



EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA ADICCIÓN AL TABACO EN FUMADORES CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

PSYCHOLOGICAL TREATMENT OF TOBACCO ADDICTION IN SMOKERS WITH PERSONALITY DISORDERS

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

Universidad de Santiago de Compostela

En el presente artículo se analizan algunas características básicas de los trastornos de la personalidad y de cómo enfocar el tratamiento psicológico para dejar de fumar de las personas que los tienen. En líneas generales, los objetivos básicos serían: el establecimiento de un adecuado clima terapéutico asumiendo algunos de los rasgos típicos de cada trastorno, como la desconfianza o la impulsividad; el manejo de emociones negativas asociadas al consumo de tabaco, como la ira o la ansiedad; el entrenamiento en prevención de la recaída, centrado en estrategias de afrontamiento ineficaces y la falta de apoyo social; y la mejora de la adherencia al tratamiento de estos fumadores. Se concluye que la presencia de un trastorno de personalidad no tiene por qué ser sinónimo de fracaso del tratamiento psicológico de la adicción al tabaco.

Palabras clave: Trastornos de la personalidad, Dejar de fumar, Tratamiento psicológico.

In this paper we analyze some basic characteristics of personality disorders and how to approach the psychological treatment for smoking cessation in these individuals. In general, the main objectives are: the establishment of an adequate therapeutic climate according to some traits of each disorder, such as suspicion or impulsivity; the management of negative emotions associated with smoking, like anger or anxiety; training in relapse prevention, focusing on ineffective coping strategies and lack of social support, and the improvement of the adherence to the treatment. We conclude that the presence of a personality disorder is not a synonymous of failure of smoking cessation treatment.

Key words: Personality disorders, Smoking cessation, Psychological treatment.

Fumar cigarrillos constituye hoy en día uno de los mayores problemas sanitarios y es el responsable de millones de muertes al año en el mundo. Afortunadamente contamos con tratamientos eficaces, psicológicos y farmacológicos, que nos permiten ayudar a todo fumador a dejar de fumar (Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2008; Fiore et al., 2008).

Dentro del tratamiento psicológico para dejar de fumar, los que han demostrado una mayor eficacia han sido los tratamientos psicológicos multicomponentes (Becoña, 2003, 2004). En ellos se incluyen técnicas motivacionales, técnicas específicas para el abandono del consumo de tabaco y técnicas centradas en la prevención de la recaída (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2003; Becoña et al., 2001; Fiore et al., 2008). Según la última guía clínica basada en la evidencia científica para el tratamiento del tabaquismo publicada en nuestro país (Pereiro, Becoña, Córdoba, Martínez y Pinet, 2008), el tratamiento psicológico de elección sería aquel que cubriese esas tres

áreas básicas, aplicado en formato individual o grupal.

En los últimos años gran parte de las investigaciones sobre el abandono del tabaco se han centrado en determinar cuáles son las variables más relevantes para predecir la abstinencia a corto y a largo plazo. Entre ellas destaca la presencia de psicopatología asociada, como ansiedad y depresión (Becoña y Míguez, 2004; Fiore et al., 2008), y más recientemente los trastornos de la personalidad (Fernández del Río y Becoña, 2010). En líneas generales, parece que los fumadores con psicopatología presentan una mayor vulnerabilidad para iniciarse y mantenerse en el hábito de fumar, así como una mayor dificultad para abandonar el consumo. Con el fin de identificar las causas de la relación entre la dependencia del tabaco y otros trastornos mentales se han propuesto varios modelos explicativos. La primera hipótesis es que el consumo de tabaco constituye un factor de riesgo para el desarrollo de otros trastornos mentales. En segundo lugar, la nicotina podría ser utilizada como automedicación para la sintomatología característica de los trastornos psicopatológicos del Eje I y del Eje II. En último lugar, es posible que exista un factor común (ej., vulnerabilidad genética) que contribuya tanto a la dependencia del tabaco como a la aparición de otros trastornos psicopatológicos (Kalman, Baker y George, 2005).

Correspondencia: Elena Fernández del Río. Universidad de Santiago de Compostela. Facultad de Psicología. Campus Sur, s/n. 15782 Santiago de Compostela. España.
E-mail: elena.fernandez@usc.es



Aunque la investigación sobre la relación entre trastornos de la personalidad y consumo de tabaco es relativamente reciente, los resultados publicados hasta el momento respecto a la prevalencia de estos trastornos en fumadores son muy dispares, con cifras que oscilan entre el 9% (Black, Zimmerman y Coryell, 1999) y el 45% (Lasser et al., 2000). Esta enorme variabilidad puede deberse en parte a la metodología utilizada en dichos estudios (ej., diferentes instrumentos de evaluación, muestras muy heterogéneas, diferencias en la consideración del estatus de fumador, diferenciación entre fumadores en función de si existe dependencia de la nicotina, etc.). A pesar de que no existe acuerdo respecto al tipo de trastorno de la personalidad más frecuente en fumadores, la mayor parte de los estudios coinciden en señalar que serían los del grupo C los más frecuentes, seguidos de los del grupo B (Grant, Hasin, Chou, Stinson y Dawson, 2004; Moran, Coffey, Mann, Carlin y Patton, 2006). En cuanto a la influencia de los trastornos de personalidad en el abandono del consumo de tabaco, los resultados distan mucho de ser concluyentes (Covey, Hughes, Glassman, Blazer y George, 1994; Fernández del Río, López y Becoña, 2010a; Perea, Oña y Ortiz, 2009). Mientras que, por ejemplo, Covey et al. (1994) no encontraron una relación significativa entre el hábito de fumar e intentos de abandono y el trastorno de personalidad antisocial, otros estudios más recientes han encontrado que al menos determinados trastornos de la personalidad, como el evitativo, el autodestructivo, el pasivo-agresivo, el esquizoide y el límite (Perea et al., 2009), y el dependiente (Fernández del Río et al., 2010a), repercuten significativamente en la intervención terapéutica cuando estos individuos deciden dejar de fumar.

