

# Trastornos de personalidad en fumadores: una revisión

## Personality disorders in smokers: a review

ELENA FERNÁNDEZ DEL RÍO, ELISARDO BECOÑA IGLESIAS

Unidad de Tabaquismo, Universidad de Santiago de Compostela

Enviar correspondencia a:

Elena Fernández del Río, Universidad de Santiago de Compostela, Facultad de Psicología, Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Campus Universitario Sur, 15782, Santiago de Compostela, A Coruña. E-mail: elena.fernandez3@rai.usc.es.

recibido: marzo 2009  
aceptado: junio 2009

### RESUMEN

La relación entre psicopatología y dependencia de la nicotina en fumadores es un tema relevante en los últimos años. Sin embargo, poco se sabe acerca de los trastornos de personalidad en fumadores de cigarrillos. El objetivo de este artículo es revisar las investigaciones publicadas a escala nacional e internacional, que analizan la relación entre consumo de tabaco y trastornos de personalidad. La revisión realizada nos permite afirmar que la investigación sobre la presencia de trastornos del Eje II en fumadores de cigarrillos es realmente escasa. De los 12 estudios revisados se puede concluir que la prevalencia de trastornos de personalidad en fumadores es muy variable (entre el 9% y el 45%), y que el consumo de cigarrillos se asocia, en la mayoría de los estudios, en primer lugar con los trastornos del grupo C (dependiente, por evitación y obsesivo-compulsivo), y en segundo lugar con los trastornos del grupo B (histriónico, narcisista, límite y antisocial). Finalmente, se apuntan distintas limitaciones que existen en los estudios realizados hasta el momento y la necesidad de conocer mejor estos trastornos por su relevancia en el tratamiento de fumadores.

**Palabras clave:** fumar, dependencia de la nicotina, trastornos de personalidad, revisión.

### ABSTRACT

The association between psychopathology and nicotine dependence in smokers has been a relevant topic in recent years. Nevertheless, little is known about personality disorders in smokers. The aim of this article is to review research published nationally and internationally which analyzes the relation between tobacco use and personality disorders. Our review permits us to affirm that research on the presence of Axis II disorders in smokers is rather scarce. Of 12 studies analyzed, it can be concluded that the prevalence of personality disorders in smokers is highly variable (between 9% and 45%), and that, in the majority of the studies, smoking is associated first with the presence of cluster C disorders (dependent, avoidant and obsessive-compulsive), and second, with cluster B disorders (histrionic, narcissistic, borderline and antisocial). Finally, we note the various limitations of previous studies and stress the need to better understand these disorders, given their relevance to the treatment of smokers.

**Key words:** smoking, nicotine dependence, personality disorders, review.

## INTRODUCCIÓN

Fumar cigarrillos sigue siendo la primera causa evitable de enfermedad y muerte prematura en el mundo y es responsable de 5.000.000 de muertes anuales, cifra que podría duplicarse en el año 2030 (World Health Organization, 2008). En España, la mortalidad atribuible al consumo de tabaco es muy elevada, situándose entorno a las 50.000 personas por año (Montes, Pérez y Gestal, 2004). La última Encuesta Domiciliaria sobre consumo de Alcohol y Drogas (EDADES) 2007-2008 del Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008), realizada a 23.715 individuos de población general, de entre 15 y 64 años, reveló que el 41,7% de los entrevistados había consumido tabaco en los últimos 12 meses, mientras que el 29,6% fumaba a diario, respecto al 32,8% de 2005. Aunque el número de fumadores ha descendido en los últimos años, el consumo de tabaco entre la población femenina sigue una línea bastante estable, en torno al 22-24%, lo que repercutirá no sólo en su salud física sino también en su salud mental en los próximos años (Mendoza, López Pérez y Sagraera, 2007).

La nicotina, principal componente de los cigarrillos, tiene un gran poder adictivo que explicaría porqué muchos fumadores que quieren dejar de fumar fracasan una y otra vez y no lo consiguen. Es por ello que la dependencia de la nicotina está reconocida como trastorno mental y del comportamiento, tanto en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10; Organización Mundial de la Salud, 1992), como en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales de la APA (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000).

Además de su relación directa con patologías de tipo físico, el consumo de tabaco se vincula estrechamente con varios trastornos psicopatológicos, entre los que destacan el trastorno por dependencia del alcohol, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad (Becoña y Míguez, 2004; Breslau, Kilbey y Andreski, 1991; Breslau, Peterson, Schultz, Chilcoat y Andreski, 1998; Humfleet, Muñoz, Sees, Reus y Hall, 1999). La mayor parte de los estudios se han centrado en la relación entre fumar e historia de depresión mayor, y las tasas encontradas oscilan entre el 25% y el 61% en muestras clínicas (Becoña y Míguez, 2004; Wilhelm, Wedgwood, Niven y Kay-Lambkin, 2006). En la mayoría de los estudios realizados se ha encontrado que las personas con historia de depresión tienen una mayor probabilidad de ser fumadores, de ser dependientes de la nicotina, mayores dificultades para abandonar el consumo y un mayor riesgo de sufrir alteraciones en el estado de ánimo al dejar de fumar (Breslau, Kilbey y Andreski, 1992; Hughes, 2007; Schmitz, Kruse y Kugler, 2003).

Por lo que respecta a los trastornos de ansiedad, las tasas de prevalencia de consumo de tabaco entre las personas que padecen algún trastorno de ansiedad oscilan entre

el 40% y el 50%. Breslau et al. (1991) demostraron una asociación significativa entre ansiedad y dependencia de la nicotina. En la misma dirección van los hallazgos de Covey, Hughes, Glassman, Blazer y George (1994) que encontraron una relación significativa entre trastorno de ansiedad generalizada y consumo de tabaco, tanto en varones como en mujeres. Los fumadores con este tipo de trastorno de ansiedad tenían además una menor probabilidad de abandonar el consumo de tabaco. Uno de los estudios más recientes sobre la relación entre fumar y ansiedad y entre fumar y depresión (Mykletun, Overland, Aaro, Liabo y Stewart, 2008) concluyó que la relación entre fumar y depresión se explicaba en gran parte por la presencia de ansiedad comórbida. Respecto al trastorno de pánico, Breslau y Klein (1999) encontraron que fumar diariamente incrementaba el riesgo de presentar posteriormente ataques de pánico o trastorno de pánico. Por otra parte, Johnson, Cohen, Pine, Klein, Kasen y Brook (2000) obtuvieron resultados semejantes al hallar que fumar más de 20 cigarrillos diarios durante la adolescencia incrementaba significativamente el riesgo de desarrollar un trastorno de pánico en la adultez temprana. Isensee, Wittchen, Stein, Höfler y Lieb (2003) encontraron que la prevalencia de ataques de pánico y de trastorno de pánico aumentaba según el estatus de fumador, alcanzando el pico máximo los fumadores regulares con dependencia de la nicotina. Aunque la asociación fue más fuerte en fumadores con una alta dependencia de la nicotina, el riesgo era elevado fuese cual fuese el consumo de tabaco, en contraste con los hallazgos de Breslau et al. (1991) que sólo habían encontrado resultados significativos en los fumadores dependientes.

