

El tratamiento de un fumador con un trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad

Ana López Durán, Elena Fernández del Río y Elisardo Becoña Iglesias*

Universidad de Santiago de Compostela (España)

Resumen: La relación entre trastornos de personalidad y consumo de drogas ha cobrado un creciente interés en los últimos años por las dificultades que conlleva en el tratamiento. Pero un aspecto menos analizado es la relación entre trastornos de personalidad y abandono del consumo de tabaco, pues apenas hay estudios al respecto. En el presente artículo el objetivo es analizar la evaluación, tratamiento y posteriores seguimientos de una persona con un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad que recibe tratamiento psicológico para dejar de fumar. El resultado de dicho tratamiento muestra que la presencia de trastornos de personalidad no siempre es un factor que dificulte el abandono del consumo de tabaco.

Palabras clave: Trastornos de personalidad; tabaco; tratamiento; dejar de fumar.

Title: Treatment of a smoker with an obsessive compulsive disorder of personality.

Abstract: The relationship between personality disorders and drug consumption has charged a growing interest in the last years for the difficulties in the treatment. But the relationship between personality disorders and smoking cessation are an aspect fewer analyzed, because there are few studies about it. The aim of this study is to analyze the assessment, treatment and follow-ups of a subject with an obsessive-compulsive personality disorder. He received psychological treatment to quit smoke. The result of this treatment shows that the presence of a personality disorder is not always a factor that difficult the smoking cessation.

Key words: Personality disorders; tobacco; treatment; smoking cessation.

Introducción

En el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) se definen los rasgos de personalidad como patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar. Se convierten en trastornos de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y se apartan acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tienen su inicio en la adolescencia o al inicio de la edad adulta, son estables en el tiempo y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.

La explicación de la asociación entre consumo de sustancias y trastornos de personalidad presenta algunas dificultades, ya que en muchas ocasiones se desconoce si la personalidad es la que determina el inicio en el consumo de drogas, si es el consumo de drogas el que lleva a un patrón de personalidad desadaptativo, si el consumo de drogas modula una serie de rasgos previos o si son independientes los patrones de personalidad y el consumo de drogas (Pedrero, 2003).

Respecto a la necesidad de tener en cuenta la asociación entre consumo de drogas y presencia de trastornos de personalidad para diseñar el tratamiento, diversos estudios recogen las consecuencias de la presencia de trastornos de personalidad en los consumidores de drogas si no se aborda de forma adecuada (Bottlender, Preuss y Soyka, 2006; Martínez y Trujillo, 2003; Pettinati, Pierce, Belden y Meyers, 1999; Pihl, 2007; Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin y Burr, 2000; Verheul, van den Brink y Hartgers, 1998): dificultad para alcanzar la abstinencia con frecuentes recaídas en el consumo, baja adherencia al tratamiento y abandono del mismo, consumos importantes de otras sustancias diferentes a la que motiva el tratamiento, uso abusivo y erróneo de los

psicofármacos, deterioro de la relación paciente – terapeuta e incluso en algunos casos mayor probabilidad de tener conductas de riesgo (Compton, Cottler, Spitznagel, Abdallah y Gallagher, 1998). Además, es importante el análisis del *craving* en este tipo de pacientes como elemento a tener en cuenta dentro del tratamiento (López y Becoña, 2006; Merikle, 1999).

En el caso concreto del tratamiento del tabaquismo, el abandono del consumo en personas que tienen problemas psicopatológicos presenta más dificultades: fuman más cantidad de cigarrillos que la población normal y durante más años (Lawn, Pols y Barber, 2002; Ranney, Melvin, Lux, McClain y Lohr, 2006) y tienen una menor probabilidad de mantenerse abstinentes seis meses después de haber finalizado el tratamiento (Ferguson et al., 2003).

Pero los estudios que evalúan los resultados que obtienen las personas con problemas psicopatológicos en los programas de tratamiento del tabaquismo, no son concluyentes (Breslau, Peterson, Schultz, Chilcoat y Andreski, 1998; El-Guebaly, Cathcart, Currie, Brown y Golster, 2002; John, Meyer, Rumpf y Hapke, 2004). En concreto, no está claro que la presencia de un trastorno de personalidad sea determinante a la hora de explicar los resultados en el tratamiento (Covey, Hughes, Glassman, Blazer y George, 1994; Gariti, Alterman, Mulvaney y Epperson, 2000; Lasser et al., 2000). Covey et al. (1994) no encontraron una relación significativa entre el hábito de fumar e intentos de abandono y el trastorno de personalidad antisocial. En cambio, estudios como el de Perea, Oña y Ortiz (2009) señalan que determinados patrones de personalidad, el evitativo, el autodestructivo, el pasivo-agresivo, el esquizotípico y el límite, se relacionan significativamente con deslices y recaídas tras haber dejado de fumar. Por el contrario, el rasgo de personalidad dependiente se asoció a una mayor probabilidad de mantenerse abstinentes a los 6 meses de haber finalizado el tratamiento. En un estudio reciente, Fernández del Río, López y Becoña (2010a) encontraron que los fumadores con un trastorno de personalidad por dependencia obtuvieron un menor porcentaje de abstinencia a los 6 y 12 meses de haber

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]: Ana López Durán. Departamento de Psicología Clínica y Psobiología. Facultad de Psicología. Campus sur. Universidad de Santiago de Compostela. 15782 Santiago de Compostela (España).
E-mail: ana.lopez@usc.es

finalizado un tratamiento psicológico para dejar de fumar. En cambio, los sujetos con un trastorno antisocial mostraron un mayor porcentaje de abstinencia a los 6 meses de haber finalizado el tratamiento.

Los últimos estudios indican, por tanto, que no todos los trastornos de personalidad repercuten negativamente en el abandono del consumo de tabaco ni en el mantenimiento de la abstinencia, como han apuntado investigaciones previas (John et al., 2004; Gariti et al., 2000; Perea et al., 2009). Sería un error concluir que la presencia de un trastorno de personalidad siempre implica más dificultades a la hora de llevar a cabo el tratamiento, el mantenimiento de la abstinencia y el manejo del paciente. Es fundamental, en primer lugar, determinar el tipo de trastorno de personalidad al que estamos haciendo referencia, ya que por ejemplo, las características de un trastorno paranoide de la personalidad son diferentes a las de un trastorno de personalidad por dependencia. En concreto, el trastorno de personalidad que vamos a abordar en el presente trabajo es el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad.

Este trastorno de la personalidad se caracteriza por un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo, la necesidad intensa y exagerada de control, falta de flexibilidad, espontaneidad y de eficacia (Beck, Freeman y Davis, 2005; Martínez y Trujillo, 2003; Vallejo, Ortega, Vallejo y Menchón, 2003). Las personas con este trastorno tienen un estilo de pensamiento extremadamente rígido y centran su atención en detalles específicos de situaciones muy concretas (Caballo, 1996, 2004), siendo la consecuencia de esto la pérdida de eficacia a la hora de realizar una tarea. Tienen dificultades para establecer prioridades, pretenden abarcarlo todo y, al ser tan detallistas y perfeccionistas, pierden de vista los objetivos principales de la tarea (Vallejo et al., 2003).