A pesar de la complejidad que entraña el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos de la personalidad, no debemos pasar por alto su presencia cuando nos encontramos ante una persona que demanda tratamiento por una conducta adictiva, y la adicción al tabaco lo es. Debemos tener en cuenta además que, aunque el tratamiento psicológico de la adicción al tabaco responde a un denominador común, a cada trastorno de la personalidad le caracterizan una serie de rasgos que deberían guiar nuestra actuación. El objetivo final es sin duda mejorar la eficacia de las intervenciones, aumentando los porcentajes de abstinencia a corto y a largo plazo y mejorar la adherencia al tratamiento de estos sujetos.

A continuación se analizan las principales características de los trastornos de la personalidad, según los grupos A, B y C, y cómo las distintas fases del tratamiento psicológico para

dejar de fumar (preparación, abandono y mantenimiento) han de adaptarse a dichas características, siguiendo la investigación y nuestra experiencia clínica con estos trastornos.

ABORDAJE TERAPEUTICO DEL FUMADOR CON UN TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO A

En el grupo A de trastornos de la personalidad se incluyen los trastornos paranoide, esquizoide y esquizoide. Son aquellos sujetos considerados "raros" o excéntricos (American Psychiatric Association [APA], 2002). En general estos fumadores necesitarían de un adecuado clima terapéutico, aceptando su desconfianza o recelo iniciales (Millon y Davis, 1998), así como un cierto grado de iniciativa por su parte (de la que en principio carecen) para analizar las conductas y las creencias que están manteniendo el consumo de tabaco.

Trastorno paranoide de la personalidad

Se caracteriza por un patrón permanente de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás (APA, 2002). Estos individuos tienden a distorsionar los acontecimientos de manera irracional, resistiéndose de manera activa a las influencias externas (Belloch y Fernández-Álvarez, 2002). Dada su preocupación exagerada por la confidencialidad de los datos que nos ofrecen (Oldham, Skodol y Bender, 2007), será necesario enfatizar que garantizaremos este aspecto, y como tal ha de aparecer por escrito (ej., en el contrato conductual firmado por ambas partes).

La intervención con un fumador con un trastorno paranoide es similar a la que se realizaría con cualquier otro paciente en el estadio de cambio de precontemplación (ej., buscar la reflexión del propio individuo y no la discusión; aumentar las dudas o preocupaciones en el fumador sobre su consumo de tabaco, etc., utilizando para ello la entrevista motivacional; Rollnick, Miller y Butler, 2008).

En el caso de que decidamos incluir a un fumador con estas características en un grupo de tratamiento, es imprescindible hacerle ver que a pesar del formato su tratamiento es individualizado. Si el fumador entiende que otros han fracasado podría pensar que no merece la pena continuar con el tratamiento y abandonarlo prematuramente. También debemos tener en cuenta su inherente tendencia a percibir el mundo de manera polarizada ("todo o nada") y trabajar sobre este aspecto desde el comienzo (Millon, 2006). Es importante hacerle ver al fumador que muchos conceptos se explican mejor viéndolos en un continuo, en vez de en términos de "blanco o negro", y que un fallo no



significa que todo esté mal (ej., “si siento ganas de fumar al finalizar el tratamiento significa que he fracasado”).

Otros componentes básicos de su tratamiento son la aproximación sucesiva al logro de metas específicas (ej., objetivos claros y alcanzables entre sesión y sesión) y explorar sus creencias irracionales y su autoeficacia, pues tienden a percibirse como incapaces de conseguir autocontrol, atribuyendo las conductas que no son capaces de manejar a causas externas (ej., “no consigo controlar las ganas de fumar cuando algún compañero de trabajo me enfada”) (Beck, Freeman y Davis, 2005).

Por último, debemos ser cuidadosos con el refuerzo que damos ante los logros conseguidos, pues pueden ser interpretados como falsos o malintencionados, lo que provocaría el rechazo hacia el terapeuta (Martínez y Trujillo, 2003). La premisa con estos fumadores es reforzarles únicamente y, de manera contingente, ante sus progresos reales (ej., disminución del nivel de monóxido de carbono respecto a la sesión anterior).

Trastorno esquizoide de la personalidad

Este trastorno de personalidad, caracterizado por un patrón general de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional, es poco frecuente en la práctica clínica (Millon, 2006; Roca, 2004).

En primer lugar debemos plantearnos que quizás este tipo de fumadores utilicen la nicotina como vía de escape ante un problema, siendo altamente reforzante. Es posible además que en ellos no tenga tanto peso la dependencia social de la nicotina y que prefieran fumar solos que en compañía de otros. Teniendo en cuenta estos aspectos, a lo largo del tratamiento para dejar de fumar deberemos hacer hincapié en potenciar la realización de actividades incompatibles con fumar que puedan realizar solos (ej., ir al cine, caminar, etc.). Al igual que en el trastorno paranoide, debemos evitar las confrontaciones tempranas y mejorar la percepción de autoeficacia de estos sujetos desde la primera sesión de tratamiento (Millon y Davis, 1998). Esto lo conseguiremos señalándoles explícitamente cómo cada tarea que realizan y cada objetivo que alcanzan, refuta su idea de incompetencia.

Además, es necesario tener en cuenta que, en estos fumadores, los precipitantes de las recaídas se centrarán en variables internas de tipo emocional (ej., malestar, estrés, preocupación, etc.) más que en variables externas (ej., estar rodeado de otros fumadores) (Beck et al., 2005). Según esto, el entrenamiento en autocontrol no ha de centrarse tanto en habilidades de rechazo de ofrecimientos, por ejemplo, sino más bien en las emociones y cogniciones (sobre todo negati-

vas) que han mantenido el consumo de tabaco a lo largo del tiempo (ej., “fumar me relaja”). Asimismo, debemos tener especial cuidado con la aparición de sintomatología depresiva tras el cese en el consumo de nicotina pues podría precipitar una recaída (Hughes, 2007).