La prevalencia de fumar en personas dependientes del alcohol, estén abstinentes o no, se estima entre el 80 y el 90% (Bobo, McIlvain, Lando, Walder y Leed-Kelly, 1998). Esto constituye un fenómeno muy importante, ya que se estima que en torno al 8% de la población española mantiene hábitos de consumo de alcohol abusivo o problemáticos (Nieva, Gual, Ortega y Mondón, 2004). Además, las personas que han dejado de beber tienen un mayor grado de dependencia de la nicotina (Kozlowski, Jelinek y Pope, 1986) y tienen más dificultades para dejar de fumar (Humfleet et al., 1999). Breslau, Peterson, Schultz, Andreski y Chilcoat (1996) encontraron que los fumadores tenían una mayor probabilidad de haber bebido alcohol al menos una vez al mes, durante un período de seis meses, que los no fumadores. Además, la prevalencia de abuso o dependencia del alcohol fue significativamente más elevada entre los fumadores que entre los no fumadores (38% vs. 16,3%).

Poco se sabe acerca de la relación entre consumo de tabaco y trastornos de personalidad. Según el DSM-IV-TR (APA, 2000), los trastornos de personalidad se caracterizan por la presencia de rasgos inflexibles y desadaptativos, que causan un malestar subjetivo o un deterioro significativo en el funcionamiento del sujeto. Debido a la dificultad que entraña su clasificación y diagnóstico, los trastornos

de personalidad siguen siendo actualmente uno de los puntos más críticos de la psicopatología (Rubio y Pérez, 2003; Caballo, 2004). No obstante, se estima que en torno al 10% de la población general presenta un trastorno de personalidad (Moreno y Medina, 2006; Samuels, Eaton, Bienvenu, Brown, Costa y Nestadt, 2002; Torgersen, Kringlen y Cramer, 2001; Zimmerman y Coryell, 1989), mientras que en pacientes psiquiátricos las cifras oscilan entre el 2 y el 30% según los distintos tipos de trastornos de personalidad (DSM-IV-TR, APA, 2000).

La escasez de investigaciones sobre la relación entre consumo de tabaco y trastornos de personalidad contrasta con la gran cantidad de estudios publicados sobre la relación entre otras conductas adictivas y los trastornos del Eje II (López, Becoña, Viéitez, Cancelo, Sobradelo, García et al., 2008; Sanz y Larrazabal, 2002; Tenorio y Marcos, 2000). Respecto al consumo de opiáceos, se estima que entre el 35% (Brooner, King, Kidorf, Schimdt y Bigelow, 1997) y el 65% (Khantzian y Treece, 1985) de estos individuos padece un trastorno de personalidad comórbido. El trastorno de personalidad más frecuente suele ser el trastorno antisocial (Rodríguez-Llera, Domingo-Salvany, Brugal, Silva, Sánchez-Niubó y Torrens, 2006). Respecto a los grupos de personalidad, Fernández y Gutiérrez (2005) afirman que los trastornos de personalidad del grupo B (histriónico, narcisista, límite y antisocial) y los del grupo A (paranoide, esquizoide y esquizotípico) están más asociados a los trastornos por uso de opiáceos que los del grupo C (por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo).

En cuanto al consumo de cocaína, se estima que los trastornos de personalidad afectan del 40 al 96% de los consumidores. Los tipos de trastornos que se asocian con mayor frecuencia a la dependencia de la cocaína son el trastorno antisocial (Craig, 2000; Fernández-Montalvo, Lorea, López y Landa, 2003), el trastorno límite (Kranzler, Satel y Apter, 1994; Sanz y Larrazabal, 2002) y el pasivo-agresivo (López y Becoña, 2006a).

Por lo que respecta a la relación de los trastornos de personalidad con el consumo de cannabis, las cifras oscilan entre el 17,7% (Arendt, Rosenberg, Foldager, Perto y Munk-Jorgensen, 2007) y el 90% (Watzke, Schmidt, Zimmerman y Preuss, 2008). Los tipos más frecuentes son el esquizotípico (Bailey y Swallow, 2004; Williams, Wellman y Rawlins, 1996), el trastorno antisocial (Comptom, Thomas, Conway y Colliver, 2005; Wittchen, Fröhlich, Behrendt, Günther, Rehm, Zimmerman, et al., 2007) y el trastorno límite (Chabrol, Massot y Mullet, 2004).

Los estudios realizados hasta la actualidad sobre la comorbilidad de trastornos de personalidad y la dependencia del alcohol señalan que existe una elevada prevalencia en esta clase de personas, con tasas que oscilan entre el 30% (Pettinati, Pierce, Belden y Meyers, 1999) y el 80% (De Jong,

Van den Brink, Hartevelde y Van der Wielen, 1993). Los tipos más frecuentes en personas dependientes del alcohol son el trastorno antisocial (Morgensten, Langenbucher, Labouvie y Miller, 1997; Zimmerman y Coryell, 1989), el paranoide (Nurnberg, Rifkin y Doddi, 1993), el dependiente (Bravo de Medina, Echeburúa y Aizpiri, 2007; Echeburúa, Bravo de Medina y Aizpiri, 2005), el narcisista (Pettinati et al., 1999), el obsesivo-compulsivo (Echeburúa, Bravo de Medina y Aizpiri, 2007) y el trastorno de personalidad no especificado (Driessen, Veltrup, Wetterling, John y Dilling, 1998).