Desde el punto de vista de la intervención terapéutica con personas que presentan este trastorno, hay una serie de aspectos que se deben tener en cuenta (Beck et al., 2005; Martínez y Trujillo, 2003). En primer lugar, tener presente que el elemento que más interfiere en el tratamiento es la rigidez que tienen estos sujetos y la defensa incondicional que hacen de sus planteamientos a pesar de que la gente que le rodee se posiciona en contra. En segundo lugar, estos sujetos no toleran bien el acercamiento emocional en los primeros momentos del tratamiento por lo que es preciso darles un tiempo para empezar a abordar aspectos importantes para su vida. En tercer lugar, los objetivos que se planteen en el tratamiento no deben de ser muy amplios o ambiciosos, sino concretos y realistas para evitar que el sujeto centre su atención en aspectos irrelevantes del proceso. Y en cuarto lugar, en relación con el punto anterior, el sujeto debe de tener unas expectativas positivas hacia la consecución de los objetivos, en el caso contrario dejará de involucrarse en los mismos. Este punto es muy relevante a la hora de explicar las recaídas en las personas en tratamiento por consumo de sustancias. Para finalizar, añadir que las personas con este tipo de trastorno tienen una gran adherencia a las prescrip-

ciones terapéuticas, en especial a las dirigidas al control del deseo del consumo.

Respecto al consumo de tabaco, algunos autores plantean que los fumadores con un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad utilizan la nicotina para calmar la sintomatología ansiosa típica de los trastornos de personalidad del grupo C (Pomerleau, Marks y Pomerleau, 2000), ya que el consumo de tabaco afecta al sistema serotoninérgico, el fondo neurobiológico primario de los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo, incluyendo claro está el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (Pulay et al., 2010).

A continuación, presentamos el análisis del caso de un varón que demanda tratamiento para dejar de fumar y que presenta un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

Descripción del caso

S. T. se puso en contacto con nosotros a través de una llamada de teléfono, solicitando tratamiento para dejar de fumar. En ese momento se le informó de cuales son las características del tratamiento y el funcionamiento general del mismo. Se le indicó una fecha para realizar la evaluación, y durante esa sesión de evaluación se acordó el día que iba a iniciar el tratamiento. El tratamiento tiene una duración de seis sesiones semanales (ver los objetivos en el Anexo I), de una hora de duración cada una de ellas. Una vez explicado el protocolo de evaluación y tratamiento, S. T. firmó el consentimiento informado.

S. T. es un varón de 60 años, casado y con un hijo. Tiene un nivel de estudios básicos, y es funcionario del Estado.

Evaluación

En la evaluación que se realiza al inicio del tratamiento se utilizan distintos instrumentos. Ésta incluye, en primer lugar, la administración de una entrevista clínica para evaluar la presencia de algún trastorno mental del Eje I, incluyendo el abuso/dependencia de otras sustancias. En segundo lugar, se administró el Cuestionario sobre el hábito de fumar (Becoña, 1994) en el que se recoge información sobre variables demográficas, características del consumo de tabaco, intentos previos de abandono del consumo o reducción del mismo durante el último año, razones para dejar de fumar en los intentos previos, procedimientos que ha seguido para dejar de fumar, creencias sobre las consecuencias del consumo de tabaco en la salud, enfermedades o síntomas relacionadas con el tabaco que ha padecido o padece, consumo de alcohol, café, té y medicamentos, deseo de dejar de fumar y expectativas respecto a la realización del tratamiento. También cumplimentó la Escala para la Evaluación de los Estadios de Cambio (McConaughy, DiClemente, Prochaska y Velicer, 1989; McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983), y el Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina (FTND; Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991; versión española de Becoña y Vázquez, 1998).

Durante la entrevista clínica inicial indica que nunca ha tenido problemas mentales, ni ha recibido ningún tratamiento psicológico o psiquiátrico antes del inicio del tratamiento para dejar de fumar. Tampoco ha padecido problemas físicos relevantes en el pasado. Respecto al consumo de tabaco, en el momento en el que demanda tratamiento S. T. fuma una media de 20 cigarrillos diarios de 0,9 mg. ó 0,8 mg. de nicotina (Winston Classic Red o Chesterfield Classic Red). Señala que en el último año el número máximo de cigarrillos que ha llegado a fumar en un solo día ha sido 40, siendo la causa de este alto consumo “estar en una fiesta”. A lo largo de su vida, el número máximo han sido 45 cigarrillos y las causas a las que atribuye dicho consumo han sido “estar de fiesta” y “haber recibido un disgusto”.

Probó su primer cigarrillo a los 8 años y empezó a fumar de forma regular a los 11 años, por lo tanto lleva 49 años fumando. No consume ningún otro producto derivado del tabaco (puros, pipas, puritos). Inhala el humo al fumar, da bastantes caladas a cada cigarrillo, y refiere que fuma los cigarrillos enteros hasta el filtro. En casa convive con su mujer y su hijo, el cual también fuma.

En el último año no ha dejado de fumar ningún día ni ha reducido el consumo. Hace 20 años, en 1987, dejó de fumar y se mantuvo abstinente durante 14 años. La razón por la que decidió cesar en el consumo fue por presiones en el trabajo. No utilizó ningún procedimiento concreto para dejar de fumar.

Considera que fumar cigarrillos afecta bastante a la salud, aunque el médico nunca le ha sugerido que debe dejar de fumar. Refiere que en el pasado ha tenido faringitis crónica, y en la actualidad tiene falta de aire, continuos resfriados, secreciones mucosas, dolores de cabeza al menos una vez por semana e insomnio. Además tiene síntomas de bronquitis crónica. Destaca que en la actualidad la molestia más importante que le produce el tabaco es la fatiga. Apunta que un familiar (un tío) se murió por un cáncer de pulmón, provocado por el consumo de cigarrillos.

Respecto al consumo de alcohol, indica que toma una cerveza al día, y una copa de alcohol de alta graduación. Durante el fin de semana puede tomar un combinado. Durante la semana toma 6 cafés al día y un té. El fin de semana toma 5 cafés. En cuanto a los fármacos, utiliza un protector estomacal y medicamentos para controlar los niveles de colesterol.

Indica que su deseo de dejar de fumar en este momento (en una escala de 0 a 10) es de 10, y su deseo de realizar el tratamiento para dejar de fumar también es de 10. Indica que ha conocido la existencia de dicho tratamiento por un amigo que ya lo había hecho previamente. En la evaluación de los estadios de cambio, se sitúa en el de contemplación, ya que tiene la intención de dejarlo en los próximos 30 días pero no ha dejado de fumar ningún día durante el último año, y no presenta dependencia de la nicotina según el FTND (tiene una puntuación de 5).

