerancia y cooperación y se consideró la manera en que vivenciaba y toleraba las separaciones.

Dada la interrelación entre las dimensiones, algunos ejemplos de situaciones planteados por los pacientes, proporcionaban información para evaluar tanto la dimensión en relación consigo mismo como el interpersonal. Los ejemplos donde se describía alguna situación conflictiva concreta, permitían evaluar tanto la capacidad de regular emociones como la capacidad de interpretar la actitud de los otros y reflexionar sobre ello.

Dentro del análisis de las entrevistas, además del contenido verbal, se prestaba especial atención a aspectos de la personalidad del paciente que pudieran estar en contradicción o presentaran discordancias. También fueron especialmente tenidos en cuenta, reacciones emocionales durante la entrevista, así como los sentimientos que generaba al entrevistador y toda información proveniente del plano no verbal relevante para la evaluación.

En cuanto a la evaluación propiamente dicha de las entrevistas, en los dos primeros pacientes, se instrumentó que la escala fuese evaluada por dos personas en forma separada. Además del investigador, colaboró en esas dos evaluaciones, otro profesional de salud mental entrenado en el uso de la ENFP para cotejar resultados. Se analizaron y clasificaron ambas entrevistas puntuando el NFP de cada paciente de manera independiente. Finalmente se compararon las dos evaluaciones, no encontrándose discrepancias. Este paso fue implementado para garantizar en cierta medida, mayor confianza en el procedimiento y la evaluación.

En relación al tratamiento, fueron individualizados de acuerdo al abordaje habitual, tomando en cuenta los requerimientos de cada paciente. Siendo el apoyo cognitivo conductual el componente común a todos los tratamientos, en tanto que el apoyo farmacológico varió de acuerdo a cada caso particular, dependiendo del grado de dependencia, de la existencia o no de contraindicaciones y respetando preferencias del paciente.

Se consideró cese en el tratamiento cuando el paciente afirmaba estar sin fumar al menos dos semanas y se corroboraba con medición de CO espirado con coxímetro portátil. Se consideró abstinencia si los valores de CO eran menores a 8 ppm.

Las consultas de control del tratamiento fueron realizadas por los mismos integrantes

del equipo asistencial que habitualmente asisten en la Unidad. Dada que el equipo asistencial está conformado por cinco profesionales (cuatro del área médica y uno de psicología), es frecuente que en las diferentes consultas el mismo paciente sea atendido por diferentes profesionales, que a través de la historia clínica van siguiendo las indicaciones y la evolución del paciente.

Se realizó seguimiento telefónico en primera instancia a los pacientes después de 6 meses de finalizado o abandonado el tratamiento. En caso de manifestar abstinencia sostenida, se citó para medición de CO para confirmación.

Se ingresaron los datos de los pacientes entrevistados a la base, incluyendo los resultados de la escala NFP y los seguimientos.

Cabe considerar que el llenado de los formularios fue gradual, realizado en 3 etapas a medida que se obtenían los datos pertinentes durante el proceso de investigación. Al inicio se registraron las variables relacionadas con la identificación, datos sociodemográficos y resultados de la ENFP; al finalizar el tratamiento, las variables relacionadas al mismo (cantidad de sesiones, cese sí o no, número de sesión del cese, tipo de tratamiento recibido, sesión que abandona el tratamiento) y al seguimiento los datos de las variables pertinentes (mantenimiento de la abstinencia, medición de monóxido confirmatorio).

Variables:

Variables sociodemográficas: sexo (masculino/femenino), edad (en años cumplidos), estado civil, ocupación, nivel de instrucción.

Variables relacionadas al tabaquismo: edad de inicio (en años cumplidos), enfermedad tabaco-dependiente (presente/ausente), cantidad de cigarrillos diarios (cpd), grado de dependencia (leve/moderada/severa).

Variables de tratamiento recibido: cantidad de consultas (en números), tipo de tratamiento (TRN/BPN/VRN/cognitivo conductual/combinado)

Variables sobre resultados de tratamiento: dejó de fumar (corroborado con medición de CO) (si/no), número de consulta de cese, abandonó el tratamiento (si/no).

Variable de nivel funcionamiento de la personalidad (resultados de la ENFP): puntaje en cada dominio (identidad, autodirección, empatía, intimidad) ordenado en categorías de menor a mayor gravedad (sin deterioro/poco deterioro/ moderado deterioro/ severo deterioro/extremo deterioro).

Variables del seguimiento: mantenimiento de la abstinencia a los 6 meses de finalizado el tratamiento (si/no), recaídas (si/no), tiempo sin fumar en caso de recaídas

(en días), medición de CO final (en partes por millón).

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-cuadrado o test exacto de Fisher.

Se consideró significativa una  $p < 0,05$ . Se utilizó software SPSS versión 22.

Consideraciones éticas: todos los pacientes recibieron una hoja de información junto al consentimiento informado. En la misma se describían los objetivos del estudio, las características de las tareas e información sobre el uso y la confidencialidad de los datos (Apéndice 2).

La información fue dada en un lenguaje claro y comprensible, adaptado al participante. Una vez leída la hoja de información y el consentimiento bajo información se le preguntó si había comprendido en su totalidad ambos documentos, así como se respondieron las dudas que surgieron durante y al finalizar la lectura.

Sólo participaron del estudio quienes aceptaron y una vez a informados firmaron el consentimiento.

La información que se brindó incluyó los siguientes aspectos:

-Se explicitó que la participación era opcional, pudiendo desistir en participar de la investigación sin que afectara la atención que requería. Podía cambiar de opinión si la investigación no concordaba con sus intereses y preferencias y retirarse sin consecuencias en cualquier momento.

-Se informó sobre el manejo confidencial de los datos, que fueron recogidos de forma independiente de la historia clínica y resguardados de forma independiente.

Se utilizó un código de identificación en las hojas de recogida de datos, para que no fuese identificada la identidad. Los registros de los datos se almacenaron en escritorio con llave y una vez hecho el ingreso electrónico, estos fueron protegidos con contraseña. Ambas medidas de seguridad fueron de exclusivo manejo por el investigador.

Durante la entrevista se prestó atención a posibles reacciones de angustia o malestar al abordar ciertos temas permitiendo la expresión de los afectos y brindando apoyo en la entrevista y en las consultas posteriores del tratamiento evaluando posibles efectos adversos de la entrevista.

Proyecto aprobado por comité de ética de la Facultad de Psicología, UdelaR, en abril de 2015. (Anexo 3).

## 5. RESULTADOS

### Características sociodemográficas

Participaron 28 pacientes en el estudio entre 25 y de 80 años, con un promedio de 48 años (DE  $\pm$  12,3), 16 eran mujeres; la mayoría tenían pareja estable.

En cuanto al nivel educativo y a la actividad laboral, la mayoría (14) tenían secundaria incompleta y estaban trabajando (Tabla 1).

**Tabla 1**

*Características sociodemográficas.*

	Media (DE)	n (%)
Edad	48 (12)	
Sexo		
	Femenino	16 (57,1)
	Masculino	12 (42,9)
Nivel educativo		
	Primaria incompleta	2 (7,1)
	Primaria completa	4 (14,3)
	Secundaria incompleta	14 (50,0)
	Secundaria completa	4 (14,3)
	Terciaria incompleta	3 (10,7)
	Terciaria completa	1 (3,6)
Estado civil		
	Casado-pareja	17 (60,7)
	En pareja no convive	2 (7,1)
	Separado divorciado	6 (21,4)
	Viudo	1 (3,6)
	Soltero	2 (7,1)
Situación laboral		
	Empleado	6 (21,4)
	Empleado estatal	5 (17,9)
	Independiente	6 (21,4)
	Changas	2 (7,1)
	Desempleado	6 (21,4)
	Jubilado	3 (10,7)

DE: desvío estándar

### Características relacionadas al tabaquismo

En relación a la cantidad de cigarrillos fumado la moda fue 20, la mediana 22,5 con un mínimo de 10 y un máximo de 60 cpd (DE  $\pm$  15,9), con una distribución que no es normal.

La media de la edad de inicio fue 16,4 años y la mayoría tenía un grado de dependencia fuerte evaluado con el FTND. La codificación de esta variable fue leve 1, moderado 2 y fuerte 3, y de acuerdo a la moda resultante que fue 3, se puede decir que casi la mitad de los pacientes entrevistados tenían dependencia fuerte.

Sobre las enfermedades tabaco-dependientes se encontró que la mitad de la población las presentaba. En la tabla 2 se muestran estos resultados.

**Tabla 2**

*Características relacionadas al tabaquismo*

Característica (n=28)	Media ± DE	Frecuencia absoluta (%)
Cigarrillos diarios	27±16	
Edad inicio	16±6	
Grado de dependencia		
Leve		5 (17,9)
Moderada		10 (35,7)
Fuerte		13 (46,4)
Enfermedad tabaco dependiente		
Si		14 (50)
No		14 (50)

*DE: desvío estándar*

**Tratamiento**

Acerca del tipo de tratamiento implementado, la mayoría recibió tratamiento combinado (apoyo cognitivo conductual y fármacos). En cuanto a la cantidad de consultas a las que acudieron, el promedio fue de 7,71, con un mínimo de 2 y un máximo de 20 (DE ± 4,3).

La media de la sesión de 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 y 12 de ellos se mantenían sin fumar a los 6 meses. En la tabla 3 se presentan los datos sobre el tratamiento.

**Tabla 3***Características del tratamiento*

		Frecuencia	
		absoluta (%)	Media ± DE
Tipo de tratamiento	TRN	8 (28,6)	
	BPN	1 (3,6)	
	VNC	1 (3,6)	
	Cognitivo conductual	4 (14,3)	
	Combinación	14 (50)	
Cantidad de sesiones			7,71±4,29
N° de sesión al cese			4,76±2,22
Resultado del tratamiento	No cesa y abandona tratamiento	12 (42,9)	
	Cesa	16 (57,1)	
Seguimiento a los 6 meses	Siguen sin fumar	12 (42,8)	
	Recayeron	4 (14,3)	

DE: *desvío estándar*, TCC: *Terapia Cognitivo Conductual*, TRN: *Terapia de Reemplazo Nicotínica*, BPN: *Bupropión*, VNC: *Vareniclina*

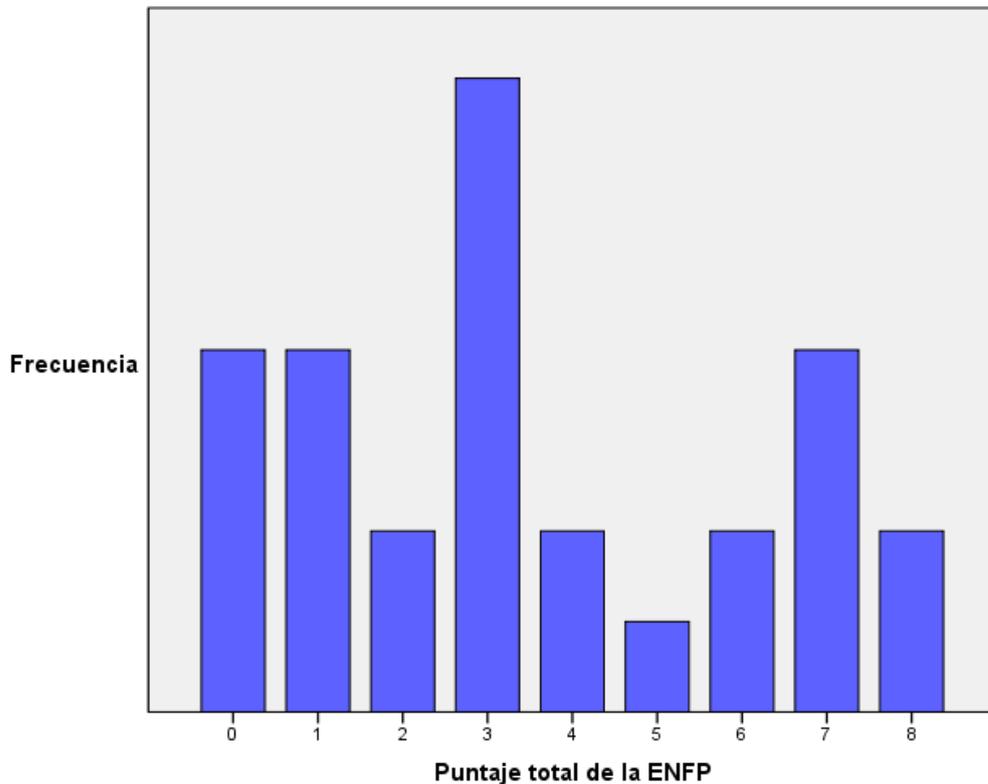
A los 6 meses 4 habían recaído, permaneciendo sin fumar entre 12 a 60 días. No encontrándose diferencias entre los NFP entre los que se mantienen sin fumar y los que recaen posiblemente debido al tamaño pequeño de la muestra ( $p= 0,615$ ).