En el caso del juego patológico, la tasa de alteraciones de personalidad en este trastorno oscila entre el 19,7% y el 92,7% (Petry, 2005). En cuanto a los subtipos de trastornos más frecuentes, destacan el trastorno antisocial de la personalidad (Steel y Blaszczynski, 1998), el esquizotípico (Bellaire y Caspaire, 1992, Steel y Blaszczynski, 1998), el trastorno de personalidad por evitación, el trastorno de personalidad por dependencia y el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (Blaszczynski y McConaghy, 1994; Steel y Blaszczynski, 1998; Specker, Carlson, Edmonson, Johnson y Marcotte, 1996).

Es evidente, por tanto, la relevancia de los trastornos de personalidad en todas las conductas adictivas y el interés que ha despertado en los últimos años esta relación; sin embargo, no ha sido publicada hasta el momento ninguna revisión centrada exclusivamente en el consumo de tabaco y los trastornos de personalidad. Este es el objetivo de la presente revisión.

## MÉTODO

Se revisaron las revistas que aparecen en las bases de datos de Medline y PsycInfo, así como las principales revistas españolas sobre adicciones, desde el año 1985 hasta el año 2008, ambos incluidos. La búsqueda en estas bases de datos se realizó combinando varias palabras clave: "tobacco", "smoking", "nicotine dependence", "psychopathology", "comorbidity", "personality disorders", "paranoid personality disorder", "schizotypy personality disorder", "schizoid personality disorder", "histrionic personality disorder", "antisocial personality disorder", "narcissistic personality disorder", "borderline personality disorder", "avoidant personality disorder", "dependent personality disorder", "obsessive-compulsive disorder" y "review". Además, se revisaron las referencias bibliográficas citadas en los artículos seleccionados. Después de revisar la amplia bibliografía que existe, únicamente seleccionamos los artículos empíricos que de algún modo han analizado la relación entre fumar cigarrillos y trastornos de personalidad. De este modo obtuvimos sólo doce investigaciones. Éstas se dividieron en dos grupos:

ocho de ellas centradas en la relación entre consumo de tabaco y trastornos de personalidad en general; y las cuatro restantes centradas en tipos específicos de trastornos de personalidad. De cada una de las investigaciones revisadas se recogieron varios aspectos para la presente revisión: autor y fecha de publicación, objetivos, características de la muestra (tamaño, variables sociodemográficas), instrumentos de evaluación utilizados, criterios de inclusión y exclusión empleados en la selección de la muestra y principales limitaciones.

## RESULTADOS

---

Tras la revisión realizada sobre la prevalencia de trastornos de personalidad en fumadores de cigarrillos podemos dividir la misma según si se han centrado en general en los trastornos de personalidad en fumadores o si han analizado la presencia de subtipos específicos. Las características principales de dichos estudios se presentan resumidamente en las tablas 1 y 2.

### *Estudios sobre trastornos de personalidad en fumadores*

Hughes, Hatsukami, Mitchell y Dahlgren (1986) compararon la prevalencia de consumo de tabaco en una muestra de pacientes psiquiátricos y en dos grupos control. Hasta ese entonces, estudios previos habían informado de una alta prevalencia de fumadores entre la población psiquiátrica (entre el 50 y el 84%, dependiendo del diagnóstico) frente a la población normal. Sin embargo, la validez de dichos estudios se veía comprometida al no poder garantizar que eran otros factores (bajo estatus socioeconómico, consumo de alcohol, etc.), y no el propio trastorno mental, los que disparaban el consumo de tabaco en este tipo de población. Además, al haber utilizado muestras muy diferentes, la generalización de los resultados resultaba imposible en la mayor parte de los casos. Por ello, Hughes et al. (1986) controlaron a nivel estadístico variables como la edad, el género, el estado civil, el estatus socioeconómico y el consumo de alcohol. El objetivo final era garantizar que la presencia de un trastorno psiquiátrico se asociaba *per se* con un elevado consumo de tabaco.

La muestra la formaron 277 pacientes, evaluados en una clínica psiquiátrica del Centro Médico de la Universidad de Minnesota entre marzo de 1980 y agosto de 1982. Los criterios de inclusión para poder participar en el estudio fueron: ser capaces de cubrir el cuestionario completo, tener 18 años o más, y tener un diagnóstico psiquiátrico simple (trastorno adaptativo, trastornos afectivos, tras-

tornos de ansiedad, trastornos psicóticos o trastornos de personalidad). Por otro lado, se incluyeron en el estudio dos grupos control, el primero de ellos formado por 1.140 personas residentes en Minnesota y el segundo por 17.000 ciudadanos estadounidenses.

Las principales variables del estudio fueron: el estatus actual de consumo de tabaco (fumador/no fumador), siendo fumador aquel sujeto que fumaba regularmente en ese momento (en este estudio no se diferenció entre fumadores dependientes y no dependientes de la nicotina) y, el diagnóstico psiquiátrico, que se realizó según criterios DSM-III (APA, 1980). Esta información se obtuvo de una entrevista clínica de entre una hora y dos horas de duración. La información sobre el estatus de fumador en los grupos control se obtuvo mediante una breve entrevista telefónica.

La muestra clínica resultó ser más joven que el grupo control de Minnesota, con una edad media de 31,9 años frente a los 43,7 de este último. Tenían una mayor probabilidad de estar casados, de pertenecer a grupos socioeconómicos muy altos o muy bajos y de consumir alcohol. La distribución por género fue similar en ambos grupos.

De los resultados obtenidos, se concluyó que las personas con un trastorno mental fumaban más que los participantes control de Minnesota y de EE. UU. (52% vs. 30% vs. 33% respectivamente), pero la prevalencia de consumo variaba en función del diagnóstico psiquiátrico y de la severidad del trastorno; así, los pacientes con esquizofrenia o manía y las personas que habían sido hospitalizadas previamente por sus síntomas psiquiátricos, obtuvieron las mayores tasas de prevalencia de consumo de tabaco. Del total de la muestra, el 21,2% presentaba un trastorno de personalidad, de los cuales fumaba el 46% en el momento de la evaluación.

Hughes et al. (1986) concluyeron que, tras controlar estadísticamente la influencia de variables como la edad, el género o el estatus socioeconómico entre otras, era evidente la elevada prevalencia del consumo de tabaco en pacientes con un trastorno mental, que fue 1,6 veces mayor que en los grupos control.