Para la evaluación de la psicopatología utilizamos el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II; Millon, 1999), el Inventario de Depresión de Beck, segunda versión, (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996), el Cuestionario de 90 Síntomas Revisado (SCL-90-R; Derogatis, 2002) y el Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI A-E y STAI A-R; Spielberger, Gorsuch y Luchene, 1971). El BDI-II se administra nuevamente en la última sesión de tratamiento y en el seguimiento de 12 meses para ver la evolución de la sintomatología depresiva al dejar de fumar. La puntuación en este cuestionario en la evaluación inicial, es de 3, por lo que no presenta sintomatología depresiva. En el STAI A-E, la puntuación directa es de 8 por lo que se sitúa en el centil 10, y en el STAI A-R es de 16 por lo que se sitúa en el centil 36. En ambos casos está por debajo de la media de la población normal. En el SCL-90 R, se sitúa en la tabla de población normal con puntuaciones por debajo de la media de la población general, por lo tanto no manifiesta ningún malestar (ver Figura 1). Y en el MCMI-II destaca la puntuación obtenida en la escala Compulsiva, TB = 89, que indica la presencia y severidad de este trastorno.

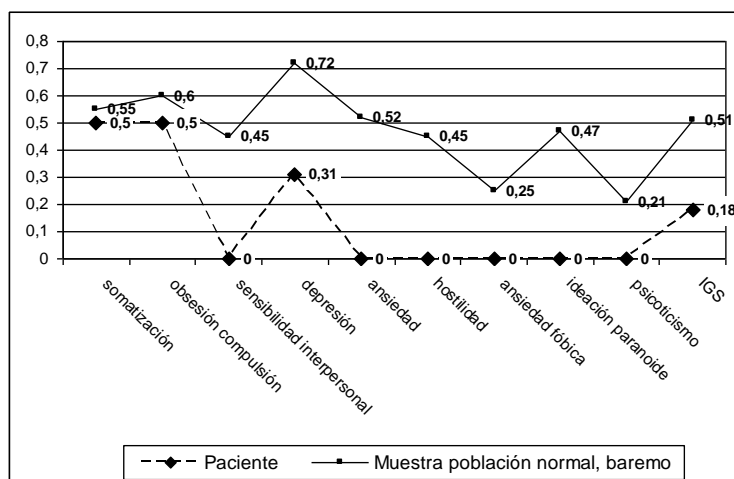


Figura 1: Puntuaciones directas en el SCL-90 R y comparación con las puntuaciones del baremo de la población normal del cuestionario.

En la evaluación inicial, durante las sesiones de tratamiento y en los posteriores seguimientos se evaluó el monóxido de carbono (CO) en aire espirado con el Micro IV Smokerlyzer (Bedfont Technical Instruments Ltd, Sittingbourne, Kent, Reino Unido) (West, Hajek, Stead y Stapleton, 2005). En la evaluación inicial la puntuación de CO es de 25 partículas por millón (p.p.m.), ha fumado 4 cigarrillos y el último hace 10 minutos.

Durante la sesión de evaluación se le explica a S. T. las características del tratamiento que va a realizar para dejar de fumar. El objetivo de dicho tratamiento es abordar la dependencia física, psicológica y social del tabaco desde un tratamiento psicológico. Al final de esta sesión se le hace entrega de unos autorregistros que debe de empezar a cubrir al día siguiente, y durante los días consecutivos hasta la primera sesión de tratamiento (una media de 8 días). En dichos autorregistros debe indicar: el número de cigarrillos, la hora en la que fuma cada uno de ellos, el placer que le proporciona de 0 a 10 y las situaciones en las que fuma. Por lo tanto elabora una línea base hasta el inicio del tratamiento, y posteriormente durante el desarrollo del mismo seguirá realizándolos diariamente hasta que deje de fumar.

Tratamiento

El tratamiento que realizó para dejar de fumar fue el programa psicológico cognitivo-conductual de Becoña (1993, 2007), que consta de seis sesiones y se lleva a cabo en formato grupal. Este tratamiento consta de los siguientes componentes: contrato terapéutico, autorregistros, representación gráfica del consumo, información general sobre el tabaco, reducción gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán, control de estímulos, estrategias para no padecer el síndrome de abstinencia de la nicotina, feedback fisiológico del consumo de cigarrillos (evaluación de monóxido de carbono en aire espirado) y entrenamiento en estrategias de prevención de la recaída (entrenamiento en asertividad, solu-

ción de problemas, cambio de creencias erróneas, manejo de la ansiedad y de la ira, ejercicio físico, control del peso y autorreforzamiento), y de mantenimiento de la abstinencia. Se trata de un tratamiento exclusivamente psicológico, en el que los pacientes no reciben ayuda farmacológica para dejar de fumar (terapia sustitutiva, bupropión o vareniclina).

La aplicación del tratamiento fue realizada por un psicólogo con amplia experiencia en el tratamiento de fumadores.

Los porcentajes de abstinencia obtenidos con este tratamiento para dejar de fumar oscilan, en función de la muestra analizada, entre el 58% y el 85% al final del tratamiento, y el 30% y el 54% tras un año de seguimiento. Sin embargo, en los últimos años ha habido una disminución de la eficacia de este tipo de programas debido a que las personas que continúan fumando tienen una mayor dependencia de la nicotina, mayor psicopatología y son más difíciles de tratar (Becoña y Míguez, 2008).

Primera sesión

Al inicio de la sesión se entrega el material de las tareas a realizar durante la primera semana de tratamiento y la gráfica del consumo que debe de ir cubriendo diariamente para reflejar el número de cigarrillos que fuma. Se recogieron los autorregistros que realizó durante los días previos para establecer la línea base, siendo el número de cigarrillos que fumó el día previo al inicio del tratamiento de 10 de 0,9 mg. de nicotina (Winston Red). Se evaluó también el nivel de CO. En esta primera sesión su puntuación fue de 11 p.p.m. (fumó dos cigarrillos y el último hace 45 minutos). Tal y como se puede apreciar, S. T. realizó una importante reducción en el número de cigarrillos desde la evaluación inicial hasta el inicio del tratamiento. Refiere que al tener que cubrir los autorregistros, ha ido reduciendo el número. Una evolución gráfica de los cambios en los niveles de CO y en el número de cigarrillos a lo largo del tratamiento se puede ver en la Figura 2.