Trastorno esquizotípico de la personalidad

Se caracteriza por una reducida capacidad para establecer relaciones personales estrechas, además de la presencia de distorsiones cognitivas o perceptivas y excentricidades conductuales (Oldham et al., 2007).

Respecto al tratamiento, debemos tener presente que su constante tendencia a sospechar de todo y de todos se puede ampliar al terapeuta, por lo que el primer paso, ya en la evaluación, es ver si se cuenta con su confianza o no (Caballo, López-Gollonet y Bautista, 2004a). Si no desarrollamos estrategias para conseguir su colaboración (ej., asumiendo como normal su afecto inadecuado, sus creencias extrañas o su suspicacia) lo más probable es que ni siquiera acuda a la primera sesión de tratamiento (Martínez y Trujillo, 2003).

El establecimiento de objetivos ha de negociarse con el fumador y siempre, al igual que en el resto de trastornos del grupo A, han de ser realistas, alcanzables y con límites temporales bien definidos (ej., en seis sesiones dejará de fumar) (Millon y Everly, 1994).

Sus creencias disfuncionales acerca de la propia valía o autoeficacia pueden ser modificadas mediante “experimentos conductuales” (ej., si el sujeto afirma que no será capaz de retrasar el primer cigarrillo del día se le insta a que lo pruebe, preparando la situación: dejar el tabaco en un lugar alejado de la habitación como por ejemplo el buzón de la entrada al domicilio, meterse en la ducha nada más levantarse, etc.) (Beck et al., 2005; Becoña, 2007).

ABORDAJE TERAPEUTICO DEL FUMADOR CON UN TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO B

En este grupo se incluyen los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista. Son aquellos sujetos considerados erráticos, dramáticos e inestables (APA, 2002). En líneas generales, los fumadores que presentan este tipo de trastornos de la personalidad necesitarán adquirir estrategias para controlar emociones negativas como la agresividad o la ira, muy asociadas al consumo de tabaco (Kahler et al., 2009).

Trastorno antisocial de la personalidad

Aunque esta categoría diagnóstica incluye a un grupo muy heterogéneo de sujetos, este trastorno se caracteriza por un



patrón conductual basado en el desprecio hacia los demás y la violación de sus derechos (Millon y Davis, 1998; Roca, 2004). Sin duda es uno de los trastornos del Eje II, junto con el límite, que tienen una connotación más negativa y más difíciles de tratar.

El tratamiento del fumador antisocial debe comenzar por subrayar los límites y la conducta que se espera del paciente y del terapeuta. Para ello podemos apoyarnos en un contrato conductual en el que aparezca claramente delimitado el compromiso de ambas partes (Becoña, 2004).

Suelen ser bastante impacientes ante la consecución de metas (Caballo y López-Torrecillas, 2004), por lo que deberemos entrenarle en la planificación a corto (ej., cumplimiento de las tareas de la primera sesión) y a largo plazo (ej., el logro de la abstinencia).

Igual de importante es el comportamiento del terapeuta, pues en algún momento éste puede sentirse manipulado o violentado (Millon, 2006). No es infrecuente que el fumador antisocial le desafíe y cuestione la eficacia del tratamiento. Si reaccionamos con autoridad, rigidez y exigencia esto será para el paciente una razón indiscutible para abandonar el tratamiento.

Deberemos hacer hincapié en el control de impulsos, así como en el manejo de emociones negativas como la agresividad o la ira, mediante el entrenamiento en pautas específicas (ej., identificación de hechos o acontecimientos que pueden desencadenar agresividad o ira, solución de problemas, etc.) (Becoña, 2007). Estos sujetos suelen tener una baja tolerancia a la frustración y una elevada impulsividad, por lo que reaccionan de manera desproporcionada ante determinadas situaciones (ej., que se rían de ellos cuando comentan que van a dejar de fumar, sufrir una recaída ante una discusión sin importancia, etc.).

Por último, debemos señalar el consumo de bebidas alcohólicas como un importante factor de riesgo para la recaída, pues el trastorno antisocial está muy asociado al consumo de sustancias como el alcohol (Echeburúa, Bravo de Medina y Aizpiri, 2007; Goldstein, Dawson y Grant, 2010). Si no tenemos en cuenta esta variable antes de iniciar el tratamiento y durante el mismo es muy probable que se produzca una recaída en el consumo de tabaco.

Trastorno límite de la personalidad

Se caracteriza por una marcada inestabilidad que invade prácticamente todos los aspectos del funcionamiento de quien lo padece (relaciones interpersonales, autoimagen, sentimientos, conducta, etc.) y es una de las categorías diagnósticas que más problemas conceptuales e investiga-

ción ha suscitado (Caballo, Gracia, López-Gollonet y Bautista, 2004; Millon y Davis, 1998). Junto con el trastorno antisocial es uno de los más prevalentes en conductas adictivas (Martínez y Trujillo, 2003; Tenorio y Marcos, 2000). Sin embargo, hemos de tener en cuenta que existen distintos perfiles de trastorno límite y que, por ejemplo, no todos son igual de impulsivos (Fernández del Río, López y Becoña, 2010b).

En el trastorno límite la relación terapéutica es fundamental. Es necesario afianzar desde el principio la cooperación, de manera que el fumador no perciba amenaza de abandono si no cumple los objetivos terapéuticos (Millon y Everly, 1994). Para captar su atención y confianza podemos describirle nuestra experiencia en el tratamiento psicológico de fumadores, reforzando así sus expectativas positivas hacia la intervención. Sin embargo, debemos cuidar siempre el hecho de que el sujeto es el responsable de su tratamiento, así como la familiaridad excesiva.