Dos de las limitaciones más importantes de este estudio son: en primer lugar, la validez cuestionable de los resultados, al no haberse empleado entrevistas diagnósticas estandarizadas para evaluar presencia de patología psiquiátrica ni medidas objetivas del estatus de fumador (ej., evaluación de monóxido de carbono en aire espirado); y en segundo lugar que sólo se incluyeron aquellos pacientes con un diagnóstico psiquiátrico simple, lo cual impide la generalización de los resultados a muestras de pacientes con más de un trastorno mental. La exclusión de los pacientes psiquiátricos más severos, es decir, aquellos con más de un trastorno mental, puede haber repercutido significativamente en una menor prevalencia del consumo de tabaco, pues la severidad del trastorno mental se asocia a un mayor consumo de tabaco y a una

mayor probabilidad de ser dependiente de la nicotina (Fiore, Jaén, Baker, Bailey, Benowitz, Curry et al., 2008).

Black, Zimmerman y Coryell (1999), en la misma línea de estudios previos, examinaron la relación entre el consumo de cigarrillos y un amplio rango de trastornos mentales, entre los que incluyeron los trastornos de personalidad, en una muestra de fumadores y no fumadores. Partieron de la hipótesis de que existía una fuerte asociación entre fumar y comorbilidad psiquiátrica, y que además, esta relación estaba claramente influida por la variable edad, siendo más fuerte en la cohorte de pacientes más jóvenes. Utilizaron una muestra de 697 pacientes psiquiátricos e incorporaron un grupo control de 360 individuos. El 56% eran mujeres, y la media de edad era de 41,7 años.

La evaluación de los trastornos del Eje I la realizaron a través de la *Diagnostic Interview Schedule* (DIS; Robins, Helzer, Croughan y Ratcliff, 1981), en la que incluyeron una serie de preguntas acerca del consumo de tabaco. Consideraron fumador a aquella persona que había fumado diariamente, alguna vez en la vida, durante como mínimo un mes. Las personas que habían probado el tabaco pero que no se ajustaban a este requisito se consideraron no fumadores. El 47,4 de la muestra eran fumadores y el 52,6% no fumadores. Examinaron la presencia de 11 trastornos del Eje I: manía, depresión mayor, distimia, abuso/dependencia del alcohol, trastorno obsesivo-compulsivo, agorafobia, fobia social, fobia simple, trastorno de pánico y bulimia.

Para evaluar los trastornos del Eje II recurrieron a la *Structured Interview for DSM-III Personality Disorders* (SIDP; Stangl, Pfohl, Zimmerman, Bowers y Corenthal, 1985), una entrevista semi-estructurada formada por 160 preguntas, que proporciona información relativa a los 11 trastornos de personalidad del DSM-III. Los autores siguieron la clasificación por grupos: grupo A (paranoide, esquizoide y esquizotípico), grupo B (antisocial, histriónico, narcisista y límite) y grupo C (dependiente, evitativo, compulsivo y pasivo-agresivo).

Los resultados obtenidos señalaron que el 47% de las personas que habían fumado cigarrillos de manera regular durante al menos un mes en algún momento de su vida. Los fumadores presentaban una mayor probabilidad de haber sufrido algún trastorno mental, siendo los trastornos más frecuentes la depresión mayor, abuso/dependencia de alcohol y drogas, agorafobia, y trastornos de personalidad de los grupos B y C (9,6% vs. 3,8% en fumadores y no fumadores respectivamente, para el grupo B; 12,9 % vs. 7,4% en fumadores y no fumadores respectivamente, para el grupo C). Sin embargo, la asociación entre fumar y trastornos de personalidad únicamente resultó significativa en los dos grupos más jóvenes (28 años o menos, y entre 29 y 37 años).

Black et al. (1999) concluyeron que, efectivamente, la relación entre psicopatología y consumo de cigarrillos,

estaba inversamente asociada a la edad de los individuos, de manera que con el paso del tiempo dicha relación perdía fuerza. Entre las limitaciones de esta investigación está la baja prevalencia de algunos trastornos psiquiátricos y la dificultad de generalización de los resultados a otras poblaciones, ya que la mayor parte de los participantes (97%) eran de raza blanca y nacidos en Iowa (EE. UU.).

Gariti, Alterman, Mulvaney y Epperson (2000) realizaron un estudio para examinar la respuesta a un tratamiento para dejar de fumar en una muestra de fumadores con y sin historia de psicopatología en los Ejes I y II. Partieron de la hipótesis de que tener historial psiquiátrico estaría asociado a un abandono prematuro del tratamiento y a una peor respuesta al mismo (a los dos, seis y doce meses). La muestra estuvo formada por 208 individuos que participaron en un estudio para dejar de fumar, en el que se comparaba la eficacia de tres niveles distintos de intervención psicosocial. El tratamiento incluía también terapia sustitutiva de nicotina (parche de nicotina transdérmico). Los participantes eran psicológicamente estables y con buena salud física (no se incluyeron mujeres embarazadas), de edades comprendidas entre 19 y 65 años. Todos los fumadores cumplían criterios DSM-IV (APA, 1994) para dependencia de la nicotina. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: padecer alguna enfermedad médica que impidiese el uso del parche (enfermedad cardiovascular inestable, alergia al parche, úlcera péptica), mostrar síntomas evidentes de un trastorno cognitivo serio (delirium, demencia), tener un trastorno psicótico actual (esquizofrenia, trastorno delirante) o presentar ideación suicida u homicida, no cumplir los síntomas de dependencia de la nicotina y estar utilizando en el momento del tratamiento bupropión u otros productos para dejar de fumar. Antes de ser incluidos en el tratamiento, los fumadores tenían que pasar un examen médico para comprobar su estado de salud física, una entrevista diagnóstica semi-estructurada (SCID- I/P o *Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I disorders Patient edition*; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1995) y un análisis de orina para confirmar que no existía consumo de otras drogas (alcohol, cocaína, anfetaminas, benzodiazepinas, barbitúricos, opioides y cannabis). La evaluación de los trastornos de personalidad se realizó mediante la SCID-II o *Structured Clinical Interview for axis II DSM-IV disorders* (First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1996).

El 46,6% de la muestra eran mujeres y la media de edad era de 41,4 años. Los participantes llevaban una media de 20 años fumando y habían hecho unos cinco intentos previos de abandono. La media de consumo fue de 27,1 cigarrillos al día y obtuvieron una puntuación media de 6,8 en el *Test de Dependencia de la Nicotina de Fagerström* o FTND (Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991). Los fumadores fueron asignados al azar a los tres grupos de tratamiento, que iban de menor a mayor intensidad de la intervención psicosocial (grupo 1: baja intensidad más una

sesión de video guiada por la enfermera del centro; grupo 2: intensidad moderada más cuatro sesiones de video guiadas por la enfermera del centro; y, grupo 3: alta intensidad más 12 sesiones de tratamiento cognitivo-conductual en formato individual con la enfermera del centro), si bien todos recibían un tratamiento con parche de nicotina de ocho semanas de duración.