**Escala de Nivel de Funcionamiento de Personalidad (ENFP)**

Se tomó un puntaje global realizando para cada paciente la suma de los puntajes de cada dominio y fijando un punto de corte de 4, donde los pacientes con puntaje igual o menor de 4 fueron clasificados como sin deficiencia o algo de deficiencia en el NFP o buen NFP. Este punto se tomó en base a que los puntajes entre 0 y 1 en cada dominio significa sin o deficiencia leve, mientras que puntajes de 2 a 4, representan deficiencia moderada a extrema. Se tomó en cuenta además que ese total de 4 no incluyera puntaje igual o mayor de 2 en ningún dominio considerando que un puntaje de 2 significa deficiencia moderada. No se encontró ningún caso que con un puntaje total de 4 o menos tuviera algún dominio igual o mayor a 2. El rango del puntaje total parte

de un mínimo de 0 a un máximo de 16, dado que cada uno de los cuatro dominios tiene un máximo puntaje de 4 (que corresponde a deficiencia extrema).

Se encontraron valores que van de un mínimo de 0 y a un máximo de 8 como lo muestra la figura 1. La mediana de los puntajes obtenidos en la escala NFP fue de 3, tanto considerando toda la muestra como analizando por sexo.



*Figura 1.* Distribución de frecuencias de los puntajes de la Escala de Nivel de Funcionamiento de la Personalidad (Puntajes  $\leq 4$  sin deficiencia en el NFP)

En lo que se refiere a los puntajes en cada dominio de la ENFP, se encontró que, en identidad y autodirección, la mayoría se encontraban en el nivel sin deficiencia o algo de deficiencia. En el dominio empatía 25% presentaba deficiencia moderada y en intimidad, 28,6% presentaba deficiencia moderada, valores que se describen en la tabla 4.

**Tabla 4***Puntajes de las frecuencias en cada dominio de la ENFP*

Puntaje	Dimensiones ENFP. Frecuencia (%)				
	NFP	Identidad	Autodirección	Empatía	Intimidad
0		8 (28,6)	17 (60,7)	10 (35,7)	6 (21,4)
1		17 (60,7)	6 (21,4)	10 (35,7)	14 (50)
2		3 (10,7)	5 (17,9)	7 (25)	8 (28,6)
3		0 (0)	0 (0)	1 (3,6)	0 (0)
4		0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Total		28 (100)	28 (100)	28 (100)	28 (100)

**Asociación entre el NFP y cesación**

Para responder a la pregunta acerca de la relación del NFP con respecto a la cesación, se compararon los resultados de la cesación según el NFP.

Se destaca que de los 16 pacientes que lograron la cesación, 14 presentaron bajos puntajes en la ENFP, correspondiente a mejor NFP. La tabla 5 muestra la distribución de los casos donde se produjo el cese en función de la presencia de alteración en el funcionamiento de la personalidad. La asociación entre estas dos variables resulta significativa ( $p=0,017$ ).

**Tabla 5***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
<b>Total</b>		<b>9</b>	<b>19</b>	<b>28</b>
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, el proceso para dejar de fumar conllevaría mayores dificultades, haciendo menos probable el logro del cese.

### **Grado de dependencia y cese**

No se encontró una asociación significativa entre el grado de dependencia y la cesación.

### **Enfermedades tabaco-dependientes y cese según puntajes ENFP**

Otro dato relevante que surge tomando en cuenta los puntajes de la ENFP, es la relación entre la presencia de enfermedades tabaco-dependientes y el cese. Tomando el total de la muestra, no se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables (p. 0,445). Pero al observar dicha relación discriminando bajos y altos puntajes en el NFP (punto de corte 4) se encontró que de los 14 pacientes con enfermedades tabaco-dependientes, 8 tenían NFP sin alteraciones y 6 con alteraciones (puntajes en la ENFP mayores a 4). De todos ellos 7 dejaron de fumar, 6 de los cuales tenían puntajes en la ENFP menores a 4 y sólo 1 con puntaje de 6 (correspondiente a funcionamiento con alteraciones). Es decir que, en esta muestra, ante la presencia de enfermedades relacionadas con el tabaquismo, la mayoría de los pacientes con NFP sin alteraciones logró dejar de fumar, en tanto que a pesar de padecer enfermedades tabaco-dependientes, la mayoría de los pacientes con alteraciones en el NFP no lograron dejar de fumar como muestra las figuras 2 y 3. No se aplicaron test estadísticos estratificando por NFP por contar con frecuencias bajas.

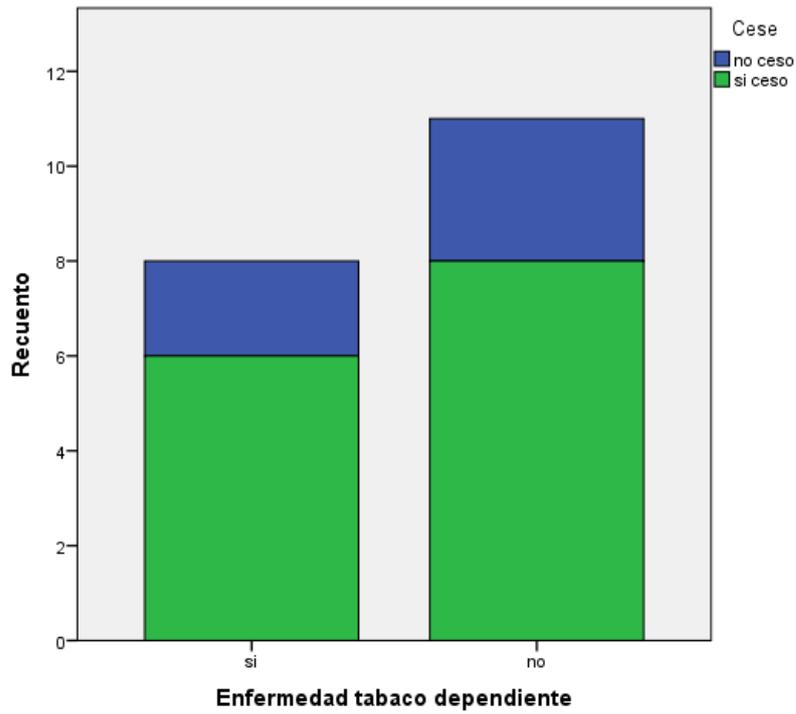


Figura 2. Cese según NFP sin deficiencias y enfermedades tabaco-dependientes

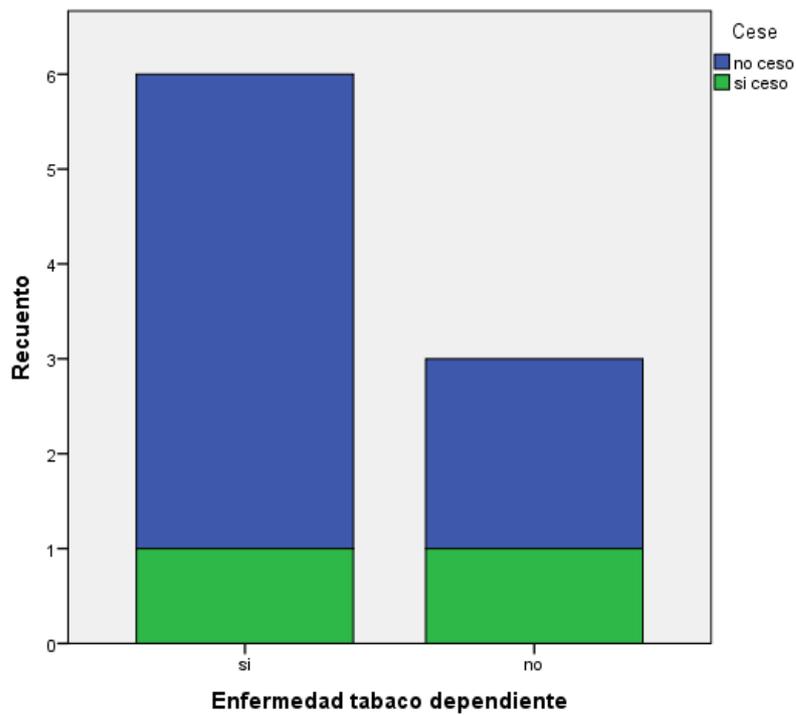


Figura 3. Cese según NFP con deficiencias y enfermedades tabaco-dependientes

### Grado de dependencia y ENPF

Con respecto a la relación entre los niveles de dependencia y los NFP, los pacientes con alteraciones en el NFP presentan con mayor frecuencia en la muestra dependencia moderada y fuerte. En los pacientes sin deficiencia, más de la mitad tienen dependencia fuerte, y un cuarto de ellos leve, según se muestra en la tabla 6 ( $p=0,045$ ).

**Tabla 6**

*Relación NFP con grado de dependencia*

		Nivel Funcionamiento de la Personalidad		Total
		Con deficiencias	Sin o leve deficiencia	
Grado de dependencia	Leve	0	5	5
	Moderada	6	4	10
	Fuerte	3	10	13
Total		9	19	28

### Asociación entre las dimensiones de la ENFP respecto al cese

Por último, se analizó la asociación entre los puntajes en cada dimensión y el cese, encontrándose una relación estadísticamente significativa con identidad ( $p= 0,023$ ), autodirección ( $p=0,034$ ) y empatía ( $p= 0,036$ ). Las tablas 7, 8 y 9 muestran los datos encontrados.

**Tabla 7**

*Cese según resultados en el dominio identidad*

		Cese		Total
		No cesó	Si cesó	
Identidad	Sin deficiencia	1	7	8
	Algo de deficiencia	8	9	17
	Deficiencia moderada	3	0	3
Total		12	16	28

**Tabla 8***Cese según resultados en el dominio autodirección*

		Cese		Total
		No cesó	Si cesó	
Autodirección	Sin deficiencia	4	13	17
	Algo de deficiencia	4	2	6
	Deficiencia moderada	4	1	5
Total		12	16	28

**Tabla 9***Cese según resultados en el dominio empatía*

		Cese		Total
		No cesó	Si cesó	
Empatía	Sin deficiencia	1	9	10
	Algo de deficiencia	5	5	10
	Deficiencia moderada	5	2	7
	Deficiencia severa	1	0	1
Total		12	16	28

## 6. DISCUSIÓN

Nivel de Funcionamiento de Personalidad y resultados de cese

Siguiendo el objetivo de este trabajo se analizó si el NFP de los pacientes fumadores se asociaba con la cesación del tabaquismo. Los resultados muestran los siguientes aspectos:

- Existe una relación significativa entre el NFP y la cesación, al finalizar el tratamiento y en el mantenimiento a los 6 meses.
- Los pacientes con valores más bajos en la ENFP correspondiente a un funcionamiento de la personalidad sin o escasa alteración, tienen más probabilidad de lograr la cesación con el tratamiento y mantenerse sin fumar.

- Inversamente, los pacientes que presentan algún deterioro en relación consigo mismo o en las relaciones interpersonales, tienen menos probabilidad de dejar de fumar.

La diferencia estadísticamente significativa en los resultados permite extraer observaciones sobre la relación estudiada y reflexionar sobre cómo puede incidir el NFP en los resultados del tratamiento.

Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad pueden afectar el arduo proceso de cesación, llevando a que el tratamiento para dejar de fumar no sea eficaz en los pacientes que las presentan.

Los datos sugieren que los valores en la ENFP podrían servir para predecir los resultados en los tratamientos habituales de cesación de tabaquismo. Sería recomendable un estudio a futuro con una muestra mayor.