Por lo que respecta al tratamiento existen varios aspectos clave que nos ayudarán con fumadores con trastorno límite. Su tendencia a pensar en términos de "todo o nada" y de manera muy intensa, puede llevarle a manifestar creencias del tipo "no dejaré nunca de fumar" o "siempre tendré unas ganas irresistibles de fumar". Todo esto, unido a la gran impulsividad que les caracteriza, puede dificultar el logro de la abstinencia (Perry y Carroll, 2008). Nuestro cometido será mostrarle que esta manera de pensar no sólo le hace sentirse peor consigo mismo sino que puede llevarle a lo que más teme: la recaída (Millon, 2006).

Es conveniente utilizar estrategias que implican acción, como las tareas para casa (ej., dejar de fumar en una habitación de la casa, autorregistro del consumo de tabaco, etc.), estrategias que implican imaginación (ej., trabajar en su propia imagen como un no fumador) y estrategias de codificación y procesamiento de la información (ej., entrenamiento en solución de problemas) (Becoña, 2007). En los que presentan déficit en el control de la impulsividad deberemos trabajar también en el control de impulsos. Estudios previos han demostrado que la impulsividad es una variable clave para la predicción de una recaída en el consumo de tabaco (VanderVeen, Cohen, Cukrowicz y Trotter, 2008).

También debemos trabajar con estos fumadores su "miedo al cambio" pues pasar de fumador a no fumador significaría el fin del tratamiento, lo que en muchos casos les atemoriza (Beck et al., 2005; Becoña, 2007). Si nos encontramos con un paciente con trastorno límite que vuelve a fumar después de alcanzar la abstinencia, esto puede deberse no sólo al deseo de fumar o *craving*, sino a un in-



tento de demostrar que el problema no está solucionado y que necesita ayuda nuevamente. Por último, es necesario tener en cuenta la sensación de vacío, característica de este trastorno de personalidad, como factor de riesgo para la recaída (Millon, 2006). Para su manejo puede ser de utilidad introducir en el tratamiento de la dependencia del tabaco pautas para el manejo del afecto negativo (ej., detección de acontecimientos o hechos que eliciten emociones negativas, como la ansiedad o la tristeza; realización de actividades agradables, etc.).

Trastorno histriónico de la personalidad

Se caracteriza por una excesiva emotividad y una marcada necesidad de ser el centro de atención (APA, 2002; Roca, 2004). Suelen presentarse como personas dramáticas, inestables, con un discurso vago y con dificultades para centrar la atención. Dado que la realización de autorregistros puede resultarles una tarea aburrida y absurda, habrá que explicarles y enfatizar sus beneficios potenciales (ej., el proceso de autoobservación ayuda a controlar la impulsividad). Es muy importante reforzarles por los logros conseguidos entre sesión y sesión.

A estos sujetos les importa mucho recibir aprobación y atención por parte de los demás (Caballo, Bautista y López-Gollonet, 2004a), luego el tratamiento en grupo puede resultar un formato de tratamiento particularmente eficaz. Si sus intervenciones son demasiado extensas, interrumpiendo y haciendo difícil la participación del resto (Beck et al., 2005), el terapeuta deberá incidir en las normas de funcionamiento de esta clase de tratamiento (Becoña y Míguez, 2008).

También es conveniente averiguar cómo son sus relaciones personales, pues les motivarán a mantenerse abstinentes. Si detectamos que existen personas en su entorno que les incitan a fumar, ofreciéndoles cigarrillos por ejemplo, o minusvalorando su esfuerzo, deberemos trabajar también su asertividad (ej., aprender a decir no, transmitir al otro que entiende que dude respecto a si será capaz de dejar de fumar pero sin abandonar la propia decisión de intentar dejar de fumar, etc.).

Igual de importantes son las creencias erróneas de estos fumadores respecto a la imagen social del tabaco. Es muy posible que crean que "fumar les queda bien" y que aporta sofisticación a su imagen, la cual es muy importante para ellos (fundamentalmente para las mujeres fumadoras). Si no trabajamos esta creencia errónea es posible que no alcancen la abstinencia o que logren mantenerla (ej., enfatizar la idea de que fumar cigarrillos provoca envejecimiento

prematureo, amarillea los dientes y los dedos, tienen un mal olor corporal, etc.) (Becoña, 2007).

Por último, respecto a la recaída, conviene señalar dos aspectos. En primer lugar, estos sujetos suelen perder rápidamente el interés, lo que puede provocar el abandono del tratamiento antes de que se produzcan cambios significativos (ej., abandonar el tratamiento una vez que han dejado de fumar, pero no acudir a las sesiones de fortalecimiento de la abstinencia). Por ello, deberemos trabajar con metas realmente importantes para ellos que les permitan obtener beneficios a corto y a largo plazo (Millon y Davis, 1998). En segundo lugar, dada su tendencia a dramatizar (Oldham et al., 2007) pueden exagerar los síntomas del síndrome de abstinencia y justificar así el volver a fumar o bien exagerar los beneficios obtenidos tras el cese del consumo, lo que les llevaría a despreciar las tentaciones a fumar y cómo hacerles frente.

Trastorno narcisista de la personalidad

Se caracteriza por un patrón general de grandiosidad y necesidad permanente de admiración, así como por una marcada falta de empatía y una actitud arrogante y soberbia (Caballo, Bautista y López-Gollonet, 2004b).

Suelen empezar el tratamiento en un momento denominado "anticontemplación", es decir, en una postura de abierta oposición al cambio (ej., "nadie puede hacer que yo deje de fumar") (Beck et al., 2005). Evitando la confrontación directa, debemos asumir como normal su ambivalencia y trabajar continuamente en el balance de pros y contras (ej., pros y contras de fumar, de ser un no fumador, etc.) (Becoña, 2007).