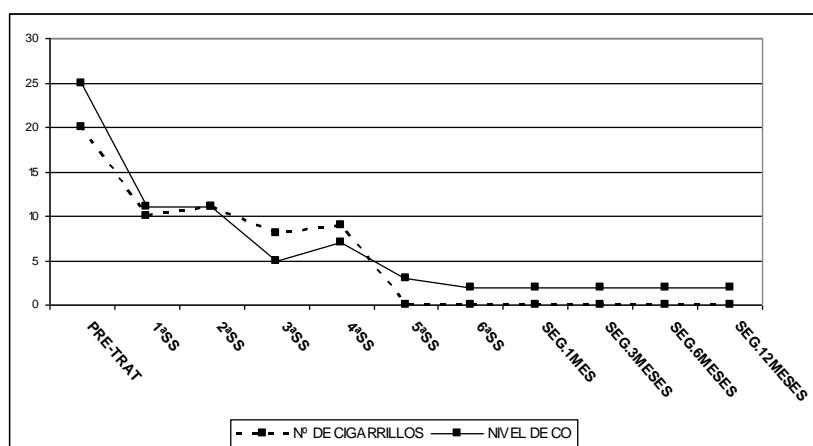


Figura 2: Evolución del consumo de tabaco (nº cigarrillos/día) y monóxido de carbono (CO) en las sesiones de tratamiento (SS) y seguimiento (SEG.).

También, a través de los autorregistros, se le explica cuáles son los antecedentes y consecuentes de su conducta de fumar y cómo reconocerlos a partir de ahí. Durante esta primera sesión se presentan datos objetivos sobre qué es el tabaco, componentes y consecuencias que produce en la salud. Se le proporciona por escrito material al respecto. Se discuten cuáles son las razones que les llevan a fumar y cuál es el motivo por el que se plantea en este momento dejar de fumar.

Se le explica que en el tratamiento se va a utilizar el cambio de marcas para reducir el contenido de nicotina y alquitrán (un 30% de reducción en la cantidad de nicotina para la siguiente semana), para que vaya reduciendo su dependencia fisiológica (técnica de desvanecimiento). Se le indica que a partir del día siguiente debe de fumar una marca de cigarrillos que contengan 0,7 mg. de nicotina (LM Blue) y un máximo de 10 cigarrillos. Se le sugiere igualmente que tire todos los cigarrillos de su anterior marca de cigarrillos. También debe comunicar al menos a una persona de su entorno (familiar, amigo, compañero de trabajo, etc.) que está llevando a cabo un tratamiento para dejar de fumar y que es previsible que deje de fumar en los próximos 30 días. El objetivo es comprometerse socialmente con otras personas en el proceso de abandono.

Y para finalizar la primera sesión se le explican varias reglas que tiene que poner en marcha para evitar la compensación nicotínica, que probablemente ocurriría al cambiar de marca si, al mismo tiempo, no le indicamos que no debe fumar más cigarrillos que la media de los que fumó en la semana pasada. De igual modo, y para evitar aún así que le dé inhalaciones más profundas a sus cigarrillos, debe dejar un tercio del cigarrillo sin fumar, si con anterioridad lo fumaba entero, o la mitad si ya dejaba un tercio sin fumar. Tampoco puede tener, si es el caso, permanentemente el cigarrillo en la boca, ya que de este modo ingeriría una gran cantidad de nicotina. Con el objetivo de introducir ya una estrategia de prevención de recaída, se le indica que a partir del día siguiente tiene que dejar de aceptar ofrecimientos de cigarrillos, aunque él puede seguir ofreciéndolos. El motivo de esta regla se orienta a que, siendo el ofrecimiento de cigarrillos una de las principales causas de la recaída, al rechazarlos durante un período de tiempo de cinco semanas es más probable que, ya una vez abstinentes, pueda con mayor facilidad rechazar dichos ofrecimientos aún teniendo tentaciones para fumar.

Segunda sesión

Al comienzo de la segunda sesión se recogieron los autorregistros realizados durante la semana previa y se midió en nivel de CO. Únicamente un día, el domingo, fumó más cigarrillos que los indicados, dos más concretamente, pero hubo días en los que sólo fumó 7, 8 ó 9. El nivel de CO en esta segunda sesión también fue de 11 p.p.m., había fumado 5 cigarrillos y hacía 80 minutos que había fumado el último.

Se analizan cuáles han sido las dificultades que ha tenido durante la semana previa y si ha realizado adecuadamente las tareas que se señalaron. Se vuelve a realizar un cambio de marca y se señala el número máximo de cigarrillos que debe de fumar durante la próxima semana, concretamente debe fumar un máximo de 8 cigarrillos de 0,4 mg. de nicotina (Winston Silver). Y se le indica que debe dejar un tercio del cigarrillo sin fumar (recordar que fumaba el cigarrillo entero).

En esta sesión se introduce la técnica del control de estímulos. Dado que los fumadores tienen condicionado su consumo a distintas situaciones, personas, pensamientos, estados, etc., se introduce la técnica de control de estímulos para debilitar la asociación entre la conducta de fumar y distintas situaciones y, conforme pasa el tiempo, eliminar esta dependencia. Después de explicada la racionalidad del procedimiento S. T. seleccionará varias situaciones, las más fáciles, en las que dejará de fumar a partir del día siguiente. En este caso seleccionó paseando y esperando el autobús. También se le indican varias estrategias que puede seguir para no tener el síndrome de abstinencia de la nicotina que pudieran producirse, por ejemplo beber agua abundantemente, reducir el consumo de estimulantes y alcohol, realizar ejercicio físico, tomar chicles o caramelos sin azúcar, etc.

Tercera sesión

Se analizan cuáles han sido las dificultades que ha tenido durante la semana previa y si ha realizado adecuadamente las tareas que se señalaron. Se recogen los autorregistros realizados durante la semana previa y se mide el nivel de CO.

El principal problema que ha presentado S. T. es que ha sido incapaz de fumar el número máximo de cigarrillos que fumó en la sesión anterior (8 cigarrillos). La media durante esta semana estuvo en 9 cigarrillos diarios. Una posible explicación de esta dificultad es que el descenso en mg. de nicotina con el cambio de marca fue ligeramente superior al recomendado. S. T. fumaba una marca de 0,7 mg. de nicotina y se le recomendó el cambio a 0,4 mg. de nicotina, debido a las dificultades que hay para encontrar en el mercado marcas que contengan 0,5 mg. de nicotina. De todas formas, la dificultad no fue tan importante como para menoscabar la motivación de S. T.

Otro de los factores que ayudó a mantener alta la motivación para el tratamiento fue la evaluación de CO, en la que obtuvo una puntuación de 5 p.p.m. (había fumado 4 cigarrillos y el último hacía dos horas).

Para la siguiente semana se vuelve a cambiar de marca (un 90% menos que el que fumaba al principio). Desde mañana debe fumar una marca que contenga 0,2 mg. de nicotina (R1 Rojo) y como máximo 8 cigarrillos diariamente. Respecto a las situaciones en las que ha dejado de fumar, no ha tenido especiales dificultades. Para la siguiente semana se le indica que reduzca el número de cafés que toma para reducir así el número de cigarrillos. No se introducen nuevas situa-

ciones que deba de eliminar ya que S. T. apunta que únicamente fuma en la calle; en su casa no puede hacerlo.