Inicialmente es importante hacer un comentario con respecto las tasas de éxito en cesación en este estudio, que son mayores comparados con otros resultados reportados a nivel nacional (Elba Esteves et al., 2018; Llambí et al., 2008). Uno de los factores que pudo haber incidido, es un efecto no buscado, de la propia entrevista para evaluar el NFP. Dada la profundización en áreas significativas de la vida del paciente, se pudo haber generado una mayor alianza produciéndose efectos terapéuticos inespecíficos. Es decir que la relación de confianza generada pudo haber incidido de alguna manera mejorando la adhesión al tratamiento y el compromiso con el mismo, propiciando la cesación. En las consultas habituales, si bien hay un sondeo de factores psicosociales involucrados, no se ahonda con tal profundidad en los aspectos subjetivos internos y de las relaciones interpersonales, como sí se hizo al aplicar la escala. A modo de ejemplo, un par de pacientes narraron experiencias vividas, puntualizando que era la primera vez que relataban tales hechos. Al cierre de la entrevista, cuando se les preguntó acerca de cómo se habían sentido al hablar de los temas indagados, en general las respuestas coincidieron en que les había hecho bien hablar con alguien de sí mismos. En un par de casos les fue indiferente y en uno solo, una paciente planteó que le había angustiado recordar determinada situación traumática.

Entrando en el tema sobre la relación del tabaquismo con aspectos psicológicos, es pertinente señalar que diversos autores han reportado la relación entre psicopatología y la presencia de tabaquismo por un lado (Cooney et al., 1998; J. Hughes et al., 1986; Jimenez Ruiz & Fagerström, 2011; Juliá et al., 2012; McNeill, 2002) y las dificultades

para el cese por otro (Baddini-Martinez & de Padua, 2013; Llambí et al., 2008).

Los diagnósticos frecuentemente asociados con las dificultades para el cese, han sido ansiedad y depresión. Encontrándose que los fumadores con estos trastornos tienen menos chances de dejar de fumar y mayor propensión a padecer los síntomas de abstinencia (Fiore et al., 2008; Llambí et al., 2008; Mineur & Picciotto, 2009).

Dado que para la evaluación del funcionamiento de la personalidad que se realizó en este estudio, se utilizó la ENFP de reciente elaboración, no se encuentran estudios similares para comparar y contrastar los hallazgos. No obstante, existe evidencia que relaciona rasgos y trastornos de personalidad con el consumo de tabaco, la cesación y también con las recaídas. Es importante puntualizar que dichos estudios se basan en diagnósticos realizados mediante clasificaciones categoriales y no desde una perspectiva dimensional como la que se propone a través de la ENFP.

En cuanto a la relación entre trastornos de personalidad y tabaquismo, si bien se han identificado que tipos tienen mayor prevalencia y dificultad para el cese, los hallazgos no son concluyentes (Fernández & Becoña, 2010). Se han determinado ciertos trastornos más prevalentes (Fernández & Becoña, 2010), y también se han asociado determinados rasgos con mayor posibilidad de recaída, concluyendo que tienen mayor dificultad para el abandono, aquellos que presentan trastornos más graves (Perea-baena, Oña-compan, Ortiz-tallo, & Ortiz-tallo, 2009). Salvando las distancias, podría considerarse cierta coincidencia con los resultados obtenidos en el presente estudio, en el sentido de que, a mayor gravedad o perturbación, mayor es la dificultad para dejar. Es pertinente señalar que en la muestra no hay puntajes altos que correspondan a pacientes con deficiencia severa o deficiencia extrema. Una posibilidad es que los pacientes con alteraciones más graves de la personalidad hagan menos consultas con el objetivo de dejar de fumar.

A pesar de que el objetivo de la escala de NFP no es clasificar trastorno de personalidad, habría coincidencia en que la mayor labilidad emocional, presente tanto en los trastornos de personalidad, así como en los que puntúan alto en la escala, dificulta el manejo de los desafíos del cese, determinando peores resultados. Si bien la escala empleada no determina categorías, los pacientes con peor funcionamiento serían equiparables a los pacientes que presentan trastornos de personalidad, coincidiendo en la vulnerabilidad para enfrentar las exigencias de la vida misma.

En este punto es pertinente el planteo de Baddini y cols., que vinculan los modestos resultados en las intervenciones con los fumadores, no solo a la adictividad de la nicotina sino a otros aspectos relevantes no abordados adecuadamente. Los automatismos y condicionamientos propios de la conducta de fumar que se van

estableciendo gradualmente, se fundamentan en ciertas peculiaridades psicológicas que encuentran en el comportamiento de fumar una forma de afrontar la vida, características que no son abordadas en el tratamiento, debido a las características del mismo. Resaltando además, que muchos de los pacientes que buscan ayuda, presentan alteraciones en el funcionamiento mental, incluso trastornos psiquiátricos no diagnosticados (Baddini-Martinez & de Padua, 2013).

A pesar de importantes diferencias entre los trabajos encontrados con este estudio, es posible reflexionar acerca de por qué personas con alteraciones en el funcionamiento de la personalidad, así como con psicopatología, tendrían mayor dificultad en dejar de fumar. Posiblemente varios mecanismos explican esta asociación. La conducta de fumar actúa como una estrategia utilizada para aliviar y hacer frente a las emociones negativas (estrés, tristeza, ira, frustración). En el caso específico de las personas que presentan vulnerabilidad emocional o específicamente alteraciones en el NFP, estas situaciones son vividas de forma más intensa y desbordantes. Esto conlleva entonces una mayor dificultad para controlarlas y regularlas debido a las debilidades propias de ese funcionamiento. Además, el componente compulsivo implícito en la conducta adictiva, afecta el proceso de toma de decisión cognitivo. Por ende, la dificultad para controlar las emociones negativas, así como el impulso imperioso por fumar, con otras estrategias alternativas durante el tratamiento y en el mantenimiento del cese, es mayor.

En relación a esto, considerando que, para controlar el deseo de fumar, se deben implementar estrategias alternativas para manejar los impulsos por fumar, es probable que la capacidad de llevar a cabo las estrategias esté condicionada por el NFP. Por un lado, estas estrategias suponen un esfuerzo, y por otro, no son similares en cuanto al grado de placer conseguido, comparado con el acto de fumar. Es decir que además de requerir cierta capacidad de tolerancia a la frustración, que posibilite dilatar la satisfacción inmediata propia del fumar, también se debe tolerar no lograr la sensación y bienestar esperados que brinda la sustancia, cuando se instrumentan estrategias alternativas o simplemente se intenta “aguantar” el deseo de fumar. Estas estrategias propuestas en los tratamientos, basadas en la terapia cognitiva conductual, persiguen el objetivo de “distrar” el deseo de fumar o de disociarlo de actividades a las que está asociado. Resultan efectivas porque permiten postergar el acto de fumar, evitarlo o desvincularlo de situaciones que funcionan como condicionamientos. Estas estrategias incluyen actividades como tomar agua, lavarse los dientes, ocuparse en alguna actividad alternativa, registrar en una planilla, usar chicle de nicotina, salir al exterior a

fumar, dejar de fumar en las actividades habituales asociadas (con el café, con el mate, trabajando en la computadora, mirando televisión, etc.) entre otras. Actividades que ayudarían a controlar el malestar producido por el deseo de fumar que surge por la abstinencia o por la presencia de afectos negativos (estrés, enojo, tristeza, etc.). Como se menciona anteriormente, además del esfuerzo que exigen, no brindan el mismo efecto que tiene el fumar en las condiciones a las que la persona se ha habituado. En este sentido, Baker y cols. (Baker, Piper, McCarthy, Majeskie, & Fiore, 2004) en un artículo en el que reformulan el papel del refuerzo negativo en las adicciones, refieren que la dependencia implica una reducción del control cognitivo para encontrar otras opciones de respuesta ante las emociones negativas que no sea la sustancia. Agregan que se consume no solo para paliar los efectos negativos de la abstinencia, sino como una respuesta ante el afecto negativo en general (aunque no esté asociado a la abstinencia). Explicando esta tendencia a responder al afecto negativo consumiendo la sustancia en cuestión, por una percepción subjetiva que realza el valor del incentivo de la sustancia, al tiempo que suprime el valor de otras respuestas, disminuyendo la gama de alternativas.

En el mismo sentido, la perspectiva de vulnerabilidad al estrés mencionada anteriormente, explica la mayor predisposición a utilizar la sustancia adictiva en desmedro de otras respuestas planificadas y asertivas. La afectación en la regulación de la corteza prefrontal anteriormente referida, predispone a respuestas irracionales basadas en las emociones, en desmedro de respuestas procesadas y seleccionadas mediadas por la racionalidad (Olivar Arroyo, 2012).

También es oportuno el análisis que hacen Cano y cols., sobre afrontamiento y ansiedad a la hora de dejar de fumar (Cano et al., 2010). Es posible que, a mayor fragilidad en el funcionamiento de la personalidad, la situación de dejar de fumar sea percibida más como una amenaza que como un desafío a superar. Probablemente una mayor vulnerabilidad en el funcionamiento de la personalidad, conlleve la interpretación de la situación como amenazante, donde la primera evaluación cognitiva sería “no puedo dejar de fumar, lo voy a pasar muy mal, soy muy dependiente”, donde la situación es percibida como difícil, poco probable y demasiado exigente con respecto a los recursos personales. En estos casos los mecanismos de afrontamiento son más de tipo evitativo, dirigidos a la emoción, es decir a reducir la ansiedad, que conduciría a plantearse no dejar de fumar. En tanto cuando la situación es percibida como un desafío, predispone a un afrontamiento activo de las situaciones percibidas como un reto a superar. Al hacer un balance entre la situación y los recursos

personales para enfrentarla, se percibe autoeficacia y habilidades necesarias para lograr la meta. Esta percepción implica además reacciones emocionales menos intensas y controlables, más compatible con un NFP sin deficiencias.

Los autores especifican ciertas habilidades y destrezas necesarias para un afrontamiento adecuado de la situación de dejar de fumar, que resultan equiparables a las características de las personas que presentan un funcionamiento de la personalidad adecuado y sin alteraciones. Las características descritas son: capacidad de control de las emociones, motivación para conseguir el resultado, tolerancia a la frustración, autodisciplina y perseverancia, así como habilidades sociales y capacidad de lograr apoyo social. Características estas que están implícitas en los dominios identidad, autodirección y relaciones interpersonales, de las personas con niveles sin perturbación evaluados mediante la ENFP.

Los mecanismos de afrontamiento también conllevan una valoración que anticipa los resultados esperables de las estrategias que se irán a implementar. En el caso de la cesación, implicaría estimar cómo le iría con determinadas estrategias, como por ejemplo disminuir la cantidad de cigarrillos diarios, iniciar un plan de ejercicios para manejar el estrés, etc. Y posteriormente a la implementación de estas estrategias se reevalúa la eficacia de las mismas y por ende la capacidad personal para afrontar la exigencia. En función del resultado de esas evaluaciones, se irá estimando la eficacia o no, y en base a ello se desarrollará una nueva valoración de la situación, ya sea como amenaza o como desafío, con el consiguiente aumento o disminución de la ansiedad, así como otras emociones displacenteras (ira, culpa, etc.). Y paradójicamente, en caso del surgimiento de ansiedad, se recurre al fumar como un afrontamiento “artificial” como lo denominan los autores. Porque ante la percepción de la situación como amenazante, la persona activa estrategias de afrontamiento dirigidas a disminuir la emoción, tipo evitativas y no estrategias dirigidas a resolver el problema. Los autores concluyen que las intervenciones psicológicas en el tratamiento del tabaquismo, deberían reestructurar la evaluación cognitiva de la situación como amenaza a una valoración como desafío para disminuir la ansiedad y potenciar mecanismos de afrontamiento activos y eficaces.

Desde otro punto de vista, las neurociencias contribuyen a entender la imbricación de los aspectos psicosociales con las adicciones. El *modelo neuroevolutivo* mencionado anteriormente sitúa en la adolescencia el período vulnerable frente a los efectos de las sustancias adictivas debido a la inmadurez de la corteza prefrontal y la amígdala, implicadas en la regulación de la motivación y la conducta (Olivar Arroyo, 2012).

El promedio de la edad de inicio de este estudio, situado en los 16 años, la misma que

la encontrada en un reciente estudio nacional (Esteves et al., 2018) aunque algo superior a los 13 años reportados en otros estudios internacionales (Jimenez Ruiz & Fagerström, 2011), confirma el planteamiento de este modelo.