Estos sujetos tienen una baja tolerancia a la frustración por lo que quizás más que en otros trastornos debamos evaluar sus expectativas ante el tratamiento (Witkiewitz y Marlatt, 2007). El establecimiento de objetivos debe ser realista y se debe realizar un análisis de sus creencias acerca del éxito de la intervención. Su tendencia a compararse con los demás, a minimizar la necesidad de esfuerzo y a obviar la importancia de los pequeños logros puede llevarles a abandonar prematuramente el tratamiento.

Al igual que en el trastorno histriónico, estos sujetos le dan mucha importancia a su imagen porque es "la armadura de su autoestima" (Beck et al., 2005). Debemos aprovechar este aspecto enfatizando cuánto mejorará su imagen física cuando dejen de fumar. Otro aspecto clave es la consideración que tienen de sí mismos como alguien "especial" que nada tiene que ver con la "gente corriente". Podemos utilizar como herramienta terapéutica el éxito so-



cial que tendrá cuando deje de fumar y lo satisfecho que se sentirá consigo mismo (ej., sobre todo si alguna persona de su alrededor pone en duda su capacidad de dejar de fumar). Ha de ver que dejar de fumar y cambiar de estilo de vida es una decisión que "sólo las personas inteligentes como él adoptan" (Fernández del Río, López y Becoña, 2010c).

Muchos sujetos con un trastorno narcisista tienen dificultades para manejar adecuadamente la ira, lo que les puede llevar a un retroceso en el tratamiento o en el peor de los casos a una recaída. El entrenamiento en estrategias básicas de manejo de la ira y la agresividad (ej., identificación de hechos que pueden precipitar la ira, solución de problemas, respiración profunda, etc.) nos ayudarán a paliar este aspecto (Becoña, 2007).

El refuerzo de los pequeños logros por parte del terapeuta y de la familia es muy importante en el tratamiento de los fumadores con un trastorno narcisista. Por el contrario, si recriminamos los errores cometidos (ej., haber aceptado un ofrecimiento de cigarrillos), el sujeto lo verá como un ataque a su persona y aumentará la probabilidad de que abandone el tratamiento. Hacerle entender que es una persona hábil capaz de aprender de los errores, de manera que hará lo posible por no recaer, será una buena estrategia terapéutica (Millon y Everly, 1994).

Por último, respecto a los factores de riesgo para la recaída destacan: la propia autoimagen (ej., ¿se ve realmente como un no fumador?), la importancia que da a la percepción que tiene su entorno sobre dejar de fumar (ej., la probabilidad de que deje de fumar aumentará si el sujeto percibe que dejar de fumar es algo que "se lleva") y la presión grupal (ej., si está rodeado de otros fumadores que le incitan o le presionan a fumar, sobre todo si son personas admiradas por el sujeto que afirman no tener ningún problema con el consumo de tabaco) (Marlatt y Donovan, 2005).

ABORDAJE TERAPEUTICO DEL FUMADOR CON UN TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO C

En el grupo C de personalidad se incluyen el trastorno de la personalidad por evitación, el trastorno por dependencia y el obsesivo-compulsivo. En líneas generales, este grupo lo formarían aquellos sujetos considerados ansiosos y temerosos. Estudios recientes apuntan a que los fumadores con estos trastornos utilizarían la nicotina como automedicación para calmar su sintomatología ansiosa (Pomerleau, Marks y Pomerleau, 2000; Pulay et al., 2010).

Trastorno de la personalidad por evitación

A pesar de la escasez de estudios sobre este trastorno se estima que es uno de los más prevalentes en población general y en población clínica. Se caracteriza por un patrón permanente de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa (APA, 2002; Caballo, Bautista, López-Gollonet y Prieto, 2004).

Durante el tratamiento es fundamental aceptar su miedo al rechazo y su desconfianza ante las expresiones de acercamiento y calidez por parte de los demás (del terapeuta y de los miembros del grupo si es el caso). Si muestran rechazo al tratamiento en grupo no conviene forzarles y debemos ofrecerles tratamiento individual.

Si detectamos que utilizan la nicotina para calmar su sintomatología ansiosa (Pomerleau et al., 2000), deberemos enseñarles a manejar esa ansiedad mediante relajación o respiración profunda (Becoña, 2007). También debemos prestar atención a los fumadores evitativos que abusan del alcohol con el mismo fin, pues puede interferir en el logro y en el mantenimiento de la abstinencia del tabaco.

Con estos fumadores son importantes las estrategias terapéuticas destinadas a la identificación de los estímulos que anteceden al consumo de tabaco, el modo en el que se desarrolla la conducta de fumar y las consecuencias de la misma. Esto, junto al refuerzo de cualquier pequeño progreso (ej., dejar de fumar mientras conduce, reducción en el número de cigarrillos desde la sesión anterior), es crucial en el tratamiento del fumador con un trastorno de la personalidad por evitación.

El miedo al rechazo de los demás, así como el temor a una evaluación negativa, puede haberles frenado a la hora de intentar dejar de fumar en el pasado o de acudir a tratamiento. Por ello el terapeuta debe revisar con el fumador su autoeficacia percibida y enfatizar que si no intenta dejar de fumar por miedo a fracasar nunca sabrá si realmente es capaz de hacerlo. Repasar aquellas situaciones que han vivido en el pasado en las que experimentaron mucha ansiedad y en las que no recurrieron al tabaco puede ser un buen punto de partida. Si han fracasado en sus intentos previos para dejar de fumar, la explicación podría centrarse en aspectos como la rueda del cambio (Rollnick et al., 2008) y la oportunidad que da la recaída para aprender de ella (Brandon, 2000).

Trastorno de la personalidad por dependencia

Se caracteriza por una necesidad excesiva de que se ocupen de ellos, lo que ocasiona un comportamiento sumiso y un gran temor de separación (APA, 2000; Caballo, López-Go-



llonet y Bautista, 2004b). Comparados con otros tipos de trastornos de la personalidad pueden parecer “fáciles de tratar”, pues desde el principio prestan atención a las indicaciones del terapeuta, es fácil comprometerlos con el tratamiento y se muestran muy cooperadores (Millon, 2006). Sin embargo, en el momento en el que el terapeuta trate de que asuman autonomía (ej., que fijen el día en el que van a dejar de fumar) pueden resistirse (Beck et al., 2005).