Durante la siguiente semana, también debe retrasar el cigarrillo de después de comer, de cenar y de tomar el café, unos 15 minutos. Y debe dejar la mitad del cigarrillo sin fumar.

Respecto a las reacciones que produjo en las personas de su entorno el conocimiento que va a dejar de fumar y el apoyo que recibió de las mismas, S. T. no refiere ningún comentario en especial. Durante esta sesión también se abordó el tema del control de peso, el posible incremento al dejar de fumar, pero S. T. manifestó que no era un tema que le preocupara especialmente.

Cuarta sesión

Se revisan las tareas que ha realizado durante la semana previa y se registra el número de cigarrillos y se evalúa el nivel de CO. El consumo medio durante la semana ha sido de 9 cigarrillos de 0,2 mg. de nicotina (R1 Rojo), y su puntuación en CO fue de 7 p.p.m. (ha fumado 4 cigarrillos y el último hace 2 horas).

Para la siguiente semana, se le plantea el abandono de cigarrillos: reducir los cigarrillos sistemáticamente para que de aquí a una semana ya no fume ninguno. Por lo tanto, que acuda a la quinta sesión sin fumar. Ante este planteamiento se mostró muy motivado y con buenas expectativas para conseguirlo, a pesar de que llevaba dos semanas sin reducir la media de cigarrillos que fumaba. A partir del día siguiente debe de cambiar nuevamente de marca, a una de 0,1 mg. de nicotina (R1 Azul).

En esta sesión tiene gran relevancia que el fumador empieza a verse como un no fumador, haciendo una proyección en el tiempo de cómo será en una o dos semanas. Algunos fumadores no son capaces de verse a sí mismos como no fumadores y este es el motivo por el que no dejan de fumar. También se explica la distinción entre caída y recaída con el objetivo de conseguir que, una vez abstínente, si tiene algún "desliz" pueda quedarse en él y no volver al nivel de consumo de cigarrillos anterior al tratamiento. Se le entrena en reconocer las tentaciones e impulsos a fumar que ha tenido en la semana anterior y que, conforme pase el tiempo, éstos durarán menos tiempo y tendrán menor intensidad. Su reconocimiento le facilitará no recaer, debe tener presente que son normales y que los puede controlar utilizando las mismas estrategias que ya conoce para controlar los síntomas de abstinencia de la nicotina que se han explicado en la segunda sesión. Se hace hincapié en que la finalidad del tratamiento es que consiga el autocontrol sobre su conducta de fumar ya que el objetivo es que deje de fumar y que mantenga la abstinencia.

Durante la siguiente semana, también debe de retrasar el cigarrillo de después de comer, de cenar y de tomar el café, unos 30 minutos.

Al final de esta sesión se le entrena en la técnica de solución de problemas, para evitar que en el futuro utilice el ta-

baco como una estrategia de afrontamiento ante las dificultades que puedan surgir.

Quinta y sexta sesión

Acude a la quinta y sexta sesión sin fumar. Se evalúa el CO al inicio de las sesiones: en la quinta sesión es de 3 p.p.m. y en la sexta es de 2 p.p.m.

Al inicio de la quinta sesión manifestó su satisfacción por haber conseguido llegar sin fumar al final del tratamiento, y que no le había supuesto demasiados problemas hacerlo. Durante esta sesión y la siguiente se dedica un apartado especial a las consecuencias positivas que nota al dejar de fumar. Debe quedarle claro que las consecuencias positivas en este momento y en el futuro van a ser más importantes que las negativas.

Como ya se hizo en la sesión anterior se va a volver a insistir en ésta en la distinción entre caída y recaída, junto al repaso de distintas creencias erróneas que los fumadores y los no fumadores tienen sobre el proceso de abandono de los cigarrillos, pero que ahora son de gran relevancia, como que al dejar de fumar empeora la salud, se convierte en una persona más nerviosa o ansiosa, se engorda, se hace una persona irascible o agresiva, se pierde la concentración, etc. Y se vuelven a analizar las tentaciones o impulsos de fumar, esta vez como no fumador, que suelen durar minutos o segundos, cuando hace unas semanas duraban minutos u horas, y qué estrategias está aplicando o puede aplicar, como ya expusimos anteriormente en la semana previa. Es importante que expresen cómo se ve hoy, sin fumar, y cómo creía que estaría cuando dejase de fumar según su concepción pasada. El objetivo es que vea que puede dejar de fumar, que lo ha conseguido y que puede mantenerse así en el futuro.

Al final de la sexta sesión, completó el Cuestionario de Evaluación Final de Tratamiento (Becoña, 1994) que incluye preguntas sobre el estatus de fumador, apoyo social, mejora física y psicológica, empeoramiento de algún aspecto, y la Escala de Síntomas de Abstinencia del Tabaco de Hughes y Hatsukami (1986). También se vuelve a administrar el BDI-II y el CES-D.

Indica que está muy satisfecho por haber conseguido dejar de fumar, para lo que ha tenido un apoyo total, y señala que su confianza en mantenerse sin fumar es de 10 (escala entre 0 y 10). El único síntoma de abstinencia que refiere es que a veces come más. No indica ninguna mejoría, ni empeoramiento significativo tras haber dejado de fumar. No presenta incremento de la sintomatología depresiva.

Seguimientos

Finalizado el tratamiento, se realizan seguimientos pre-senciales al mes, a los tres, a los seis y a los doce meses (Velicic, Prochaska, Rossi y Snow, 1992). Se valida la abstinencia autoinformada mediante la medición de monóxido de carbono en aire espirado.

En el seguimiento de 1 mes, señala que no ha fumado ni una calada desde que finalizó el tratamiento y que sigue recibiendo total apoyo de las personas que le rodean. Respecto al incremento de peso, ha ganado 2 kgs. aunque no se muestra preocupado por ello. En cuanto a las ganas de fumar, señala que las controla fácilmente sin utilizar ninguna estrategia específica. Además, apunta que los deseos de fumar los puede controlar fácilmente. Respecto a las mejorías que ha empezado a notar, destaca que tiene menos tos. Su intención de no fumar en los próximos 6 y 12 meses es de 10. Y la ventaja principal que ve en haber dejado de fumar es no depender de una sustancia. Su puntuación en CO es de 2 p.p.m.

En el seguimiento de 3 meses, apunta que le ha dado 2 caladas a un cigarrillo hace 7 días, durante una fiesta, pero que el sabor no le agradó. Sigue manteniendo el mismo peso que en el último seguimiento, y la mejoría principal sigue siendo la disminución de la tos por la mañana. Indica que controla fácilmente el impulso a fumar, sin hacer nada específico, aunque a veces come más. Las situaciones en las que surgen las ganas de fumar, son las reuniones sociales. Su intención de no fumar en los próximos 6 y 12 meses sigue siendo de 10. Respecto a que representa para él ser un ex-fumador señala que se siente "igual que otra persona". Entre las ventajas de haber dejado de fumar destaca: mejoría en la salud, económicas, mejor aspecto físico y estético y no depender de una sustancia. En la evaluación de CO su puntuación es de 2 p.p.m.