El modelo denominado de *paso de la impulsividad a la compulsión*, también refieren a la pérdida de control relacionada con la corteza prefrontal, identificando una fase inicial donde se fumaría por los efectos reforzantes y se continuaría fumando por un patrón compulsión para reducir el malestar. En este sentido cuando el funcionamiento de la personalidad presenta algún nivel de perturbación, la mayor inflexibilidad para el manejo de las emociones, las dificultades para el manejo de las metas en el dominio autodirección, así como escaso apoyo social y relaciones personales conflictivas, es probable que limiten la capacidad de controlar lo compulsivo. Ante situaciones de estrés y malestar, la compulsión llevaría a calmarse con el consumo de la nicotina, sin oportunidad para que medien los mecanismos de toma de decisiones. El tercer modelo que refiere a la *sensibilización de los mecanismos motivacionales* explica la adicción como un pasaje de la búsqueda del placer a la necesidad de evitar el malestar o refrenar los pensamientos invasivos producto de la abstinencia. Convirtiéndose así en un círculo vicioso, donde se fuma para evitar el malestar que produce el no fumar. Así mismo el modelo de *alteración de la toma de decisiones* señala una alteración en el proceso de toma de decisiones basados en el razonamiento. Todos los modelos ofrecen un marco explicativo que integrados permiten entender la afectación en los diferentes mecanismos involucrados en el consumo de las sustancias adictivas. Es probable que a mayor deterioro en el funcionamiento de la personalidad, mayor dificultad para lidiar con esos mecanismos que dispara la dependencia, afectando la autorregulación emocional y cognitiva (Olivar Arroyo, 2012; Verdejo-García & Tirapu-Ustárrroz, 2011). A mayor perturbación, mayor vulnerabilidad para hacer frente a situaciones que demandan determinadas capacidades y fortalezas para enfrentar los apremios de la realidad externa o interna.

Otro factor a considerar en la relación entre la cesación y el funcionamiento de la personalidad, sería el factor temporal, tomando en cuenta las dificultades para controlar y regular las emociones negativas en las personas con vulnerabilidad en el funcionamiento de la personalidad. En este sentido es pertinente analizar los tiempos de respuesta del efecto de la nicotina por una parte y de las estrategias implementadas para afrontar el cese por otra. Como es sabido, el efecto de la nicotina en el cerebro es casi inmediato, y la demora estaría en el intervalo de tiempo que le lleva al fumador encender un cigarro y dar una pitada. Esta inmediatez del efecto, es una de las razones de la adictividad de la nicotina. Habitualmente los fumadores

tienen al alcance de la mano los implementos necesarios (cigarros, encendedor) para que el lapso entre el deseo de fumar y dar una pitada, sea mínimo. Las estrategias sugeridas o implementadas como alternativas al fumar, no producen la misma sensación y alivio, además de que llevarlas a cabo requiere más tiempo que fumar. Por ejemplo, en el caso del uso del chicle de nicotina, el tiempo para lograr el efecto de aliviar el deseo de fumar es mucho mayor que el del cigarro (de 5 a 10 minutos), su utilización requiere una masticación lenta para que la liberación sea progresiva, el gusto no es agradable y la sensación de placer no es para nada similar, más bien actúa aliviando el malestar de la abstinencia, pero no brindando placer. Lo mismo sucede con otro tipo de estrategias, como salir a caminar, lavarse los dientes, comer un caramelo, etc.

Considerando estos aspectos, y debido a las dificultades en la autorregulación propias de las personas con dificultades en el funcionamiento de la personalidad, estas estrategias mediadoras resultan una opción poco atractiva a la hora de satisfacer el deseo de fumar y calmar los síntomas displacenteros de la abstinencia, así como el alivio de las emociones negativas, en las que el cigarro es utilizado como mecanismo de afrontamiento.

En definitiva, los cambios necesarios en el proceso para dejar de fumar y para el mantenimiento de la cesación, requieren resistir el deseo sin satisfacerlo y además tolerar el malestar que conlleva la retirada de la nicotina. Cambios que implican alteraciones en los circuitos de recompensa positiva así como el de la recompensa negativa propios de la adicción (Ambrosio & Fernández, 2011; Micó et al., 2000). Baker y cols., sostienen que ante el afecto negativo que se produce, ya sea por abstinencia o por la aparición de factores estresantes, los individuos con adicciones tienen la predisposición a responder de manera refleja, con las opciones que le han resultado eficientes en el pasado. Es decir, consumiendo la sustancia a la que son adictos, como consecuencia de la disminución de la influencia del control cognitivo para generar otro tipo de respuestas. Ante los ciclos de consumo y abstinencia repetidos, la persona adicta es sensible al afecto negativo producido por estímulos externos o internos, y el repertorio de respuesta escapa el control conciente, aumentando el incentivo por consumir la sustancia adictiva (Baker et al., 2004). Mediatizar la recompensa con estrategias que no brindan el mismo efecto, así como tampoco evitan cierto grado de malestar, requiere de una estabilidad emocional con un funcionamiento de la personalidad saludable. Es decir, un funcionamiento que posibilite manejar estos aspectos de manera equilibrada, sin que implique un desborde de las capacidades de tolerar y regular las emociones. Que permita, además,

establecer acciones dirigidas a una meta y anteponer un objetivo que supone una recompensa a largo plazo, como el sentirse saludable, evitar enfermarse, sentirse libre entre otros.

Las estrategias de cesación ampliamente utilizadas que se fundamentan en la terapia cognitivo conductual, se focalizan en los cambios de cogniciones y de conducta, para lograr así desactivar automatismos e implementar conductas alternativas al fumar. Pero el tratamiento tradicional no cuenta con estrategias dirigidas a abordar de manera planificada y sistemática la regulación emocional desadaptada.

Sobre la variabilidad psicológica y el tratamiento, Becoña plantea que implementar la modalidad de tratamiento de acuerdo a la variabilidad individual, es uno de los aspectos más complejos en el proceso terapéutico. Refiere que la dificultad para identificar qué tipo de tratamiento psicológico es el más efectivo para el abordaje de los adictos, condiciona los resultados terapéuticos. Agrega que para planificar el tratamiento deben tenerse en cuenta ciertas variables para diseñar la estrategia de tratamiento. Características como la función reforzadora del consumo, la motivación para el cambio, las necesidades psicológicas, las relaciones interpersonales y la relación terapéutica deben ser examinadas y consideradas en el abordaje integral del paciente (Becoña et al., 2008). En definitiva, dejar de fumar implica abandonar una herramienta que, aunque nociva para la salud, ayuda a sobrellevar los desafíos de la vida. Requiere implementar mecanismos más saludables para lidiar tanto con situaciones desagradables (de estrés, angustia, preocupación, etc.), en las que el cigarrillo funciona como una ayuda, así como disfrutar de situaciones de placer y bienestar en las que el cigarro está fuertemente asociado. El fácil acceso, por ser una droga legal, sumado a que la nicotina actúa tanto como tranquilizante y como estimulante, la hacen una herramienta difícil de sustituir. Encontrar nuevos mecanismos para afrontar dichas situaciones no es tarea sencilla. Requiere renunciar a un equilibrio logrado para abordar un nuevo estilo de vida, con otras herramientas que no siempre son fáciles de implementar. Es frecuente que los pacientes vivan la cesación como un duelo dado por la pérdida de “un compañero”. Compañero que, dependiendo de la edad, es probable que los haya acompañado durante muchos años de su vida. Por todo ello, es más probable que quienes puedan dejar de fumar sean los que tienen mayor estabilidad mental y emocional y apoyo social.

#### Relación entre los dominios y la cesación

Considerando la asociación encontrada entre los dominios identidad, autodirección y

empatía del NFP con el cese, es importante examinar de qué manera se relacionarían. El dominio identidad comprende el sentido de sí mismo, la cohesión con que se percibe, la capacidad de tolerar y regular los estados del self, la autovaloración, la capacidad de autorreflexión y el establecimiento de límites con los otros. En consecuencia, un nivel integrado permite tolerar la frustración que implica el dejar de fumar y mantener la estabilidad emocional que se requiere. También, un nivel apropiado de autoestima es fundamental para un adecuado manejo ante las frustraciones, favoreciendo la sensación de autoeficacia y evitando las sensaciones de fracaso ante las dificultades.

Todos los estudios mencionados sobre la relación entre el afecto negativo y las conductas adictivas, fundamentan la importancia de contar con un nivel estable y sin deficiencias en el dominio de identidad, para lograr un apropiado control de las emociones, tanto en el proceso del tratamiento como en el mantenimiento de la abstinencia.

Es decir, una valoración de sí mismo integrada, permite sobrellevar las dificultades sin caer en desequilibrios intolerables. Además, la capacidad de una sana discriminación entre sí mismo y los otros, evita frustraciones por el relacionamiento interpersonal que afectan el equilibrio personal. Así mismo favorece tanto la relación de ayuda en el tratamiento, así como la percepción de apoyo durante la abstinencia después del cese. Ciertamente, si las expectativas en el tratamiento son sobreestimadas, depositando en los integrantes del equipo una “solución mágica”, donde la demanda sobrepasa las posibilidades reales de ayuda, es probable que el tratamiento fracase.

Sin lugar a dudas, el nivel en este dominio, afecta tanto los resultados en el tratamiento como las posibilidades de mantenerse sin recaer luego del cese.

En tanto el dominio de autodirección, integra la posibilidad de darle un sentido a la vida, la aptitud de autorregularse para la consecución de objetivos a corto y largo plazo, así como la disposición de alcanzar metas vitales congruentes y significativas. En este sentido, el adecuado nivel en este dominio reflejaría la disposición para cumplir con las recomendaciones del tratamiento, cumpliendo las metas a corto plazo dispuestas durante el tratamiento, para conseguir el objetivo de dejar de fumar. También incide en la etapa del mantenimiento de la abstinencia, en la medida que permite hacer frente a impulsos y tentaciones, para mantener el logro obtenido con la abstinencia. Comprendería tanto adherir en el tratamiento a las estrategias propuestas (tales como disminuir el número de cigarrillos que fuma, implementar alternativas al fumar, etc.) como sostener nuevos hábitos saludables, para consolidar los cambios luego de lograr el cese para mantenerse sin fumar. En definitiva, requeriría posponer

el beneficio inmediato, para el logro de una ganancia futura (mejorar la salud, sentirse libre, etc.), lo cual dependería de la capacidad de establecer metas realistas y concordantes con la realidad y las propias capacidades.

Teniendo en cuenta los planteos de Baker acerca de la disminución del control cognitivo en las opciones de respuesta ante el afecto negativo en las adicciones, (Baker et al., 2004) se podría suponer que un nivel adecuado de la autodirección, contrarrestaría esa tendencia. Un nivel adecuado en autodirección compensaría la vulnerabilidad dada por la adicción, que implica la exacerbación del efecto conseguido con la sustancia y disminuye el incentivo para seleccionar otra respuesta diferente, favoreciendo la toma de decisiones que llevan a la meta, es decir al cese.

Relacionado a esto, se agrega cierta particularidad en cuanto al resultado que se obtiene en el tratamiento del tabaquismo. Las opciones son sólo dos: dejar de fumar o fracasar en el intento y continuar fumando. Este resultado a lograr, de todo o nada, en cierto sentido resulta muy diferente si lo comparamos con lo que sucede en una psicoterapia, por ejemplo. Si bien es otro ámbito, también implica una relación de ayuda, pero en la que los resultados pueden ser graduales. Los cambios se van acompañando, siguiendo un ritmo según las posibilidades del paciente, entre otras variables, y no se espera un resultado tan categórico. Permitiéndole al paciente percibir ciertos beneficios por el tratamiento y librarse de sentir que fracasa por no tener que lograr una meta tan tangible como es fumar o no fumar. Agregando además que en general, en el tratamiento para el cese, se dispone de un tiempo acotado para consolidar los cambios y lograr la meta.

En cuanto a la capacidad de empatía, puede incidir en el relacionamiento entre el paciente y el equipo de salud. En la medida que le permite al paciente apreciar la relación de ayuda y valorar el rol de quien le ofrece apoyo favorece el compromiso del paciente con el tratamiento. Facilitando, además, la aceptación del punto de vista del profesional, aceptando las recomendaciones ofrecidas y logrando ajustar las expectativas sobre la ayuda esperada. Permitiendo regular la demanda en la medida que la capacidad de ponerse en el lugar del otro, provee de una perspectiva objetiva de hasta dónde llega la ayuda del otro. Por el contrario, la afectación en este dominio, distorsiona 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.

No obstante, con el dominio de intimidad no se encontró asociación con el cese. Se esperaría que la capacidad de conexión con los otros y de relacionarse con

reciprocidad también fuese sustancial tanto en el tratamiento como en el mantenimiento de la abstinencia. Por una parte, en el tratamiento incidiría promoviendo una relación de ayuda de confianza y cooperación que favorecería los resultados positivos, y, por otra parte, estimando que la existencia de vínculos profundos, operarían como factores protectores, evitando la recaída. Considerando además el papel que los fumadores le asignan al cigarro, como el compañero y amigo que los ha acompañado en las buenas y en las malas. Más aún, estos resultados resultan en cierta manera contradictorios, dado el papel fundamental que tanto la evidencia, así como las guías y consensos le dan al apoyo social como factor protector para el cese y el mantenimiento (E Becoña, 2010; Fiore et al., 2008; Hartmann-Boyce et al., 2013; Jimenez Ruiz & Fagerström, 2011).