Los resultados indicaron que el 16,3% de los fumadores presentaba un trastorno de personalidad, aunque no se especificó la distribución por grupos. Sin embargo, no se encontraron diferencias en el resultado del tratamiento en función de la existencia o no de psicopatología previa, tanto del Eje I como del Eje II. Este hallazgo va en la misma línea de lo apuntado anteriormente por Breslau et al. (1998), que encontraron que el porcentaje de abandono del consumo de tabaco era similar en fumadores con y sin historia de depresión mayor; o los resultados encontrados por Humfleet et al. (1999), según los cuales el haber tenido problemas de abuso de sustancias no influía significativamente en el resultado de un tratamiento para dejar de fumar. Otros estudios en cambio, sí que encontraron que tener historia de psicopatología previa influía negativamente en el curso del tratamiento (Lasser, Wesley, Woolhandler, Himmelstein, McCormick y Bor, 2000).

Sussman, McCuller y Dent (2003) evaluaron la relación entre autocontrol social, trastornos de personalidad y consumo de sustancias, entre las que incluyeron tabaco, en una muestra de 1.207 estudiantes estadounidenses. El 59% de la muestra eran varones y la media de edad era de 16,8 años. Para evaluar los trastornos de personalidad utilizaron el *Personality Diagnostic Questionnaire* (PDQ, Hyler, 1994), un cuestionario de 98 ítems, con formato de respuesta de verdadero o falso, que evalúa varios patrones conductuales asociados a los trastornos de personalidad tal y como los define el DSM-IV. Este cuestionario está formado por doce subescalas (paranoide, esquizoide, esquizotípica, histriónica, narcisista, límite, antisocial, evitativa, dependiente, obsesivo-compulsiva, negativista y depresiva). El consumo de sustancias se evaluó preguntando a los participantes sobre el consumo de tabaco, alcohol, marihuana y otras drogas, en las que incluyeron cocaína, estimulantes, inhalantes, alucinógenos, fenciclidina u opioides, en los últimos 30 días.

Los resultados indicaron que el consumo de tabaco en el último mes se relacionaba significativamente con el trastorno paranoide, con el trastorno límite y con el trastorno antisocial de la personalidad. Además, estos tres trastornos de personalidad predecían el consumo de tabaco en los 30 días previos a la entrevista. Por tipos de trastornos de personalidad, y según la categorización de presencia/ausencia de trastorno, el 48% de la muestra tenía un trastorno paranoide, el 41% un trastorno antisocial, el 24% un trastorno límite, el 22% un trastorno evitativo y el 9% un trastorno dependiente de la personalidad. Las principales limitaciones

de este estudio son, por un lado, la falta de datos prospectivos que clarifiquen la relación entre trastornos de personalidad y consumo de drogas y, por otro, el uso de un instrumento de autoinforme para la evaluación de los trastornos de personalidad.

Grant, Hasin, Chou, Stinson y Dawson (2004) presentaron el primer estudio en EE. UU., conocido como NESARC (*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*), sobre la prevalencia y la co-ocurrencia de dependencia de la nicotina y los trastornos de personalidad. La muestra que utilizaron estaba formada por 43.093 personas residentes en EE. UU., incluyendo Alaska y Hawaii, de 18 años de edad en adelante. Los diagnósticos de dependencia de la nicotina (y otras sustancias) y de trastornos de personalidad se realizaron mediante la entrevista AUDADIS-IV (*Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM-IV Version*; Grant, Dawson y Hasin, 2001). La AUDADIS-IV incluye una extensa lista de cuestiones que evalúan separadamente dependencia de la nicotina y dependencia de alcohol y otras drogas (sedantes, tranquilizantes, opioides distintos a heroína y metadona, estimulantes, alucinógenos, cannabis, cocaína, inhalantes y heroína). Para poder realizar un diagnóstico de dependencia de la nicotina en el último año, era necesario que los individuos respondiesen positivamente a al menos tres de los siete criterios recogidos en el DSM-IV. Estos autores enfatizaron el hecho de que los criterios generales de dependencia de sustancias no pueden ser aplicados o al menos necesitan ser modificados en el caso de la nicotina. Así, por ejemplo, el criterio de "utilización de la nicotina para paliar o evitar el síndrome de abstinencia" se operacionalizó a través de los 4 síntomas siguientes: 1) consumo de nicotina nada más levantarse, 2) consumo de nicotina tras haber estado en una situación en la que se haya restringido el mismo, 3) consumo de nicotina para evitar el síndrome de abstinencia, y 4) levantarse en mitad de la noche para consumir tabaco. El criterio diagnóstico que hace referencia a "dejar de realizar actividades para consumir tabaco" se evaluó a través de los siguientes ítems: 1) dejar de lado o restringir actividades que eran importantes, como estar con amigos u otras relacionadas con actividades sociales, porque en ellas no está permitido el consumo de tabaco, y 2) abandonar o restringir actividades en las que la persona estaba interesada porque no se puede consumir tabaco mientras se realizan las mismas. El criterio "pasar mucho tiempo consumiendo tabaco" se evaluó mediante un único síntoma relacionado con fumar un cigarrillo tras otro. El criterio de "consumir tabaco más tiempo del que se tenía previsto" se operacionalizó como un período en el que sujeto había consumido tabaco durante más tiempo del que se había propuesto.

Entre los individuos considerados "fumadores" (aquellos que habían fumado al menos 100 cigarrillos a lo largo de su vida), el consumo actual se definía en función de lo acontecido en los 12 meses previos a la realización de la entrevista.

ta. Así, el número total de cigarrillos consumidos durante el año anterior se determinaba en función de las respuestas que los fumadores daban a las siguientes cuestiones: a) ¿cuántos cigarrillos ha fumado normalmente durante el año pasado?, y b) ¿con qué frecuencia ha consumido cigarrillos el año pasado? (ej., diariamente, cinco o seis días a la semana).