En el seguimiento de 6 meses apunta que hace mes y medio le ha dado 2 caladas a un cigarrillo. Sigue controlando con facilidad los impulsos de fumar y, como estrategias, utiliza beber agua y pasear. Las situaciones en las que surgen los impulsos de fumar es tomando algún vino y cuando va a "tomar tapas". Entre las mejorías destaca la ausencia de tos y que respira mejor. En aspectos en los que ha empeorado señala que está "un poquito más nervioso pero se le pasa pronto". Su intención de no fumar en los próximos 6 y 12 meses sigue siendo de 10. Respecto a que representa para él ser un ex-fumador señala que "ganancia en la calidad de vida". Entre las ventajas de haber dejado de fumar destaca: mejoría en la salud, mejor aspecto físico y estético, mejoría en sabores y olores y no depender de una sustancia. En la evaluación de CO su puntuación es de 3 p.p.m.

En el seguimiento de 12 meses señala que le ha dado dos caladas a un cigarrillo un día que fue a cazar y viendo un partido de fútbol. Ha incrementado de peso 5 kg. desde que terminó el tratamiento y señala que las tentaciones de fumar las controla fácilmente, "simplemente pienso que no puedo fumar". Su intención de no fumar en los próximos 6 y 12 meses sigue siendo de 10. Y, respecto a que representa para él ser un ex-fumador, señala que "una satisfacción". Entre las ventajas de haber dejado de fumar destaca: mejoría en la salud, mejor aspecto físico y estético, y mejoría en sabores y olores. En la evaluación de CO, su puntuación es de 2 p.p.m. Durante este seguimiento se vuelve a administrar el BDI-II y el CES-D y no presenta sintomatología depresiva.

Obtiene una puntuación de 5 y 3 respectivamente en estos cuestionarios.

Discusión

Tras participar en el tratamiento de 6 sesiones para dejar de fumar, S. T. que fumaba 20 cigarrillos al día de Winston Classic Red (0,9 mg. de nicotina), dejó de fumar el día que acudía a la 5ª sesión, tal y como se le indicó durante la 4ª sesión de tratamiento. Además, se mantuvo abstinentemente durante los seguimientos de uno, tres, seis y doce meses. S. T. no tuvo importantes dificultades para abandonar el consumo de tabaco y para mantenerse abstinentemente durante el año en el que hemos mantenido contacto con él. Los resultados positivos obtenidos en el tratamiento de este fumador confirman la idea propuesta por estudios previos, según los cuales los trastornos de la personalidad, a pesar de estar asociados con algunas dificultades durante la intervención terapéutica como la resistencia al cambio, el abandono prematuro del tratamiento y la recaída (Fernández del Río, López y Becoña, 2010b; Martínez y Trujillo, 2003), no constituyen una variable determinante de los resultados del tratamiento en la mayoría de los casos (Covey et al., 1994; Gariti et al., 2000; Lasser et al., 2000).

Respecto a su evolución durante el tratamiento, S. T. realizó un descenso importante entre la evaluación previa y el inicio del tratamiento y se mantuvo durante las cuatro primeras sesiones en niveles similares. En la cuarta sesión se le indica que acuda a la quinta sesión sin fumar, sin manifestar en ese momento síntomas de abstinencia destacables. Además, durante los seguimientos, S. T. refiere que controla fácilmente las tentaciones o impulsos de fumar sin tener que poner en práctica estrategias específicas aunque indica que las situaciones en las que más deseo tiene de consumir son las situaciones sociales. Tanto durante las sesiones de tratamiento como en las sesiones de seguimiento, se hicieron verificaciones del consumo con la medición del CO en aire espirado.

En cuanto a la adherencia al tratamiento, S. T. acudió a todas las sesiones de tratamiento y a los seguimientos cumpliendo correctamente el horario establecido. Respecto a la realización de las tareas, la única dificultad que tuvo fue la reducción en la media de consumo de cigarrillos durante las sesiones tercera y cuarta. Una posible explicación de este hecho es que S. T. realizó una importante reducción en el consumo de cigarrillos entre la evaluación y el inicio del tratamiento por lo que pudo estancarse en los posteriores descensos.

Por lo tanto, en vista de los resultados obtenidos, en este caso la presencia de un trastorno de personalidad no ha impedido el logro de la abstinencia, ni el mantenimiento de la misma siguiendo un tratamiento protocolizado para dejar de fumar. Este dato va en la línea de los estudios que defienden que no todos los trastornos de personalidad se relacionan con más problemas para dejar de fumar y para mantener la abstinencia en el consumo de tabaco una vez finalizado el

tratamiento (Covey et al., 1994; Fernández del Río et al., 2010a, 2010c; Gariti et al., 2000; Perea et al., 2009).

Sin embargo, tal y como apuntábamos al inicio, es preciso tener en cuenta las características de cada trastorno de personalidad a la hora de abordar su tratamiento. En el caso concreto del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, que se caracteriza por el perfeccionismo, la rigidez y el control mental, un programa de tratamiento psicológico como el que se aplica en este caso (Becoña, 1993, 2007) puede ser de gran utilidad porque se le dan una serie de indicaciones muy concretas en cada una de las sesiones y se trabaja una consecución progresiva de los objetivos. Destacar que una de las ventajas del trabajo con personas que presentan este tipo de trastornos es su adherencia a las prescripciones terapéuticas (Martínez y Trujillo, 2003). Además, en el caso que aquí se presenta, debemos destacar la ausencia de dificultades tanto para abandonar el consumo como para mantener la abstinencia durante los seguimientos. Es necesario apuntar que hay otras variables que pueden haber influido positivamente en el resultado del tratamiento, como un buen estado de salud mental en el momento de comenzar el tratamiento, la ausencia de otros trastornos mentales asociados (ej., depresión, ansiedad, etc.), no consumir otras sustancias (excepto alcohol) y una red adecuada de apoyo social. Todas ellas son variables asociadas a mayores tasas de abstinencia en el consumo de tabaco (Fiore et al., 2008).

En la actualidad sabemos que dos de los síntomas que más interfieren en el proceso de dejar de fumar (tanto en el abandono del consumo de tabaco como en el mantenimiento de la abstinencia) son los síntomas depresivos y el *craving*

(Hughes, 2006, 2007), de ahí que su ausencia en el presente caso haya contribuido positivamente a los resultados.