Si bien las estimaciones de la experiencia clínica, carecen de la rigurosidad propia de los estudios de investigación, es posible equiparar a los pacientes que en la experiencia clínica se perciben con algún grado de deterioro en su personalidad con los que presentan NFP con alteraciones. Los pacientes con ese funcionamiento frecuentemente presentan una demanda difusa para dejar de fumar. Es decir, no tienen claro qué tipo de ayuda requieren ni tienen cabal conciencia del esfuerzo personal ni de la dosis de tolerancia a la frustración que exigen tanto el proceso de dejar de fumar así como el mantenimiento de la abstinencia. En general, la información que reciben sobre la modalidad del tratamiento les resulta poco convincente, demandando tratamientos que les evite dificultades y que no implique esfuerzo por parte de ellos. Suelen desvalorizar las estrategias propuestas, así como objetar el tipo de medicación disponible. La relación de ayuda les parece insuficiente, esperando que el tratamiento brinde soluciones que sustituya el acto de fumar por sustitutos que no impliquen esfuerzo ni organización ni planificación de su parte. Estas características en el tratamiento provocan sensaciones clínicas que en cierta medida predicen un probable fracaso en el tratamiento.

En suma, los resultados que relacionan la posibilidad de dejar de fumar con los niveles de funcionamiento de la personalidad en los dominios identidad, autodirección y empatía pueden estar dando cuenta de una serie de características y procesos implicados en el cese y mantenimiento de la abstinencia. 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.

## Resultados al cese y en el mantenimiento

Si bien para evaluar los resultados de tratamiento en cesación los estudios deben tomar en cuenta abstinencia mantenida durante al menos 6 meses, en este estudio también se consideró el logro del cese al final del tratamiento. Tomando como cese el mantenerse sin fumar dos semanas desde el día llamado D, o día elegido para dejar de fumar, siguiendo las directrices de la guía Russell Estándar.

Debido a que el proceso de cese es una tarea exigente psicológicamente, que demanda un ajuste de impulsos, emociones y cogniciones para lograr la meta, se asume que ese resultado inmediato está íntimamente vinculado al NFP. Este primer logro además es el puntapié inicial e imprescindible para que una persona deje de ser fumadora. Conocer particularidades de este proceso resulta vital, es la primera meta que antecede el objetivo de que las personas se mantengan sin fumar definitivamente. Es probable que el mantenimiento de la abstinencia también se relacione con el NFP, ya que evitar las recaídas implicaría tener un manejo psicológico adecuado para superar las situaciones críticas que pueden desencadenar urgencias y deseo de fumar (Perea-baena et al., 2009). Aunque en este tema de la prevención de recaídas resta mucho por investigar, tanto en lo que hace a las características de la personalidad, así como a las intervenciones. La evidencia actual no respalda la efectividad de los programas de prevención de recaídas estudiados hasta el momento. En la revisión realizada por el grupo de adicciones de Cochrane, los autores concluyen que los estudios sobre intervenciones conductuales específicas para los pacientes que dejan de fumar, centradas en identificar y resolver situaciones tentadoras, no demostraron ser eficaces en evitar las recaídas. Disponiéndose de poca investigación sobre otros enfoques conductuales (Hajek et al., 2013).

## Grado de dependencia y cesación

Contrario a lo que la evidencia sostiene (Jimenez Ruiz & Fagerström, 2011; Llambí et al., 2008; Moreno Arnedillo & Herrero Garcia De Osma, 2000), en la muestra estudiada no se encontró una asociación significativa entre menor grado de dependencia y logro de la cesación. En la muestra de este estudio, lo que se observa es que los pacientes que dejan de fumar en su mayoría tienen dependencia fuerte, pero también, un mejor funcionamiento de personalidad. Se podría plantear entonces, que el NFP actúe como una variable que esté moderando la relación entre ambas variables: la variable independiente, es decir el grado de dependencia, y la variable dependiente, o sea, la cesación. Estos hallazgos podrían sugerir que las fortalezas dadas por el mejor funcionamiento de la personalidad, de alguna manera compensarían el déficit dado por un grado fuerte de dependencia en la cesación.

Es decir que aunque presenten un grado de dependencia fuerte, el logro de la cesación puede estar favorecido por características del funcionamiento de la personalidad que permitan llegar al objetivo a pesar de una dependencia fuerte. Por un lado un nivel integrado de identidad permitiría un mejor control de los afectos negativos. Por otro, un sentido de autodirección favorecería mantener el objetivo de dejar de fumar, a pesar del malestar producido por la abstinencia, al lograr incorporar y cumplir estrategias para el manejo de la misma.

#### Enfermedades tabaco-dependientes, NFP y cesación

Otros resultados encontrados que sugieren la influencia que el nivel de funcionamiento de personalidad puede tener en el cuidado de la salud, son los referentes a la presencia de enfermedades tabaco-dependientes. La presencia de enfermedades relacionadas al tabaquismo, generalmente son una de las motivaciones para el logro de la cesación. Diversos estudios han demostrado que presentar síntomas físicos así como prevenir enfermedades son los motivos más importantes para intentar dejar de fumar (McCaul et al., 2006; Ramon Torrell, Bruguera Cortada, Fernández Pinilla, Sanz de Burgoa, & Ramírez Vázquez, 2009; Samarin et al., 2014). La revisión realizada por Mc Caul y cols., incluyó estudios que demostraron que los fumadores que se preocupaban más por su salud, tenían más probabilidades de dejar de fumar 8 meses después, teniendo un valor predictivo de éxito. Una de las explicaciones que sugieren para entender esta relación entre preocupación por la salud y el dejar de fumar, es que una función de la preocupación es mantener una amenaza potencial más disponible en la mente; suponiendo entonces que la preocupación puede servir como un recordatorio persistente de lo que se "debería" hacer. En este mismo sentido, fundamentando esta relación, incluyen el modelo de amenazas de salud de Howard Leventhal. Este modelo explica que las consecuencias negativas para la salud de fumar son una amenaza y el dejar de fumar es un intento de controlar el peligro potencial a la vez que sigue el propósito de controlar las emociones negativas que despierta la amenaza. Ambos motivos llevarían a dejar de fumar como un comportamiento de protección de la salud que reducirá el peligro y el afecto negativo (McCaul et al., 2006).

Este tema también es considerado en el trabajo sobre características de la personalidad y consumo de cigarrillos de Campo Arias y cols. Citando a Friedman (2000) plantean que aquellas personas con adecuada integración y adaptación y socialmente estables, tienen significativamente menos riesgo de enfermar y de muerte prematura que las personas con mayor inestabilidad, impulsividad y aislamiento (Campo et al., 2009).

En cuanto a los pacientes con enfermedad tabaco-dependiente de este estudio, dejan de fumar mayoritariamente los que tienen un nivel sano de funcionamiento y una minoría de los que presentaban alteraciones en el funcionamiento de la personalidad. Estos datos sugieren que un funcionamiento de la personalidad con alteraciones tanto en el nivel intrapersonal como interpersonal incide de manera negativa en los comportamientos relacionados con la salud.

#### Grado de dependencia y NFP

Con respecto al grado de dependencia y el funcionamiento de la personalidad, los resultados no son uniformes, en el sentido que a mayor disfunción corresponda mayor dependencia. La evidencia sobre el tema demuestra que los fumadores con psicopatología, presentan además de mayor prevalencia y nivel de consumo, mayor nivel de dependencia a nicotina (Mackowick, Lynch, Weinberger, & George, 2012; Serebrisky, 2012). Una de las razones por las que esta tendencia no se da en la población estudiada, puede deberse a que la relación planteada en los estudios, refiere a población general. Posiblemente en la población que consulta para recibir tratamiento, actúen otras variables y no se dé dicha relación. Más de un tercio del total de pacientes presentó dependencia fuerte teniendo un nivel sano de funcionamiento de personalidad.

Una de las teorías que se plantea es que a medida que la prevalencia del tabaquismo disminuye, la población que permanece fumando es la que tiene mayores dificultades para dejar. Uno de los objetivos buscados cuando se aplican políticas sanitarias de control de tabaco, como ha sucedido en este país, es que los fumadores dejen de hacerlo. Posiblemente aquellos que continúan haciéndolo, tengan más complicaciones para hacerlo, ya sea por presentar otras patologías mentales o por tener dependencia muy fuerte. Y presumiblemente aquellas personas que tengan un funcionamiento sano de la personalidad y desean dejar de fumar, pero sus niveles alto de dependencia le impiden hacerlo solos, buscan ayuda para recibir tratamiento.

#### Conclusiones

En conclusión, 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.

Se podría plantear que un funcionamiento de la personalidad sin alteraciones funcionaría como un factor protector ante el desafío de dejar de fumar.

Al mismo tiempo estos resultados sugieren la necesidad de disponer de evaluaciones individuales como punto de partida para establecer tratamientos eficaces que se ajusten a las características individuales.

### **Limitaciones**

El estudio presenta limitaciones que deben ser consideradas al establecer las conclusiones.

- La muestra utilizada fue obtenida por un proceso no probabilístico, constituyendo una muestra por conveniencia y autoseleccionada. Esto, junto con el pequeño tamaño muestral, se considera limitante para la extrapolación de los resultados a la población, así como para la aplicación de otros procedimientos estadísticos tendientes a inferir qué otras variables que pueden estar incidiendo en el éxito del tratamiento.

- Se asume que los pacientes con mayor nivel de disfunción consultan en menos proporción, no habiendo en la muestra seleccionada representación de pacientes con puntajes altos en la ENFP.

### **Contribuciones e impacto esperados**

Este estudio es una primera aproximación a este enfoque y al uso de la Escala de Nivel de Funcionamiento de la Personalidad. Un estudio que contemple una muestra mayor permitiría profundizar estos hallazgos.

Se requieren más estudios que brinden evidencia sobre intervenciones psicológicas específicas que favorezcan el cese del tabaquismo tomando en cuenta las diferencias individuales entre los fumadores. Dado que la prevalencia de tabaquismo ha ido disminuyendo, la población que persiste fumando es de difícil abordaje planteando el desafío de encontrar soluciones a medida.

Las estrategias de intervención para los pacientes fumadores son generales, sin considerar las características específicas del funcionamiento de la personalidad. Determinar como el funcionamiento e integración de la personalidad incidiría en el logro de la cesación, podría fundamentar intervenciones planificadas y sistemáticas adaptadas a las necesidades de cada paciente.

El instrumento utilizado para evaluar el funcionamiento de la personalidad con una escala de reciente elaboración, como lo es la ENFP, 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.

En futuras investigaciones podría ser de interés evaluar la relación entre el grado de dependencia, definido como un factor predictor de éxito en el cese, tomando en consideración el NFP. Observando si la variable NFP pueda actuar como una variable que modera la relación entre la variable independiente (grado de dependencia) y la variable dependiente (cesación).

También podría ser de interés profundizar en el entendimiento de la relación del NFP y la cesación implementando intervenciones terapéuticas específicas de acuerdo al NFP.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abascal, W., Esteves, E., Goja, B., González, F., Lorenzo, A., & Sica, A. (2013). Impacto de las políticas de control de tabaco en el Uruguay. 2006-2009. *Archivos de Medicina Interna*, 35, 1–16. Retrieved from [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2013000400001#12](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2013000400001#12)
- Abascal, W., Esteves, E., Goja, B., Mora, F. G., Lorenzo, A., Sica, A., ... Harris, J. E. (2012). Tobacco control campaign in Uruguay: a population-based trend analysis. *The Lancet*, 6736(12), 1–8.
- Alemán, A., Alegretti, M., Cavalleri, F., Colistro, V., Colomar, M., & Zitko, P. (2010). *Estudio de carga global de enfermedad*.
- Ambrosio, E., & Fernández, E. (2011). Fundamentos neurobiológicos de las adicciones. In E. Pedrero, J. M. Sanchez, A. Verdejo, M. Llanero, & E. Ambrosio (Eds.), *Neurociencia y adicción* (pp. 19–46). Madrid: Sociedad Española de Toxicomanías. Retrieved from <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4a ed.). Barcelona: Masson.
- 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: Editorial Panamericana.
- American Psychiatric Association (Ed.). (2014b). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5* (5th ed.). Panamericana.
- Anthenelli, R., Benowitz, N., West, R., Aubin, L., McRae, T., Ascher, J., ... Evins, E. (2016). Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *The Lancet*, 387(10037), 2507–2520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30272-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30272-0)
- 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), 722–5.