La evaluación de los trastornos de personalidad la realizaron también mediante la AUDADIS-IV, y consistía en una serie de cuestiones acerca de cómo se había sentido y cómo había actuado la persona la mayor parte del tiempo a lo largo de su vida. Se les indicaba expresamente que no tuviesen en cuenta aquellas situaciones en las que se hubiesen sentido deprimidos, ansiosos, en las que hubiesen bebido excesivamente o hubiesen consumido otro tipo de medicinas o drogas, situaciones en las que hubiesen padecido el síndrome de abstinencia de la nicotina o en las que hubiesen sufrido una enfermedad física. Para realizar un diagnóstico de trastorno de personalidad, los individuos tenían que cumplir los criterios exigidos por el DSM-IV para cada trastorno en particular, y al menos uno de los síntomas positivos debía ser la disfunción social y/o laboral.

Los resultados señalaron que el 24,9% de la muestra fumaba regularmente, y que el 12,8% cumplían criterios de dependencia de la nicotina (14,1% varones vs. 11,5% mujeres). Al evaluar la prevalencia de los trastornos de personalidad, encontraron que el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo era el más frecuente (7,9%), seguido del paranoide (4,4%), antisocial (3,6%), esquizoide (3,1%) y evitativo (2,4%). Los trastornos de personalidad histriónico y dependiente fueron poco frecuentes en esta muestra (1,8% y 0,5% respectivamente).

Dentro del grupo de fumadores dependientes de la nicotina, el 22,8% presentó además un trastorno por consumo de alcohol, mientras que la prevalencia de padecer un trastorno de la personalidad siendo fumador dependiente, ascendió al 31,7%. De nuevo, el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo fue el más prevalente, alcanzando un porcentaje del 14,4%. Le siguieron el trastorno antisocial de la personalidad (12,2%) y el trastorno paranoide (11,7%). Las odds ratio referentes a la relación entre dependencia de la nicotina y trastornos del Eje II oscilaron entre 2,3 y 5,7.

Grant et al. (2004) concluyeron que este subgrupo de población fumadora necesitaba una mayor atención por parte de los profesionales, pues tenían una mayor probabilidad de convertirse en personas dependientes de la nicotina. Estos autores defendieron además la idea de que la industria tabaquera diseñaba productos específicos con el objetivo de satisfacer las necesidades psicológicas de cada fumador; por ello, era necesario conocer qué relación existe entre determinadas características de personalidad y su relación con la conducta de fumar (ej., cantidad consumida, profundidad de la calada, etc.).

Moran, Coffey, Mann, Carlin y Patton (2006) en un estudio realizado entre 2001 y 2003, examinaron la co-ocurrencia entre grupos de trastornos de personalidad y trastornos por uso de sustancias en una muestra representativa de 1.520 jóvenes adultos australianos. La media de edad de la muestra era de 24,1 años y el 51% eran mujeres. Para evaluar la presencia de psicopatología del Eje II utilizaron la *Standardised Assessment of Personality* (SAP, Pilgrim y Mann, 1990), versión CIE-10, una entrevista semiestructurada que ha de ser administrada a alguna persona que conozca al individuo desde hace al menos cinco años. De los 1.520 individuos seleccionados inicialmente, 1.145 facilitaron los datos de una persona cercana a ellos, a través de quienes se evaluó la presencia de algún trastorno de personalidad. Respecto al consumo de sustancias, entre otras variables, se preguntó por el consumo de tabaco en los últimos siete días y se empleó como instrumento principal el *Test de Dependencia de la Nicotina de Fagerström* (FTND; Heatherton et al., 1991).

Los resultados obtenidos señalaron que el 18,6% de las personas presentaba un trastorno de personalidad, siendo los más prevalentes los que conforman el grupo C (9,8%), respecto al grupo A (8,3%) y al grupo B (8,1%). Entre los hallazgos más relevantes de este estudio epidemiológico, destaca la fuerte relación encontrada entre los trastornos de personalidad del grupo B y el consumo de cigarrillos, alcanzando una odd ratio de 2,7 en el caso de consumo diario de tabaco y de 2,8 para aquellos que presentaban además dependencia de la nicotina.

Estos autores criticaron el estudio previo de Grant et al. (2004) por no haber utilizado un instrumento de evaluación de los trastornos de personalidad reconocido, mientras que ellos realizaron una evaluación fidedigna al contar con un amigo, un familiar o una persona cercana, elegida directamente por el participante en el estudio. Al utilizar un método de evaluación de la personalidad más objetivo y realista consiguieron reducir significativamente el riesgo de error.

No obstante, su estudio presenta algunas limitaciones como por ejemplo, el hecho de haber utilizado datos de consumo autoinformados, que siempre pueden haber sido falseados por los participantes; o la propia naturaleza transversal del estudio, que impide examinar las posibles relaciones etiológicas entre los trastornos de personalidad y los trastornos por uso de sustancias.

Goodwin, Keyes y Simuro (2007) examinaron la prevalencia de trastornos mentales, entre los que incluyeron los trastornos de personalidad, en mujeres fumadoras durante el embarazo, comparada con un grupo de mujeres embarazadas no fumadoras en EE. UU. La muestra fue seleccionada del estudio NESARC (Grant, Moore y Kaplan, 2003) y estuvo formada por 1.516 mujeres embarazadas. La evaluación de los trastornos mentales se realizó mediante la entrevista AUDA-

DIS-IV (Grant et al., 2001). Clasificaron como "fumadoras" a aquellas mujeres que habían fumado 100 cigarrillos o más a lo largo de su vida, y como "fumadoras actuales" a las que habían fumado durante el año previo. Se evaluó la presencia de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y de varios trastornos de personalidad (trastorno de personalidad por evitación, trastorno de personalidad por dependencia, trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, trastorno paranoide de la personalidad, trastorno esquizoide de la personalidad, trastorno histriónico de la personalidad y trastorno antisocial).

Los resultados encontrados mostraron que el 21,7% de las mujeres embarazadas eran fumadoras, y que el 12,4% presentaban dependencia de la nicotina. Entre el grupo de fumadoras embarazadas, el 57,2% cumplía criterios de dependencia de la nicotina. Aproximadamente, el 30% de las mujeres embarazadas que fumaban en el momento de la evaluación presentaban un trastorno mental, siendo los trastornos de personalidad los más prevalentes (23,7% en mujeres fumadoras no dependientes). En mujeres fumadoras dependientes la prevalencia de los trastornos del Eje II ascendió hasta el 41,8%. Todos los trastornos mentales, incluyendo los trastornos de personalidad, fueron significativamente más frecuentes en mujeres embarazadas con dependencia de la nicotina que entre mujeres embarazadas no fumadoras; en concreto, la *odds ratio* (O.R.) del Eje II en mujeres fumadoras dependientes fue de 4,15 respecto al grupo de no fumadoras.