No podemos, por tanto, concluir que la presencia de un trastorno de personalidad, en este caso de tipo obsesivo-compulsivo, vaya a dificultar a priori la consecución de los objetivos de la intervención clínica. Es preciso realizar una adecuada valoración del caso y considerar la adaptación de las técnicas de tratamiento que manejamos a las características que presenta el paciente. El programa de tratamiento para dejar de fumar (Becoña, 1993, 2007) que aquí se utiliza, ha demostrado ser adecuado para el abordaje del presente caso. Este tipo de tratamiento claramente estructurado incluye un entrenamiento específico en estrategias de prevención de la recaída (ej., entrenamiento en asertividad, solución de problemas, cambio de creencias erróneas, control de la ansiedad y de la ira, etc.), así como el seguimiento continuo del individuo, lo cual puede ser especialmente positivo para aquellos fumadores con determinadas características de personalidad que inicialmente podrían dificultar el tratamiento (ej., falta de flexibilidad, necesidad excesiva de control, etc.).

Como limitaciones al presente estudio señalar que para establecer el diagnóstico del trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo es más adecuado hacerlo mediante entrevista estructurada, aunque se adoptó el criterio más conservador de Weltzer (1990) para el MCMI (TB \geq 85). Otra limitación sería que no es posible generalizar los hallazgos al tratamiento de fumadores con otros trastornos de personalidad, dependerá de las características del trastorno, del paciente y también de su respuesta al tratamiento conforme vaya avanzando.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders, 4th ed., revised text.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association (trad. cast.: Barcelona, Masson, 2002)
- Beck, A. T., Freeman, A. y Davis, D. D. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad.* Barcelona: Ediciones Paidós.
- Beck, A., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual.* San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Becoña, E. (1994). Evaluación de la conducta de fumar. En J. L. Graña (Ed.), *Conductas Adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento* (pp.403-454). Madrid: Debate.
- Becoña, E. (1993). *Programa para dejar de fumar.* Santiago de Compostela, España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Becoña, E. (2007). *Programa para Dejar de Fumar.* Vigo: Nova Galicia Edicions.
- Becoña, E. y Míguez, M. C. (2008). Group behavior therapy for smoking cessation. *Journals of Groups in Addiction & Recovery, 3,* 63-78.
- Becoña, E. y Vázquez, F. (1998). The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports, 83,* 1455-1458.
- Bottlender, M., Preuss, U. W. y Soyka, M. (2006). Association of personality disorders with Type A and Type B alcoholics. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 256,* 55-61.
- Breslau, N., Peterson, E., Schultz, L., Chilcoat, H. y Andreski, P. (1998). Major depression and stages of smoking. *Archives of General Psychiatry, 55,* 161-166.
- Caballo, V. E. (1996). Trastorno de la personalidad por dependencia, obsesivo-compulsivo y no especificado. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobes (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol.2. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (2004). *Manual de Trastornos de la Personalidad: descripción, evaluación y tratamiento.* Madrid: Síntesis.
- Compton, W. M., Cottler, L. B., Spitznagel, E. L., Abdallah, A. B. y Gallagher, T. (1998). Cocaine users with antisocial personality improve HIV risk behaviors as much as those without antisocial personality. *Drug and Alcohol Dependence, 49,* 239-247.
- Covey, L. S., Hughes, D., Glassman, A. H., Blazer, D. y George, L. (1994). Ever smoking, quitting, and psychiatric disorders: Evidence from the Durham, North Carolina, Epidemiological Catchment Area. *Tobacco Control, 3,* 222-227.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas revisado. Manual.* Madrid: Tea Ediciones.
- El-Guebaly, N., Cathcart, J., Currie, S., Brown, D. y Golster, S. (2002) Smoking cessation approaches for persons with mental illness or addictive disorders. *Psychiatry Services, 53,* 1166-1170.
- Ferguson, J. A., Patten, C. A., Schroeder, D. R., Offord, K. P., Eberman, K. M. y Hurt, R. D. (2003). Predictors of 6-month tobacco abstinence among 1224 cigarette smokers treated for nicotine dependence. *Addictive Behaviors, 28,* 1203-1218.
- Fernández del Río, E., López, A. y Becoña, E. (2010a). Trastornos de personalidad y abstinencia del consumo de tabaco en un tratamiento psicológico para dejar de fumar. *Psicothema, 22,* 357-362.
- Fernández del Río, E., López, A. y Becoña, E. (2010b). Personality disorders and premature dropout from a psychological treatment for smoking cessation. *Psychological Reports, 106,* 679-684.
- Fernández del Río, E., López, A. y Becoña, E. (2010c). Smoking cessation: case study of a client with probably borderline personality disorder. *Psychological Reports, 106,* 918-926.

- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J., ... Wewers, M. E. (2008). *Treating tobacco use and dependence: 2008 Update*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Gariti, P., Alterman, A., Mulvaney, F. y Epperson, L. (2000). The relationship between psychopathology and smoking cessation treatment response. *Drug and Alcohol Dependence*, 60, 267-273.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. y Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addictions*, 86, 1119-1127.
- Hughes, J. R. (2006). Clinical significance of tobacco withdrawal. *Nicotine & Tobacco Research*, 8, 153-156.
- Hughes, J. R. (2007). Depression during tobacco abstinence. *Nicotine & Tobacco Research*, 9, 443-446.
- Hughes, J. R. y Hatsunami, D. K. (1986). Signs and symptoms of tobacco withdrawal. *Archives of General Psychiatry*, 43, 289-294.
- John, U., Meyer, C., Rumpf, H. y Hapke, U. (2004). Smoking, nicotine dependence and psychiatric comorbidity. A population-based study including smoking cessation after three years. *Drug and Alcohol Dependence*, 76, 287-295.
- Lasser, K., Wesley, J., Woolhandler, S., Himmelstein, D., McCormick, D. y Bor, D. (2000). Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *Journal of the American Medical Association*, 284, 2606-2610.
- Lawn, S. J., Pols, R. G. y Barber, J. G. (2002). Smoking and quitting: A qualitative study with community-living psychiatric clients. *Social Science & Medicine*, 54, 93-104.
- López, A. y Becoña, E. (2006). El craving en personas dependientes de la cocaína. *Anales de Psicología*, 22, 205-211.
- Martínez J. M. y Trujillo H. M. (2003). *Tratamiento del drogodependiente con trastornos de personalidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- McConaughy, E. A., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O. y Velicer, W. F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 26, 494-503.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O. y Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 20, 368-375.
- Merikle, E. P. (1999). The subjective experience of craving: an exploratory analysis. *Substance Use & Misuse*, 34, 1101-1115.
- Millon, T. (1999). *MCMI-II. Manual (adaptación española de Ávila-Espada, A., director; Jiménez, F., coordinador)*. Madrid: TEA.
- Pedrero, E. J. (2003). Los trastornos de personalidad en drogodependientes desde la perspectiva de los cinco grandes factores. *Adicciones*, 15, 203-220.
- Perea, J. M., Oña, S. y Ortiz, M. (2009). Diferencias de rasgos clínicos de personalidad en el mantenimiento de la abstinencia y recaídas en tratamiento del tabaquismo. *Psicothema*, 21, 39-44.
- Pettinati, H. M., Pierce, J. D., Belden, P. P., y Meyers, K. (1999). The relationship of axis II personality disorders to other known predictors of addiction treatment outcome. *The American Journal of Addictions*, 8, 136-147.
- Phil, R. O. (2007). Personality disorders, behavioral disinhibition, and addiction: A commentary. *Biological Psychiatry*, 62, 551-552.
- Pomerleau, C. S., Marks, J. L. y Pomerleau, O. F. (2000). Who gets what symptom? Effects of psychiatric cofactors and nicotine dependence on patterns of smoking withdrawal symptomatology. *Nicotine & Tobacco Research*, 2, 275-280.
- Pulay, A. J., Stinson, F. S., Ruan, W. J., Smith, S. M., Pickering, R. P., Dawson, D. A. y Grant, B. F. (2010). The relationship of DSM-IV personality disorders to nicotine dependence—results from a national survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 108, 141-145.
- Ranney, L., Melvin, C., Lux, L., McClain, E. y Lohr, K. (2006). Systematic review: Smoking cessation intervention strategies for adults and adults in special populations. *Annals of Internal Medicine*, 145, 845-856.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Luchene, R. E. (1971). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Manual de la adaptación española*, 4ª edición revisada. Madrid, TEA Ediciones.
- Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-Brown, C., Durbin, J. y Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 2, 235-253.
- Vallejo, J., Ortega, M. P., Vallejo, G. y Menchón, J. M. (2003). Trastorno obsesivo de la personalidad. En M. Roca (Coord.), *Trastornos de personalidad* (pp. 627-658). Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Rossi, J. S. y Snow, M. G. (1992). Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychological Bulletin*, 111, 23-41.
- Verheul, R., van den Brink, W. y Hartgers, C. (1998). Personality disorders predict relapse in alcoholic patients. *Addictive Behaviors*, 23, 869-882.
- Weltzer, S. (1990). The Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI): A review. *Journal of Personality Assessment*, 55, 445-464.
- West, R., Hajek, P., Stead, L. y Stapleton, J. (2005). Outcome criteria in smoking cessation trials: Proposal for a common standard. *Addiction*, 100, 299-303.

(Artículo recibido: 6-7-2009; aceptado: 3-8-2010)

Anexo I: Objetivos de las sesiones de tratamiento del Programa para dejar de fumar.

Primera sesión de tratamiento:

- 1) Establecer un adecuado contacto terapéutico.
- 2) Presentar un programa de tratamiento racional, plausible y realizable.
- 3) Revisar los autorregistros realizados.
- 4) Presentar datos objetivos sobre qué es el tabaco, componentes y consecuencias que produce.
- 5) Discutir las razones que llevan a fumar y cuál es el motivo para dejar de fumar.
- 6) Dar estrategias: dejar un tercio sin fumar, rechazar ofrecimientos, cambiar de marca, etc.
- 7) Comprometerse socialmente con otras personas en el proceso de abandono.
- 8) Explicar el mecanismo del cambio de marcas (30% de reducción en la cantidad de nicotina).
- 9) Explicar varias reglas para evitar la compensación nicotínica.
- 10) Una estrategia simple de prevención de recaída: dejar de aceptar ofrecimientos de cigarrillos.

Segunda sesión de tratamiento:

- 1) Motivar al fumador por los primeros pasos que ha dado para dejar de fumar.
- 2) Analizar y tener en cuenta las posibles creencias erróneas sobre el proceso de abandono.
- 3) Comprobar la adherencia a las tareas que tenían que hacer en la semana previa.
- 4) Discutir el efecto del cambio de marcas y cómo lo ha vivido.
- 5) Continuar recogiendo información y analizarla para que conozca su conducta de fumar.
- 6) Introducir la técnica del control de estímulos.
- 7) Introducir varias estrategias para que no tenga el síndrome de abstinencia de la nicotina.
- 8) Ver el impacto que tiene en su medio que participe en un programa para dejar de fumar.

Tercera sesión de tratamiento:

- 1) Revisar detenidamente la evolución y la adherencia a las tareas que tenía que realizar.
- 2) Comprobar que va consiguiendo los objetivos propuestos en la sesión anterior.
- 3) Analizar antecedentes y consecuentes de su conducta de fumar.
- 4) Motivarle para continuar el tratamiento cara al abandono, al encontrarse en la mitad del mismo.
- 5) Tener en cuenta las diferencias individuales, adaptando el programa a cada fumador.
- 6) Analizar de nuevo todas aquellas creencias erróneas que pueda seguir teniendo.
- 7) Cambio de marca, dilatar el consumo de cigarrillos y nuevas situaciones donde dejará de fumar.
- 8) Analizar qué estrategias ha utilizado para no tener el síndrome de abstinencia de la nicotina.
- 9) Conocer el impacto que en su medio produce que esté dejando de fumar.
- 10) Comprobar el efecto que produce la información que dan los medios de comunicación.

Cuarta sesión de tratamiento:

- 1) Los objetivos apuntados para la sesión anterior.
- 2) Planificar el proceso de abandono, para que se produzca al final de la siguiente semana.
- 3) Hacerle ver lo que va a significar en el futuro ser un no fumador o un exfumador.
- 4) Mostrarle claramente la distinción entre caída y recaída.
- 5) Entrenarle en el reconocimiento de las tentaciones o impulsos a fumar.
- 6) Insistir que lo que está aprendiendo le va a ser igualmente útil una vez que haya dejado de fumar.

Quinta y sexta sesión, dependiendo de si ha dejado o no de fumar cuando acude en la quinta sesión:

- 1) Revisar las tareas y comprobar si ha conseguido dejar de fumar, reforzándole por ello.
 - 2) Nivel de satisfacción por dejar de fumar, dificultades que tuvo, y cómo se ve como no fumador.
 - 3) Concordancia entre lo que esperaba del abandono y su experiencia de haber dejado de fumar.
 - 4) Consecuencias positivas y negativas que aprecia al haber dejado de fumar.
 - 5) Incidir en la distinción entre caída y recaída.
 - 6) Repasar distintas creencias erróneas que tiene sobre el proceso de abandono de los cigarrillos.
 - 7) Analizar las tentaciones e impulsos de fumar como un no fumador.
 - 8) Visión del grado de dificultad que le ha tenido el proceso de abandono.
 - 9) Cómo se ve a sí mismo en el futuro como no fumador.
 - 10) Insistírle en que ponga en marcha en el futuro todas las estrategias aprendidas hasta ahora.
 - 11) Reforzarle por haber conseguido dejar de fumar y por ser él el que lo ha conseguido.
-