- <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. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.111.1.33>
- Barrueco, M., Bernabé, M. J., & González, R. (2011). Bases genéticas de la dependencia a la nicotina. In C. Giménez Ruiz & K. Fagerstrom (Eds.), *Tratado de tabaquismo* (Tercera, pp. 97–110). Madrid: Aula Médica.
- Becoña, E. (2004). Monografía tabaco. *Adicciones: Revista de Sociodrogalcohol*, 16(2).
- Becoña, E. (2010). *Dependencia del tabaco. Manual de casos clínicos*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica Legal y Forense.
- Becoña, E., Cortés, M., Pérez, E., Pedrero, J., Fernández, J., Fernández, L., ... Gradolí, V. (2008). *Guía Clínica De Intervención Psicológica En Adicciones*. (Socidrogalcohol, Ed.). Valencia: Martin Impresores, SL. Retrieved from <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/GuiaClinicalntPsicologica.pdf>
- Becoña, E., & Míguez, C. (2004). Consumo de tabaco y psicopatología asociada. *Psicooncología*, 1(1), 99–112. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/39288376\\_Consumo\\_de\\_tabaco\\_y\\_psicopatologia\\_asociada](https://www.researchgate.net/publication/39288376_Consumo_de_tabaco_y_psicopatologia_asociada)
- Becoña Iglesias, E. (2000). Estadios de cambio en la conducta de fumar : Su relevancia en el tratamiento de fumadores. *Prevención Del Tabaquismo*, 2(2), 106–112.
- Becoña Iglesias, E., Fernández del Río, E., López Durán, A., Martínez Pradedá, Ú., Martínez Vispo, C., & Rodríguez Cano, R. A. (2014). El tratamiento psicológico de la dependencia del tabaco. Eficacia, barreras y retos para el futuro. *Papeles Del Psicólogo*, 35(3), 161–168. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4839298&info=resumen&idioma=ENG>
- Bello, S., Flores, A., Bello, M., & Chamorro, H. (2009). Diagnóstico y tratamiento psicosocial del tabaquismo. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 25, 218–230. <https://doi.org/10.4067/S0717->

73482009000400003

- Bender, D., Morey, L., & Skodol, A. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. *Journal of personality assessment*. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 332–346. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.583808>
- Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 332–46. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.583808>
- Bernardi, R. (2010). DSM-5, OPD-2 y PDM: Convergencias y divergencias entre los nuevos sistemas diagnósticos psiquiátrico y psicoanalíticos. *Revista de Psiquiatría Del Uruguay*, 74(2), 179–205. Retrieved from [http://www.spu.org.uy/revista/dic2010/10\\_bernardi.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/dic2010/10_bernardi.pdf)
- Bernardi, R., Varela, B., Miller, D., Zytner, R., De Souza, L., & Oyenard, R. (2016). *La formulación psicodinámica de caso*. (F. Díaz, Ed.). Montevideo: Grupo Magro Editores. Universidad Católica del Uruguay.
- Burke, M., Hays, J., & Ebbert, J. (2016). Varenicline for smoking cessation: a narrative review of efficacy, adverse effects, use in at-risk populations, and adherence. *Patient Prefer Adherence*, 10, 435–441.
- Cahill, K., Stevens, S., Perera, R., & Lancaster, T. (2013). Pharmacological interventions for smoking cessation : an overview and network meta-analysis ( Review ). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).
- Campo, A., Barros, J. A., & Díaz, L. A. (2009). Asociación entre características de personalidad y consumo de cigarrillo en adultos de Bucaramanga ( Colombia ). *Revista Diversitas-Perspectivas En Psicología*, 5(108), 77–85.
- 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.
- Cooney, J., Stevens, T., & Cooney, N. (1998). Comorbidity of nicotine dependence with psychiatric and substance-use disorders. In H. Kranzler & B. Rounsaville (Eds.), *Dual diagnosis and treatment : substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders* (pp. 223–261). New York: Marcel Dekker.
- Cordovilla, D., Higuera, A., Pippo, A., Parodi, C., Fernández, I., Barros, M., &

- Llambí, L. (2017). Tratamiento farmacológico del Tabaquismo. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, (1), 23–28. Retrieved from [www.medicinainterna.org,uy/wp-content/uploads/2016//06/Rumi\\_Suplemento\\_No1\\_JulioAgosto\\_2017\\_V3.pdf](http://www.medicinainterna.org,uy/wp-content/uploads/2016//06/Rumi_Suplemento_No1_JulioAgosto_2017_V3.pdf)
- Dale, L. C., Glover, E. D., Sachs, D. P. L., & Hurt, R. D. (2001). Bupropion for Smoking Cessation \* Predictors of Successful Outcome. *Chest*, 119(5), 1357–1364.
- Dirección General de la Salud. División Epidemiología. (2006). *1a Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles*. Retrieved from [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/1er\\_enfrecnt\\_2006\\_1.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/1er_enfrecnt_2006_1.pdf)
- Ebbert, J., Croghan, I., Sood, A., Schroede, D., Hays, T., & Hurt, R. (2009). Varenicline and bupropion sustained-release combination therapy for smoking cessation. *Nicotine and Tobacco Research*, 11(3), 234–239. <https://doi.org/10.1093>
- Ebbert, J., Hatsukami, D., Croghan, I., Schroede, D., Allen, S., Hays, T., & Hurt, R. (2014). Combination varenicline and bupropion SR for tobacco-dependence treatment in cigarette smokers: a randomized trial. *Jama*, 311(2), 155–163. <https://doi.org/10.1001>
- Ebbert, J., Montori, V., Vickers, K., Erwin, P., Dale, L., & Stead, L. (2011). Interventions for smokeless tobacco use cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD004306. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004306.pub4>
- Enviar, C., Becoña, E., & Sur, C. (2004). Tratamiento psicológico del tabaquismo. *Adicciones*, 16(2), 237–264. Retrieved from [http://www.adicciones.es/files/5.3\).pdf](http://www.adicciones.es/files/5.3).pdf)
- Eriksen, M., Mackay, J., & Ross, H. (2012). *El Atlas del tabaco* (4a ed.). Atlanta: Sociedad Americana contra el Cáncer. Fundación Mundial del Pulmón.
- Esteves, E., Gambogi, R., Saona, G., Cenández, A., & Palacio, T. (2011). Tratamiento de la dependencia al tabaco: experiencia del Fondo Nacional de Recursos. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 26, 231–236. Retrieved from <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688->

04202011000300011&script=sci\_arttext&lng=en

- Esteves, E., Saona, G., Baldizzoni, M., Wald, I., & Rey, N. (2018). Evaluation of a national tobacco dependence treatment program in Uruguay 2017. In *17th World Conference on Tobacco or Health. WCTOH Secretariat*. Cape Town, South Africa. Retrieved from <http://www.tobaccoinduceddiseases.org/Evaluation-of-a-national-tobacco-dependence-treatment-program-in-Uruguay-2017,83892,0,2.html>
- 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."* Universidad Complutense de Madrid.
- Fernandez, E., & Becoña, E. (2010). Trastornos de personalidad en fumadores: una revisión Personality disorders in smokers: a review. *Revista Adicciones*, 22(2), 155–172. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122889012%5CnComo>
- 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 dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline*. Rockville.
- Hajek, P., Stead, L., West, R., Jarvis, M., Hartmann-Boyce, J., & Lancaster, T. (2013). *Relapse prevention interventions for smoking cessation (Review)*.
- Harris, J., Balsa, A., & Triunfo, P. (2014). *Campaña antitabaco en Uruguay: Impacto en la decisión de dejar de fumar durante el embarazo y en el peso al nacer*.
- Hartmann-Boyce, J., Stead, L. F., Cahill, K., & Lancaster, T. (2013). Efficacy of interventions to combat tobacco addiction: Cochrane update of 2012 reviews. *Addiction*, 108(10), 1711–1721. <https://doi.org/10.1111/add.12291>
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & 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>
- Hughes, J. (2007). Depression during tobacco abstinence. *Nicotine and*

- Tobacco Research*, 9(4), 443–446. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/14622200701243185>
- Hughes, J., Hatsukami, D., Mitchell, J., & Dahlgren, L. (1986). Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 143(8), 993–997.
- Hughes, J., Stead, L., Cahill, K., & Lancaster, T. (2014). Antidepressants for smoking cessation ( Review ). *The Cochrane Library*, (1), 1–145. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000031.pub3>. Copyright
- II Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Uruguay 2006.* (2006).
- Jiménez, L., Bascarán, M. T., García Portilla, M. P., Sáiz, P., Bousoño, M., & Bobes, J. (2004). La nicotina como droga. *Adicciones*, 16(2), 143–153.
- Jimenez Ruiz, C., & Fagerström, K. (2011). *Tratado de tabaquismo.* (Jimenez Ruiz C. & K. Fagerstrom, Eds.) (3a ed.). Madrid: Aula Médica.
- Cano, A., Escapa Solanas, S., Marí-Klose, M., & Marí-Klose, P. (2012). Factores de riesgo psicosociales en el consumo de tabaco de los adolescentes: estados de ánimo negativos, grupo de iguales y estilos parentales. *Adicciones*, 24, 309–318.
- Koegelengerg, C., Noor, F., Bateman, E., Van Zyl-Smit, R., Bruning, A., O'Brien, J., ... Irusen, E. (2014). Efficacy of varenicline combined with nicotine replacement therapy vs varenicline alone for smoking cessation. *Jama*, 312(2), 155–161. <https://doi.org/10.1001>
- Lancaster, T., & Stead, L. F. (2005). Individual behavioural counselling for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD001292. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001292.pub2>
- Lindson-Hawkey, N., Aveyard, P., & Hughes, J. (2012). *Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit.* *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008033.pub3>
- Lindson-Hawkey, N., Banting, M., West, R., Michie, S., Shinkins, B., & Aveyard, P. (2016). Gradual versus abrupt smoking cessation: a randomized, controlled noninferiority trial. *Annals of Internal Medicine*, 164(9), 585–592. <https://doi.org/10.7326/M14-2805>
- 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.
- Llambí, L., Parodi, C., Barros, M., & Pippo, A. (2014). Cigarrillo electrónico: controversias y cautela. *Revista Médica Del Uruguay*, 30(2), 137–138.
- Mackowick, K. M., Lynch, M.-J., Weinberger, A. H., & George, T. P. (2012). Treatment of Tobacco Dependence in People with Mental Health and Addictive Disorders. *Current Psychiatry Report*, 14(5), 478–485.  
<https://doi.org/10.1007/s11920-012-0299-2>.Treatment
- Manzano, M., Antona, M. J., Ayesta, F., Casasola, M., Galán, I., Romo, I., ... Sender, L. (2010). Intervención interdisciplinar en tabaquismo - Documento de Consenso SEDET – Mayo 2010.
- McCaul, K. D., Hockemeyer, J. R., Johnson, R. J., Zetocha, K., Quinlan, K., & Glasgow, R. E. (2006). Motivation to quit using cigarettes: A review. *Addictive Behaviors*, 31(1), 42–56.  
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.04.004>
- McNeill, A. (2002). *Smoking and mental health - a review of the literature*. (ASH, Ed.). London. Retrieved from  
[http://ash.org.uk/files/documents/ASH\\_202.pdf](http://ash.org.uk/files/documents/ASH_202.pdf)
- Micó, J. A., Moreno, M. R., Roca, A., Rojas, M. O., & Ortega, A. (2000). Neurobiología de la adicción a nicotina. *Prevención Del Tabaquismo*, 2(2), 101–105.
- Miller, R. (1999). *Mejorando la motivación para el cambio en el tratamiento de abuso de sustancias. Serie de protocolo para mejorar el tratamiento-35*. Rockville. Retrieved from <http://text.nlm.nih.gov>
- Miller, W., & Rollnick, S. (2015). *La Entrevista Motivacional* (3a ed.). Barcelona: Paidós.
- Mineur, Y. S., & Picciotto, M. R. (2009). Biological basis for the co-morbidity between smoking and mood disorders. *Journal of Dual Diagnosis*, 5(2), 122–130. <https://doi.org/10.1080/15504260902869964>
- Ministerio de Salud Publica Uruguay. (2009). Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo.
- Moreno Arnedillo, J. J., & Herrero Garcia De Osma, F. J. (2000). Factores asociados al éxito en programas para dejar de fumar. *Adicciones*, 12(3), 329–341.