La principal limitación de este estudio es su naturaleza transversal, que impide determinar el mecanismo de asociación entre consumo de cigarrillos y los trastornos mentales. Además, no se utilizaron medidas biológicas del consumo de tabaco y existen imprecisiones en algunas de las mediciones realizadas. Así, por ejemplo, no se tuvo en cuenta que algunas mujeres dejaron de fumar al comienzo del embarazo. Es posible también que las mujeres fumadoras mintiesen sobre su consumo real de tabaco por el estigma social asociado al consumo de tabaco durante la gestación; y que aquellas fumadoras con trastornos del estado de ánimo infravalorasen su consumo real de tabaco, lo que puede haber afectado a la relación real entre el consumo de cigarrillos y la presencia de psicopatología durante el embarazo.

Perea, Oña y Ortiz (2009) evaluaron si los rasgos clínicos de personalidad correlacionaban con la probabilidad de recaída en sujetos que se sometían a un proceso de deshabitación tabáquica. Para ello, compararon la existencia de rasgos de personalidad en los grupos que mantenían la abstinencia y los que no durante el proceso de tratamiento. También relacionaron los patrones graves de personalidad según Millon (esquizotípico, límite y paranoide) con las recaídas en el proceso de dejar de fumar. La muestra estuvo formada por 105 sujetos (39,1% varones y 60,1% mujeres),

con edades comprendidas entre 25 y 78 años, que participaron en un tratamiento combinado (psicológico y farmacológico) para dejar de fumar, durante el período de un año. Además de características sociodemográficas (género, edad y nivel académico alcanzado) y de consumo (cantidad de tabaco consumida y edad de inicio) administraron el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II, Millon, 1999).

La muestra se formó con las personas que solicitaron voluntariamente ayuda para dejar de fumar en tres centros de la provincia de Málaga. De los 105 participantes, el 26,6% cometieron deslices y el 16,2% recayeron. Se consideró que el sujeto había recaído cuando, tras estar más de 24 horas sin fumar, hubo un patrón de consumo de al menos cinco cigarrillos al día y durante más de tres días. Se consideró "desliz" a la conducta de fumar que no llegó a un patrón de consumo para ser considerado recaída. El seguimiento se realizó a los seis meses de iniciar el abandono del tabaco, bien personalmente bien vía telefónica en caso de no acudir a la sesión semestral.

Los resultados encontrados mostraron que aquellos sujetos que habían cometido algún desliz o que habían recaído a los seis meses obtenían mayores porcentajes en los siguientes rasgos clínicos de personalidad (tasa base  $\geq 75$ ): evitativo (23,1% en grupo de recaída vs. 3,5% en grupo de abstinentes), autodestructivo (23,1% vs. 7% respectivamente) y pasivo-agresivo (30,8% vs. 7% respectivamente). En cambio, los sujetos con una tasa base igual o superior a 75 en la escala dependiente obtuvieron el 100% de éxito, es decir, ninguno de ellos cometió un desliz ni recayó en el consumo de tabaco tras dejar de fumar. Además, se encontró una relación estadísticamente significativa en los patrones esquizotípico y límite en los sujetos que habían recaído o que habían cometido algún desliz en el consumo de tabaco.

Entre las limitaciones de este estudio destaca el reducido número de individuos que recayeron, lo que limita la generalización de los resultados encontrados. Además, no se indica el nivel de consumo de tabaco pretratamiento ni si se realizó verificación bioquímica de la abstinencia a los seis meses de haber finalizado el tratamiento.

Tabla 1. Estudios sobre consumo de tabaco y trastornos de personalidad generales.