Al igual que en otros trastornos de la personalidad, es frecuente el pensamiento dicotómico (Millon y Davis, 1998). En este caso su pensamiento oscila entre la idea de que son capaces de hacer las cosas “bien” o “completamente mal”, lo que les puede llevar a abandonar el tratamiento si entienden que no avanzan o que, en caso de dejar de fumar, no van a conseguir mantener la abstinencia. Es importante incidir en estas creencias erróneas desde el principio de la intervención hasta el final del seguimiento. Al pensamiento dicotómico se unen sus pensamientos automáticos acerca de su falta de autoeficacia (ej., “no puedo”, “no seré capaz”, “soy demasiado débil”, “no tengo fuerza de voluntad”, etc.), que debemos detectar y ayudar a controlar. Buscar excepciones en la vida del individuo que no tengan que ver con dejar de fumar, en las que haya empleado su autocontrol, pueden contrarrestar el pensamiento polarizado.

También debemos analizar la influencia de otros fumadores en su comportamiento, sobre todo si se trata de personas importantes para el paciente. Si no apoyan explícitamente su decisión de dejar de fumar pueden interferir en el proceso de abandono o incluso en el mantenimiento de la abstinencia (ej., ofreciéndole cigarrillos cuando la persona no es capaz de rechazarlos).

A la aparición de una recaída puede contribuir otra de las características de estos sujetos, la distorsión cognitiva de “catastrofismo” (Beck et al., 2005), que puede llevar a un fumador que ha conseguido dejar de fumar a valorar una caída o consumo puntual como una verdadera catástrofe que confirma su falta de capacidad. Por ello la fase de seguimiento es muy importante en estos sujetos. Saber que puede volver, esté abstinentemente o no, le tranquilizará.

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Se caracteriza por un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control (APA, 2002; Oldham et al., 2007).

En el tratamiento de los fumadores con este trastorno de la personalidad debemos tener en cuenta dos aspectos fundamentales: el equilibrio de las polaridades (porque piensan y actúan en términos de “todo o nada”) y la disminución de la

rigidez que gobierna su vida (preocupación excesiva por las reglas, sensación de culpa si no cumplen los objetivos establecidos, etc.) (Millon y Everly, 1994). Sin embargo, respecto a los otros tipos de trastornos, estos fumadores tienen menos dificultades, en general, para llevar a cabo las indicaciones del terapeuta, sobre todo aquellas que tienen que ver con el control del deseo de fumar (ej., la realización de autorregistros, el control estimular, etc.).

Estos sujetos no toleran fácilmente el acercamiento emocional (Millon, 2006), sobre todo al principio, por lo que el tratamiento en grupo podría generarles ansiedad o incomodidad. Asegurarles que podrán intervenir cuando lo deseen y que el tratamiento a pesar de tener un formato grupal es individualizado, puede contribuir positivamente a resolver este aspecto. Los tratamientos multicomponentes para dejar de fumar son muy bien aceptados por estos fumadores, pues las indicaciones que se dan en cada sesión son muy concretas y se trabaja una consecución progresiva de los objetivos (Becoña, 2007). Una de las premisas más importantes con estos fumadores es precisamente programar la consecución de metas de un modo realista, concretándolas y evitando que sean demasiado ambiciosas, porque si no las van consiguiendo pueden abandonar el tratamiento antes de lograr la abstinencia.

Por último, dada su tendencia a pensar en términos de “todo o nada” es importante trabajar con ellos el efecto de violación de la abstinencia (Witkiewitz y Marlatt, 2004) para evitar que un consumo puntual les lleve irremediablemente a una recaída. Enseñarles a ver que hay un punto intermedio entre el “todo o nada” (Beck et al., 2005), así como evaluar aquellas variables que pueden llevarle de nuevo a fumar (ej., estrés laboral, problemas de pareja, etc.), y entrenarle en estrategias de afrontamiento de la ansiedad o el estrés, deben estar siempre presentes en su tratamiento (López, Fernández del Río y Becoña, 2011).

CONCLUSIÓN

A pesar del creciente interés que ha despertado el estudio de los trastornos de la personalidad en fumadores, los estudios publicados hasta el momento no han podido concluir que la presencia de un trastorno del Eje II lleve irremediablemente al fracaso del tratamiento de la adicción al tabaco. No cabe duda que las escasas investigaciones publicadas hasta el momento, junto a la enorme variabilidad en la prevalencia de estos trastornos en fumadores (Fernández del Río y Becoña, 2010), dificulta la labor de los profesionales que llevan a cabo el tratamiento psicológico de fumadores con trastornos de la personalidad.



Independientemente de la complejidad que entraña la conceptualización y el diagnóstico de un trastorno de la personalidad, debemos tener en cuenta su presencia en la persona que desea dejar de fumar y aceptar las particularidades de cada trastorno a la hora de llevar a cabo la intervención clínica.