- Morey, L. C., Berghuis, H., Bender, D. S., Verheul, R., Krueger, R. F., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part II: empirical articulation of a core dimension of personality pathology. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 347–53.  
<https://doi.org/10.1080/00223891.2011.577853>
- 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), 405–13.  
<https://doi.org/10.1080/14622200701188851>
- Nerín, I., Crucelaegui, A., Mas, A., & Guillén, D. (2003). Perfil de los fumadores que solicitan tratamiento en una unidad de tabaquismo. *Archivos de Bronconeumología*, 39(7), 298–302.
- Núñez, V., Boscana, V., Minacapili, M., Fernández, I., Parodi, C., Barros, M., & Llambí, L. (2017). Mitos y realidades en tabaquismo sobre cesación abrupta versus gradual y cigarrillo electrónico. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, (1), 33–36. Retrieved from [www.medicinainterna.org.uy/wp-content/uploads/2016/06/Rumi\\_Suplemento\\_No1\\_JulioAgosto\\_2017\\_V3.pdf](http://www.medicinainterna.org.uy/wp-content/uploads/2016/06/Rumi_Suplemento_No1_JulioAgosto_2017_V3.pdf)
- Office of the Surgeon General (US), & Office on Smoking and Health (US). (2004). *The health consequences of smoking. Nicotine Addiction. A report of the Surgeon General*. Atlanta. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44695/>
- 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. Retrieved November 28, 2014, from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243591010.pdf?ua=1>
- Parodi, C., Barros, M., Llambí, L., Silveira, A., Pippo, A., Musetti, A., ... Arcos, J. (2015). Consulta en Unidad de Tabaquismo: oportunidades diagnósticas. *Prevención Del Tabaquismo*, 17(1), 13–18.
- 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.

- Perea-baena, J. 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. *Psicothema*, 21(1), 39–44.
- Pereiro Gómez, C., Becoña Iglesias, E., Córdoba García, R., Martínez Raga, J., & Pine Ogué, C. (2008). *Tabaquismo. Guías clínicas SOCIODROGALCOHOL basadas en la evidencia científica*. (Socidrogalcohol, Ed.). Valencia: Martin Impresores, SL.
- Pérez-Rubio, G., Herrera, E. U., Camarena, Á., Reséndiz-Hernández, J. M., Mónica, M. G., Venegas, A. R., ... Falfán-Valenciai, R. (2011). Visión general de la neurobiología y genética en la adicción a la nicotina. *Revista Del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 70(3), 179–187.
- Piñeiro B, Miguez MC, & Becoña E. (2010). La entrevista motivacional en el tratamiento del tabaquismo: una revisión. *Adicciones*, 22, 353–364. <https://doi.org/10.20882/adicciones.177>
- Prochaska, J., DiClemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102–1114.
- Rahman, M. A., Hann, N., Wilson, A., Mnatzaganian, G., & Worrall-Carter, L. (2015). E-Cigarettes and Smoking Cessation: Evidence from a Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 10(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122544>
- Ramon Torrell, J. M., Bruguera Cortada, E., Fernández Pinilla, C., Sanz de Burgoa, V., & Ramírez Vázquez, E. (2009). Motivos para dejar de fumar en España en función del sexo y la edad. *Gaceta Sanitaria*, 23(6), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.07.004>
- Samarin, E. O., Gómez, B. M., Villalobos, A. U., Botello, M., Olgúin, 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. <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. Retrieved from <http://suc.org.uy/revista/v26n3/pdf/rcv26n3-sandoya-mortalidad.pdf>
- 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.
- Shadel, W., Niaura, R., & Abrams, D. (2000). An idiographic approach to understanding personality structure and individual differences among smokers. *Cognitive Therapy and Research*, 24(3), 345–359.  
<https://doi.org/10.1023/A:1005567405173>
- Slovic, P. (2001). *Smoking. Risk, perception and policy*. California: SAGE Publications.
- Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. (2010). *Guía de tratamiento de tabaquismo*. Barcelona: Respira. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK47499/pdf/TOC.pdf>
- Stead, L., & Lancaster, T. (2012). Intervenciones conductuales como complemento a la farmacoterapia para el abandono del hábito de fumar.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009670>
- Stead, L., Perera, R., Bullen, C., Mant, D., Cahill, K., & Lancaster, T. (2012). Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000146.pub4>. [www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com)
- Stead, L., Perera, R., Bullen, C., Mant, D., Hartmann, J., Cahill, K., & Lancaster, T. (2010). Nicotine replacement therapy for smoking cessation ( Review ). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
- Terracciano, A., & Costa, P. (2004). Smoking and the Five-Factor Model of Personality. *Addiction*, 99(4), 472–481.
- Texeira, J., Andrés-Pueyo, A., & Alvarez, E. (2005). La evolución del concepto de tabaquismo. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4), 999–1005.  
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400002>
- Torrecilla, M., Barrueco, M., Maderuelo, J. A., Ruiz, C. A. J., Plaza, M. D., & Mezquita, M. A. H. (2001). ¿ Se puede predecir el éxito de la intervención mínima en tabaquismo ? *Prevención Del Tabaquismo*, 3(1), 13–19.
- Triunfo, P., Harris, J., & Balsa, A. (2016). Evaluación de la campaña antitabaco en Uruguay: balance de diez años y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 40(4). Retrieved from

- [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31308/v40n4a11\\_256-62.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31308/v40n4a11_256-62.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. U.S. Centers for Diseases Control and Prevention. (2009). *Global Adult Tobacco Survey (GATS): Fact Sheets and Report*. Retrieved from <http://www2.msp.gub.uy/documentos/gats2009.pdf>
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. U.S. Centers for Diseases Control and Prevention. (2017). *Global Adults Tobacco Survey (GATS)*. Retrieved from <http://www.msp.gub.uy/noticia/menos-fumadores>
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. (2009). *Manual Nacional de Abordaje del Tabaquismo en el Primer Nivel de Atención*.
- Uruguay. Ley 18.256. Control del tabaquismo. (2008). Uruguay. Retrieved from <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18256&Anchor=>
- US Department of Health and Human Services. (2008). *Tobacco Use and Dependence Guideline Panel. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. US Department of Health and Human Services. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>
- Verdejo-García, A., & Tirapu-Ustárriz, J. (2011). Modelos neuropsicologicos de adicción. In E. Pedrero, J. M. Sanchez, A. Verdejo, M. Llanero, & E. Ambrosio (Eds.), *Neurociencia y adicción* (pp. 47–65). Madrid: Sociedad Española de Toxicomanías. Retrieved from <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>
- VI Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Uruguay 2014*. (2014). Retrieved from [http://www.infodrogas.gub.uy/html/encuestas/documentos/Encuesta\\_CDEEM.pdf](http://www.infodrogas.gub.uy/html/encuestas/documentos/Encuesta_CDEEM.pdf)
- West, R. (2005). Assessing smoking cessation performance in NHS Stop Smoking Services : The Russell Standard (Clinical). *Cancer Research*, 4–6.
- 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.
- West, R., Raw, M., McNeill, A., Stead, L., Aveyard, P., Bitton, J., ... Borland, R. (2015). Health-care interventions to promote and assist tobacco cessation: a review of efficacy, effectiveness and affordability for use in national

guideline development. *Addiction*, 110(9). Retrieved from  
<https://onlibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/add.12998>

## APÉNDICES Y ANEXOS

## Apéndice 1: Formulario de recolección de datos y variables

### Sección 1.

#### Confirmación del Consentimiento Informado

1.1. ¿Aceptó responder a las preguntas de esta encuesta y firmó el consentimiento informado?

1  Sí

2  No → Fin de la encuesta

#### Sección 2. Información General

2.2: *Numero de HC:*

2.3 *Sexo:* 1  *Mujer* 2  *Hombre*

2.1: *Nombre:* \_\_\_\_\_

2.4 *Fecha de nacimiento (dd-mm-aaaa):*

|\_|\_|\_|\_| - |\_|\_|\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

#### 2.5. Estado civil

1  Casado/a o en pareja

2  En pareja pero no viven juntos

3  Divorciado/a o separado/a

4  Viudo

5  Soltero/a

#### 2.6 Escolaridad

1  Sin educación formal

2  Escuela primaria incompleta

3  Escuela primaria completa

4  Escuela secundaria incompleta

5  Escuela secundaria completa

6  Terciario incompleto

7  Terciario completo

2.7 *Situación laboral en los últimos 12 meses*

1 Empleado

2 Trabaja por cuenta propia

3 Changas

4 Estudiante

5 Desempleado

6 Desempleado no puede trabajar

7 Jubilado o pensionista

8 Plan social

2.8 *Enfermedad crónica vinculada con el consumo de cigarrillos*

1  NO

2  SiCuál \_\_\_\_\_

Sección 3. Características del consumo

3.1 *Cantidad de cigarrillos diarios antes de comenzar el tratamiento*

|\_|\_|\_|\_| cigarrillos

3.2 *Grado de dependencia según escala de Fagerström*

|\_|\_|\_|\_|

3.3 *¿Cuál tratamiento/s se le administró al paciente?*

1 TRN

2 Bupropión

3 Vareniclina

4 Sólo Cognitivo Conductual

5 Combinado fármacos-cognitivo conductual

3.4 *¿A cuántas sesiones acudió?* |\_|\_|\_|\_|

3.5 *¿Dejó de fumar?*

1 Si Número de sesión |\_|\_|\_|\_|

2 No

**Sección 4. Resultados psicodinámicos ENFP**

Puntajes obtenidos en las dimensiones analizadas por medio de entrevista de acuerdo con cada observador

**Observador 1:**

4.1 Identidad

4.2 Autodirección

4.3 Empatía

4.4 Intimidad

SUMA:

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sección 5. Seguimiento**

Esta sección se administra a los pacientes que SI dejaron de fumar.

5.1 Indique en qué fecha debe volver a contactarlo:

(dd-mm-aaaa):    -    -

5.2 Indique en qué fecha volvió a contactarlo:

(dd-mm-aaaa):     -     -

Abstinencia a los 6 meses

5.3 Por declaración 1   dejó de fumar 2   Volvió a fumar  
Si volvió a fumar, tiempo que estuvo sin fumar   días

5.4 Según CO22 1   dejó de fumar 2   Volvió a fumar

**Apéndice 2: Formularios de Consentimiento Informado y de Informac  
paciente**

**FORMULARIOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Fecha: ...../..

**Quien suscribe**.....**C.I. N°**.....

(Nombres y Apellidos del participante)

**Declaro que** .....

(Nombres y Apellidos de quien proporciona la información)

me ha explicado en qué consistirá el estudio: **“Relación entre el l  
Funcionamiento de la Personalidad y el logro de la cesación”** a cargo  
Psic. Mary Barros, cuyos detalles se encuentran en la hoja de **Inform  
participante** que me han brindado.

En dicho estudio, se me realizará una entrevista con preguntas relacionadas  
forma de ser y de relacionarme con otras personas. Me han explicado que la  
ser podría estar relacionada con el dejar de fumar.

**He comprendido** las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje  
sencillo, y la persona que realiza el estudio me ha permitido realizar p  
**aclarando** todas las dudas que le he planteado. También comprendo  
cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, **puedo re**  
consentimiento que ahora doy sin que esto afecte la atención que reciba c  
tratamiento ni ninguna otra consecuencia.

También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegido  
utilizados únicamente con fines de formación y desarrollo profesional.

Y en tales condiciones, **acepto participar del estudio.**

-----  
Firma del participante

-----  
Firma de quien proporciona la info

## FORMULARIO DE INFORMACION AL PARTICIPANTE

Aquí encontrará información sobre el estudio: : **“Relación entre el Nivel de Funcionamiento de la Personalidad y el logro de la cesación”**, a cargo de la Lic. Psicóloga Mary Barros, al que lo/a invitamos a participar.

El propósito de este estudio es investigar la posible relación entre la forma de ser y de relacionarse con los demás (la personalidad) y el lograr dejar de fumar. Para el estudio deberá responder algunas preguntas sobre estos temas. La duración de su participación será de una hora aproximadamente.

La información que brinde sobre los temas que serán abordados pueden ayudar a comprenderlo mejor y encontrar la mejor la manera de ayudarlo en el tratamiento. Por otra parte algunos temas puede que no sean de su agrado, pero tiene toda la libertad y el derecho de no responder ni dar información que le genere molestias de cualquier tipo.