En el presente artículo se han revisado algunos aspectos fundamentales del tratamiento psicológico de un fumador con un trastorno de la personalidad. En primer lugar, es necesario lograr un adecuado clima terapéutico, asumiendo algunas de las actitudes típicas de cada trastorno, como la suspicacia en el trastorno paranoide o el desafío en el trastorno antisocial. Adecuarnos a las características particulares de cada trastorno de la personalidad contribuirá positivamente al establecimiento de una adecuada relación terapéutica. En segundo lugar, es fundamental enseñarles a identificar y a manejar de manera adecuada las emociones negativas (ej., ira, agresividad, estrés), pues están directamente relacionadas con la recaída en el consumo de tabaco (Kahler et al., 2009). En tercer lugar, dado que estos individuos suelen tener problemas en sus relaciones interpersonales, debemos determinar desde el principio con qué clase de apoyo social cuentan, pues es una variable fundamental a la hora de conseguir y mantener la abstinencia en el consumo de tabaco (Becoña, 2004). Para prevenir la recaída también es importante entrenar a los sujetos en habilidades de afrontamiento eficaces. Cuando se enfrentan a situaciones estresantes o que les generan afecto negativo suelen utilizar estrategias de afrontamiento inadecuadas (ej., conductas agresivas, conductas de evitación, etc.), lo que aumenta significativamente la probabilidad de que vuelvan a fumar. Si conseguimos que a lo largo del tratamiento adquieran estrategias adecuadas de afrontamiento se incrementará su autoeficacia y con ello disminuirá la probabilidad de recaída (López-Torrecillas, Salvador, Verdejo y Cobo, 2002).

Estudios previos han apuntado que la presencia de un trastorno de la personalidad repercute negativamente en la adherencia del individuo al tratamiento (Fernández-Montalvo, López, Landa, Illescas, Lorea y Zarzuela, 2004). Actualmente sabemos que la eficacia del tratamiento psicológico para dejar de fumar se incrementa a medida que lo hace el tiempo de contacto con el fumador (Fiore et al., 2008), y los fumadores con algún trastorno de la personalidad tienden a acudir a menos de la mitad de las sesiones lo que dificulta que consigan la abstinencia (Fernández del Río, López y Becoña, 2010d). Si un fumador con un trastorno de la personalidad decide abandonar

prematuramente el tratamiento, la actitud del terapeuta no ha de ser en ningún caso crítica o penalizadora (ej., no aceptar su reingreso en el tratamiento tras haberlo abandonado previamente) pues en ese caso estaremos incumpliendo el objetivo último de un profesional de la salud, que es procurar el bienestar del individuo. No cabe duda que el bienestar de esa persona aumentará si deja de fumar, sea cuando sea. Interesarnos por la ausencia a alguna de las sesiones o realizar seguimientos regulares una vez finalizado el tratamiento puede ser una buena estrategia en la intervención con estos fumadores.

También debemos ser especialmente cuidadosos con aquellos fumadores que presentan más de un trastorno de personalidad, un fenómeno demasiado frecuente debido al sistema de clasificación y diagnóstico categorial establecido en la actualidad (Widiger y Trull, 2007). La comorbilidad de varios trastornos suele complicar el proceso de dejar de fumar y precipitar las recaídas (Martínez y Trujillo, 2003).

La presencia de un trastorno de personalidad no tiene por qué implicar el fracaso del tratamiento psicológico para dejar de fumar (López et al., 2011). El simple hecho de adjudicar esta etiqueta diagnóstica puede condicionar la actitud y la implicación del terapeuta y el desarrollo de la intervención (Pedrero y Segura, 2003). Para tratar de evitar esto debemos conocer en profundidad los trastornos de la personalidad, tener en cuenta su presencia en los individuos que demandan tratamiento psicológico para dejar de fumar y erradicar los posibles prejuicios que podamos tener como terapeutas cuando nos encontramos ante uno de esos casos.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (Programa Nacional de Proyectos de Investigación Fundamental), referencia del proyecto PSI2008-02597/PSIC.

REFERENCIAS

- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (2003). *Evaluación de la eficacia, efectividad y costo-efectividad de los diferentes abordajes terapéuticos para dejar de fumar*. Madrid: AETS del Instituto de Salud Carlos III.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4^ª ed. rev. Barcelona: Masson. (orig. 2000).
- Beck, A. T., Freeman, A. y Davis, D. D. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Ediciones Paidós.



- Becoña, E. (2003). El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. *Papeles del Psicólogo*, 85, 48-69.
- Becoña, E. (2004). Tratamiento psicológico del tabaquismo. *Adicciones*, 16 (Suppl. 2), 237-263.
- Becoña, E. (2007). *Programa para Dejar de Fumar*. Vigo: Nova Galicia Edicions.
- Becoña, E., Córdoba, R., Díaz-Maroto, J. L., López, V., Jiménez, C., Planchuelo, M. A., et al. (2001). Guía de procedimientos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. *Adicciones*, 13, 211-216.
- Becoña, E. y Míguez, M. C. (2004). Consumo de tabaco y psicopatología asociada. *Psicooncología*, 1, 99-112.
- Becoña, E. y Míguez, M. C. (2008). Group behaviour therapy for smoking cessation. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 3, 63-78.
- Belloch, A. y Fernández-Álvarez, H. (2002). *Trastornos de personalidad*. Madrid: Síntesis.
- Black, D. W., Zimmerman, M. y Coryell, W. H. (1999). Cigarette smoking and psychiatric disorder in a community sample. *Annals of Clinical Psychiatry*, 11, 129-136.
- Brandon, T. H. (2000). *Forever free*. Tampa: FL: H. Lee Moffitt Cancer Center and Research Institute, University of South Florida.
- Caballo, V. E., Bautista, R. y López-Gollonet, C. (2004a). El trastorno histriónico de la personalidad. En V. E. Caballo (Coord.), *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento* (pp. 161-176). Madrid: Síntesis.
- Caballo, V. E., Bautista, R. y López-Gollonet, C. (2004b). El trastorno narcisista de la personalidad. En V. E. Caballo (Coord.), *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento* (pp. 177-191). Madrid: Síntesis.
- Caballo, V. E., Bautista, R., López-Gollonet, C. y Prieto, A. (2004). El trastorno de la personalidad por evitación. En V. E. Caballo (Coord.), *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento* (pp. 193-214). Madrid: Síntesis.
- Caballo, V. E., Gracia, A., López-Gollonet, C. y Bautista, R. (2004). El trastorno límite de la personalidad. En V. E. Caballo (Coord.), *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento* (pp. 137-160). Madrid: Síntesis.
- Caballo, V. E., López-Gollonet, C. y Bautista, R. (2004a). El trastorno esquizotípico de la personalidad. En V. E. Caballo (Coord.), *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento* (pp. 91-107). Madrid: Síntesis.
- Caballo, V. E., López-Gollonet, C. y Bautista, R. (2004b). El trastorno de la personalidad por dependencia. En V. E. Caballo (Coord.), *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento* (pp. 215-230). Madrid: Síntesis.
- Caballo, V. E. y López-Torrecillas, F. (2004). El trastorno antisocial de la personalidad. En V. E. Caballo (Coord.), *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento* (pp. 109-135). Madrid: Síntesis.
- Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (2008). *Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo.
- Covey, L.S., Hughes, D., Glassman, A., Blazer, D., y George, L. (1994). Ever-smoking, quitting and psychiatric disorders: Evidence from the Durham, North Carolina, Epidemiological Catchment Area. *Tobacco Control*, 3, 222-227.
- Echeburúa, E., Bravo de Medina, R. y Aizpiri, J. (2007). Comorbidity of alcohol dependence and personality disorders: A comparative study. *Alcohol & Alcoholism*, 42, 618-622.
- Fernández del Río, E. y Becoña, E. (2010). Trastornos de la personalidad en fumadores: una revisión. *Adicciones*, 22, 155-172.
- Fernández del Río, E., López, A. y Becoña, E. (2010a). Trastornos de la 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). Smoking cessation: A case study of a client with a probable borderline personality disorder. *Psychological Reports*, 106, 918-926.
- Fernández del Río, E., López, A. y Becoña, E. (2010c). Fumador con varios trastornos de personalidad. En E. Becoña (Coord.), *Dependencia del tabaco. Manual de casos clínicos* (pp. 249-269). Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Fernández del Río, E., López, A. y Becoña, E. (2010d). Personality disorders and premature dropout from psychological treatment for smoking cessation. *Psychological Reports*, 106, 679-684.
- Fernández-Montalvo, J., López, J. J., Landa, N., Illescas, C., Lorea, I. y Zarzuela, A. (2004). Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica. *International*



- Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 271-283.
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J., et al. (2008). *Treating tobacco use and dependence: 2008 Update*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Goldstein, R. B., Dawson, D. A. y Grant, B. F. (2010). Anti-social behavioral syndromes in adulthood and alcohol use disorder treatment over three-year follow-up: Results from wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 16, 212-226.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Chou, P., Stinson, F. S. y Dawson, D. A. (2004). Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1107-1115.
- Hughes, J. R. (2007). Depression during tobacco abstinence. *Nicotine & Tobacco Research*, 9, 443-446.
- Kahler, C. W., Daughters, S. B., Leventhal, A. M., Rogers, M. L., Clark, M. A., Colby, S. M., et al. (2009). Personality, psychiatric disorders, and smoking in middle-aged adults. *Nicotine & Tobacco Research*, 11, 833-841.
- Kalman, D., Baker, S. y George, T. P. (2005). Co-morbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. *The American Journal on Addictions*, 14, 106-123.
- 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.
- López, A., Fernández del Río, E. y Becoña, E. (2011). El tratamiento de un fumador con un trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad. *Anales de Psicología*, 27, 7-16.
- López-Torrecillas, F., Salvador, M., Verdejo, A. y Cobo, P. (2002). Autoeficacia y consumo de drogas: una revisión. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2, 33-51.
- Marlatt, G. A. y Donovan, D. M. (Eds.) (2005). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2a. ed.). Nueva York: Guilford Press.
- Martínez, J. M. y Trujillo, H. M. (2003). *Tratamiento del drogodependiente con trastornos de personalidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Millon, T. (Ed.) (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Elsevier, Masson.
- Millon, T. y Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T. y Everly, G. S. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Moran, P., Coffey, C., Mann, A., Carlin, J. B. y Patton, G. C. (2006). Personality and substance use disorders in young adults. *British Journal of Psychiatry*, 188, 374-379.
- Oldham, J. M., Skodol, A. E. y Bender, D. S. (2007). *Tratado de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Pedrero, E. J. y Segura, I. (2003). Los trastornos de personalidad en drogodependientes y su relación con la dificultad de manejo clínico. *Trastornos Adictivos*, 5, 229-240.
- 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.
- Pereiro, C., Becoña, E., Córdoba, R., Martínez, J. y Pinet, C. (2008). *Tabaquismo. Guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica*. Palma de Mallorca: Socidrogalcohol.
- Perry, J. L. y Carroll, M. E. (2008). The role of impulsive behaviour in drug abuse. *Psychopharmacology*, 200, 1-26.
- 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., et al. (2010). The relationship of DSM-IV personality disorders to nicotine dependence—results from a national survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 108, 141-145.
- Roca, M. (Ed.), (2004). *Trastornos de la personalidad*. Barcelona: Ars Médica.
- Rollnick, S., Miller, W. R. y Butler, C. C. (2008). *Motivational interviewing in health care. Helping patients change behavior*. New York: The Guilford Press.
- Tenorio, J. y Marcos, J. A. (2000). Trastornos duales: tratamiento y coordinación. *Papeles del Psicólogo*, 77, 58-63.
- VanderVeen, J. M., Cohen, L. M., Cukrowicz, K. C. y Trotter, D. R. (2008). The role of impulsivity on smoking maintenance. *Nicotine & Tobacco Research*, 10, 1397-1404.
- Widiger, T. A. y Trull, T. J. (2007). Plate Tectonics in the classification of personality disorders: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62, 71-83.
- Witkiewitz, K. y Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems. This was zen, this is tao. *American Psychologist*, 59, 224-235.
- Witkiewitz, K. y Marlatt, G. A. (2007). Overview of relapse prevention. En K. Witkiewitz y G. A. Marlatt (Eds.), *The therapist's Guide to evidence-based relapse prevention* (pp. 3-17). Oxford, UK: Elsevier.