Es importante que sepa que su anonimato está garantizado. Se mantendrá la confidencialidad de los datos obtenidos en el estudio. Su nombre no aparecerá en ningún documento ni en la base de datos que se utilizarán. Se guardarán sus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna otra persona aparte del investigador pueda acceder a esta información Los datos obtenidos serán utilizados exclusivamente para los fines del presente estudio.

Su participación en el estudio es voluntaria. Si, en el caso de decidir participar y consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la intervención usted desea dejar de participar puede dejar de participar sin necesidad de dar ninguna explicación. El hecho de retirarse del estudio no afectará en nada el tratamiento que usted reciba.

Lea esta información, y si está de acuerdo en participar le pediremos que firme un formulario de consentimiento.

Muchas Gracias

Responsable del proyecto Lic. Psic. Mary Barros

Teléfono de contacto: 2486 44 24

Unidad de Tabaquismo - Hospital de Clínicas

Mail: marybago@gmail.com

### Anexo 1: Test de Fagerström de Dependencia a la Nicotina

Test de Fagerström de Dependencia a la Nicotina		
¿Cuántos cigarrillos fuma por día?	>30	3
	21 -30	2
	11 -20	1
	<11	0
¿Cuánto demora en fumar el 1 <sup>er</sup> cigarrillo al levantarse?	<5 min	3
	6 a 30 min	2
	31 a 60	1
	>60 min	0
¿Qué cigarrillo le es más difícil dejar?	El primero	1
	Otro	0
¿Fuma más en la mañana?	SI	1
	NO	0
¿Le es difícil no fumar donde está prohibido?	SI	1
	NO	0
¿Fuma si está enfermo en cama todo el día?	SI	1
	NO	0

PUNTUACIÓN DEPENDENCIA:    0–3 Leve    4–6 Moderada    7–10 Fuerte

## Anexo 2: Escala de Nivel de Funcionamiento de Personalidad

### ESCALA DE NIVEL DE FUNCIONAMIENTO DE LA PERSONALIDAD

Nivel de deficiencia	SELF		INTERPERSONAL	
	Identidad	Autodirección	Empatía	Intimidad
<b>0- Poca o sin deficiencia</b>	<p>Posee conciencia regular de un self único; mantiene límites apropiados al rol.</p> <p>Posee autoestima positiva, consistente y auto-regulada, con una precisa valoración del self.</p> <p>Es capaz de experimentar, liberar y regular una gama completa de emociones.</p>	<p>Establece y aspira a metas razonables basadas en una evaluación realista de las capacidades personales.</p> <p>Utiliza estándares apropiados de comportamiento, logrando cumplimiento en múltiples ámbitos.</p> <p>Puede reflexionar sobre la experiencia interna, y sacar un sentido constructivo de ella.</p>	<p>Es capaz de comprender adecuadamente las experiencias y motivaciones de los demás en la mayoría de las situaciones.</p> <p>Comprende y valora las perspectivas de los demás, aun cuando no está de acuerdo.</p> <p>Es consciente del efecto de sus propias acciones sobre los otros.</p>	<p>Mantiene múltiples relaciones satisfactorias y duraderas en la vida personal y comunitaria.</p> <p>Desea y se involucra en un número de relaciones cariñosas, cercanas y recíprocas.</p> <p>Se esfuerza por cooperar y obtener beneficio mutuo, y responde flexiblemente a una gama de ideas, emociones y comportamientos de los otros.</p>
<b>1-Algo de deficiencia</b>	<p>Posee sentido relativamente intacto del self, con alguna disminución en la claridad de los límites cuando experimenta emociones fuertes o angustia mental.</p> <p>Autoestima disminuida por momentos, con valoración del self excesivamente crítica o de alguna manera distorsionada.</p> <p>Las emociones fuertes pueden ser angustiantes, asociadas con una restricción en la gama de experiencias emocionales.</p>	<p>Está excesivamente dirigido a una meta, o presenta inhibición de metas en cierto modo, o presenta conflicto acerca de las metas.</p> <p>Puede tener un set de estándares personales no realista o socialmente inapropiado, limitando algunos aspectos de cumplimiento.</p> <p>Puede reflexionar sobre las experiencias internas, pero puede sobre-enfrentar en un solo tipo de autoconocimiento (por ejemplo, intelectual, emocional).</p>	<p>Presenta cierto compromiso en la capacidad de comprender y entender las experiencias de los demás; puede tender a ver que los demás tienen expectativas irrazonables o un deseo de control.</p> <p>Si bien es capaz de considerar y entender diferentes perspectivas, se resiste a hacerlo.</p> <p>Presenta conciencia inconsistente del efecto de su comportamiento en los demás.</p>	<p>Es capaz de establecer relaciones duraderas en la vida personal y comunitaria, con algunas limitaciones en el grado de profundidad y satisfacción.</p> <p>Es capaz de formar, y desea formar relaciones íntimas y recíprocas, pero puede inhibirse en expresiones significativas, y algunas veces puede restringirse si surgen emociones intensas o conflictos.</p> <p>La cooperación puede verse inhibida por estándares irracionales, de alguna manera limitado en la capacidad de respetar o responder a las ideas, emociones y comportamientos de los demás.</p>

ESCALA DE NIVEL DE FUNCIONAMIENTO DE LA PERSONALIDAD (cont.)

		SELF		INTERPERSONAL	
Nivel de deficiencia	Identidad	Auto-dirección	Empatía	Intimidad	
<b>2- Deficiencia moderada</b>	Depende excesivamente de los demás para la definición de su identidad, con delimitación comprometida de los límites. Posee autoestima vulnerable, controlada por una exagerada preocupación por la evaluación exterior, con deseo de aprobación. Tiene sentido de imperfección o inferioridad, con una autovaloración compensatoria inflada o desinflada. La regulación emocional depende de la valoración exterior positiva. Las amenazas al autoestima pueden engendrar fuertes emociones como ira o vergüenza.	Frecuentemente las metas no son auto generadoras sino que son miedos para ganar la aprobación exterior, y por ende pueden carecer de coherencia y/o estabilidad. Los estándares personales pueden ser irrazonablemente altos (por ejemplo, una necesidad de ser especial o de complacer a los demás), o bajos (por ejemplo, no consonante con prevalecer valores sociales). El cumplimiento se ve comprometido por un sentido de falta de autenticidad. Posee capacidad deficiente para reflexionar sobre las experiencias internas.	Está hiper-sintonizado con las experiencias de los demás, pero sólo con respecto a las que son percidas como relevantes para el self. Es excesivamente autorreferencial: con un compromiso significativo en la capacidad de valorar y entender la experiencia de otros y de considerar perspectivas alternativas. Generalmente no es consciente o no lo importan los efectos de su comportamiento en los demás, o valoración irrealista del propio efecto.	Es capaz de formar y desea formar relaciones en la vida personal y comunitaria, pero las conexiones pueden ser extensamente superficiales. Las relaciones íntimas se basan predominantemente en juntar las necesidades auto regulatorias y de autoestima, con una expectativa irrealista de ser comprendido perfectamente por los demás. Tiende a no ver las relaciones en términos de reciprocidad, y coopera predominantemente por ganancia personal.	

ESCALA DE NIVEL DE FUNCIONAMIENTO DE LA PERSONALIDAD (cont.)

		SELF		INTERPERSONAL	
Nivel de deficiencia	Identidad	Auto-dirección	Empatía	Intimidad	
3-Deficiencia severa	<p>Posee un sentido de autonomía/ acción débil: experiencia de falta de identidad, o vacío. La definición de límites es pobre o rígida; puede mostrar <b>sobre-identificación con los otros, sobre-énfasis en ser independiente de los demás, o vacilación entre estos.</b></p> <p>La autoestima frágil es fácilmente influenciada por eventos, y la autómagen carece de coherencia. La autovaloración no está matizada: auto-aversión, auto-engrandecimiento, o una combinación lógica e irrealista.</p> <p>Emociones cambiantes, o sentimiento de desesperanza inquebrantable.</p>	<p>Tiene dificultad estableciendo y/o alcanzando metas personales. Los estándares internos de comportamiento no son claros o son contradictorios. <b>La vida es experimentada como sin sentido o como peligrosa.</b></p> <p>Posee un compromiso significativo de la capacidad de reflexionar y entender los propios procesos mentales.</p>	<p>La capacidad para considerar y entender sentimientos y conductas se encuentra limitada en forma significativa; puede ser que discierna, aspectos muy específicos de la experiencia de los otros en particular vulnerabilidad y sufrimiento</p> <p>Generalmente incapaz de considerar perspectivas alternativas; altamente amenazado por opiniones diferentes o puntos de vista alternativos.</p> <p>Confusión o desconocimiento del impacto de las propias acciones sobre los otros; amenudo desconcertado sobre el pensamiento y acciones de los otros; frecuentement atribuye motivaciones destructivas a los otros</p>	<p>Existe cierto deseo de formar relaciones en la vida personal y en la comunidad, pero la capacidad para conexiones duraderas y positivas se encuentra significativamente empeorada.</p> <p>Las relaciones e encuentran basadas en una fuerte en la necesidad absoluta por el otro (s) íntimo y/o por expectativas de abandono o abuso. <b>Los sentimientos acerca de las relaciones íntimas con los otros alternan entre miedo/rechazo y deseos desesperados por conectarse</b></p> <p>Escasa reciprocidad: los otros son conceptualizados primariamente en términos de la forma en la cual atecien al self (negativamente o positivamente); los esfuerzos cooperativos son frecuentemente atecidos debido a la percepción de desprecio/desarres/faltas (slights)</p>	

<p><b>4- Deficiencia extrema</b></p>	<p>La experiencia de un sentido único del self o del sentido de agencia/autonomía del self virtualmente ausente, o se encuentran organizadas alrededor de persecución externa percibida. Los límites con los otros son confusos o hay falta de límites</p> <p>Autoimagen débil o distorsionada, fácilmente amenazada por la interacción con los otros confusión y distorsión significativa acerca de la autovaloración</p> <p>Emociones no congruentes con el contexto o con la experiencia interna, el odio y la agresión pueden ser los afectos dominantes, aunque pueden ser negados y atribuidos a los otros</p>	<p>Pobre diferenciación de pensamientos respecto de acciones, entonces severo compromiso para la capacidad de establecer actividades para lograr metas, estas son no realistas o inconvergentes</p> <p>Virtual ausencia de estándares internos de conducta, la autorrealización/cumplimiento/satisfacción virtualmente inconcebible.</p> <p>Inhabilidad profunda para reflexionar constructivamente acerca de la propia experiencia.</p> <p>Las motivaciones personales pueden no ser reconocidas y/o experimentadas como externas al self</p>	<p>Inhabilidad pronunciada para considerar y entender la experiencia y motivación de los otros</p> <p>Atención a la perspectiva de los otros virtualmente ausente (la atención es hipervigilante, focalizada hacia el cumplimiento de las propias necesidades/satisfacciones y en evitación del daño)</p> <p>Las interacciones sociales pueden ser confusas o desorientadoras</p>	<p>El despo de afiliación es limitado debido a desinterés profundo o expectativa de sufrir daño. El compromiso con los otros es desapegado, desorganizado o consistentemente negativo.</p> <p>Las relaciones se encuentran conceptualizadas casi exclusivamente en términos de la habilidad para proveer confort o infligir dolor o sufrimiento</p> <p>La conducta social/intrapersonal no es recíproca, más bien busca cumplimiento de las necesidades básicas o escape del dolor.</p>
--------------------------------------	--	--	---	---

### Anexo 3: Aprobación de Comité de Ética



Montevideo, 29 de Abril de 2015.

En el día de la fecha se reúne el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, a los efectos de expedirse respecto al proyecto de tesis “**¿El logro de la cesación tabáquica está relacionado con el nivel de funcionamiento de la personalidad?**”, a cargo de la maestranda Mary Barros.

Dicho proyecto CUMPLE CON LOS CRITERIOS ÉTICOS para la protección de los seres humanos que participan como sujetos en procesos de investigación, por lo que este Comité de Ética en Investigación OTORGA EL AVAL para su ejecución.

Pase a notificación de la maestranda Mary Barros (responsable del proyecto).

EUGENIA ROSANO  
PASANTE DE UTU  
Secretaría de Gobierno  
*E. Rosano*

*Pilar Pacci*  
*Pilar Pacci*

*[Signature]*  
Pilar Pacci

*[Signature]*  
ANATOLIO MARTÍNEZ