ESTUDIO	OBJETIVO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS	COMENTARIOS
Hughes et al. (1986). Prevalence of smoking among psychiatric patients.	Comparar la prevalencia de consumo de tabaco en una muestra de pacientes psiquiátricos y en dos grupos control. Analizaron la influencia de variables como la edad, el género, el estado civil, el estatus socioeconómico y el consumo de alcohol.	277 pacientes estadounidenses mayores de 18 años. Se incluyeron dos grupos control: uno formado por 1.140 personas residentes en Minnesota y otro formado por 17.000 ciudadanos estadounidenses.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista clínica: criterios DSM-III para el diagnóstico de diferentes trastornos mentales; cuestionario para conocer el estatus actual de fumador.</li> <li>- En los grupos control el estatus de fumador se obtuvo mediante entrevista telefónica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los individuos con un trastorno mental fumaban más que los participantes control de Minnesota y los residentes en EE. UU. (52% vs. 30% vs. 33%).</li> <li>- La prevalencia del consumo varió en función del diagnóstico psiquiátrico: fumaban más los pacientes con manía y esquizofrenia.</li> <li>- El 21,2% de la muestra clínica presentaba al menos un TP, de los cuales fumaba el 46%.</li> </ul>	<p><i>Criterios de inclusión:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser capaces de cubrir el cuestionario completo.</li> <li>- Tener 18 o más años.</li> <li>- Tener un diagnóstico psiquiátrico simple (trastorno adaptativo, trastorno afectivo, trastorno de ansiedad, trastorno psicótico o trastorno de personalidad).</li> </ul> <p><i>Limitaciones:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No emplean entrevistas diagnósticas estandarizadas ni medidas objetivas del estatus de fumador.</li> <li>- Sólo incluyen pacientes con un diagnóstico psiquiátrico simple.</li> </ul>
Black et al. (1999). Cigarette smoking and psychiatric disorder in a community sample.	Examinar la relación entre el consumo de cigarrillos y un amplio rango de trastornos mentales, incluidos los trastornos de personalidad. Posible influencia de la variable edad.	1.057 individuos, de los cuales 697 eran pacientes psiquiátricos y 360 eran individuos control. El 56% eran mujeres, y la media de edad de la muestra era de 41,7 años. El 97% eran de raza blanca y nacidos en Iowa (EE. UU.).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación Eje I: DIS. Incluyeron preguntas acerca del consumo de tabaco.</li> <li>- Evaluación Eje II: SIDP (clasificación por grupos de personalidad).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El 47% de la muestra había fumado de manera regular durante al menos un mes en algún momento de su vida.</li> <li>- Los fumadores presentaban una mayor probabilidad de haber sufrido un trastorno mental en algún momento de su vida.</li> <li>- En el grupo de fumadores: 9,6% presentaba un TP del grupo B y el 12,9% del grupo C (vs. 3,8% y 7,4% respectivamente en el grupo de no fumadores).</li> <li>- La asociación entre fumar y TP únicamente resultó significativa en los grupos de edad más jóvenes (menores de 28 años, y entre 29 y 37 años).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fumador: individuo que ha fumado cigarrillos diariamente alguna vez en su vida durante al menos un mes.</li> <li>- Es uno de los pocos estudios en los que se han utilizado criterios diagnósticos e instrumentos estandarizados para evaluar los trastornos del Eje I y del Eje II.</li> </ul> <p><i>Limitaciones:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Baja prevalencia de algunos trastornos psiquiátricos.</li> <li>- Dificultad de generalización de los resultados a otras poblaciones.</li> <li>- El entrevistador no es ciego al estatus de fumador del individuo.</li> </ul>
Gariti et al. (2000). The relationship between psychopathology and smoking cessation treatment response.	Examinar la respuesta a un tratamiento para dejar de fumar en fumadores con historia de psicopatología en los Ejes I y II. Se comparó la eficacia de tres niveles distintos de intervención psicosocial + terapia sustitutiva de nicotina.	208 individuos estadounidenses, psicológicamente estables y con buena salud física, de edades comprendidas entre los 19 y los 65 años. El 46% eran mujeres, y la media de edad era de 41,4 años.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criterios DSM-IV para dependencia de la nicotina.</li> <li>- Examen físico.</li> <li>- SCID-I/P.</li> <li>- Análisis de orina para confirmar si existía consumo de drogas.</li> <li>- SCID-II.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El 16,3% de los fumadores presentaba un TP (no se especificó la distribución por grupos).</li> <li>- No se encontraron diferencias en el resultado del tratamiento en función de la existencia o no de psicopatología previa, tanto del Eje I como del Eje II.</li> </ul>	<p><i>Criterios de exclusión:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mujeres embarazadas.</li> <li>- Padecer alguna enfermedad médica que impida el uso del parche (enfermedad cardiovascular inestable, alergia al parche, úlcera péptica).</li> <li>- Mostrar síntomas evidentes de un trastorno cognitivo serio (delirium, demencia).</li> <li>- Tener un trastorno psicótico en la actualidad (esquizofrenia, trastorno delirante).</li> <li>- Presentar ideación suicida u homicida.</li> <li>- No cumplir criterios de dependencia de la nicotina.</li> <li>- Estar utilizando, en el momento del tratamiento, bupropión u otros productos para dejar de fumar.</li> </ul>
Sussman et al. (2003). The associations of social self-control, personality disorders, and demographics with drug use among high-risk youth.	Evaluar la relación entre autocontrol social, trastornos de personalidad y consumo de sustancias.	1.207 estudiantes estadounidenses. El 59% eran varones, y la media de edad era de 16,8 años.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consumo de drogas (incluido tabaco) en los últimos 30 días.</li> <li>- Escala de 10 ítems para evaluar el autocontrol social.</li> <li>- PDQ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El 48% de la muestra tenía un TPP, el 41% un TAP, el 24% un TLP, el 22% un TPE y el 9% un TDP.</li> <li>- El consumo de tabaco en el último mes se relacionó significativamente con el TPP, el TLP y el TAP.</li> </ul>	<p><i>Limitaciones:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de datos prospectivos que clarifiquen la relación entre el consumo de sustancias y trastornos de personalidad.</li> <li>- Utilización de un cuestionario de autoinforme para la evaluación de los TP.</li> </ul>

ESTUDIO	OBJETIVO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS	COMENTARIOS
Grant et al. (2004). Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC).	Examinar la prevalencia y co-ocurrencia de dependencia de la nicotina y los TP, además de otros trastornos mentales.	43.093 individuos, residentes en EE.UU., de 18 años de edad en adelante.	- AUDADIS-IV (para evaluar dependencia de la nicotina y diversos trastornos mentales).	- El 24,9% fumaba regularmente, y el 12,8% cumplieron criterios de dependencia de la nicotina. - El 7,9% de la muestra total presentaba un TOCP, 4,4% un TPP, 3,6% un TAP, 3,1% un TEP y el 2,4% un TPE. - En el grupo de fumadores dependientes: el 31,7% presentaba al menos un TP, siendo el TOCP el más prevalente (14,4%), seguido del TAP (12,2%) y el TPP (11,7%). - Relación dependencia de la nicotina- TP: O.R.: 2,3 – 5,7.	- Fumador: individuo que había consumido al menos 100 cigarrillos en algún momento de su vida. - Es el primer estudio norteamericano que explora directamente la relación entre dependencia de la nicotina y trastornos de personalidad.
Moran et al. (2006). Personality and substance use disorders in young adults.	Examinar la co-ocurrencia entre grupos de trastornos de personalidad y trastornos por uso de sustancias, incluyendo el tabaco.	Muestra representativa de 1520 jóvenes adultos australianos, donde el 51% eran mujeres, y la media de edad era de 24,1 años. Se evaluó la presencia de algún TP en una submuestra de 1.145 individuos.	- Eje II: SAP, versión CIE-10 (administrada a alguna persona que conozca al individuo desde hace al menos 5 años). - Consumo de tabaco en los últimos siete días. - FTND	- El 18,6% de las personas presentaba un TP, siendo los más prevalentes los del grupo C (9,8%) respecto al grupo A (8,3%) y al grupo B (8,1%). - Se encontró una fuerte relación entre los TP del grupo B y el consumo de cigarrillos, alcanzando una O.R. de 2,7 en los fumadores diarios de tabaco, y de 2,8 en los que tienen dependencia de la nicotina.	- Respecto a estudios previos, como el de Grant et al. (2004), aquí contaron con un método de evaluación de la personalidad más objetivo y realista, reduciendo el riesgo de error. <i>Limitaciones:</i> - Utilización de datos de consumo autoinformados, sin validación bioquímica del mismo. - Naturaleza transversal del estudio, que impide examinar las posibles relaciones etiológicas entre los TP y los TUS.
Goodwin et al. (2007). Mental disorders and nicotine dependence among pregnant women in the United States.	Estimar la prevalencia de trastornos mentales en mujeres fumadoras embarazadas.	Muestra de 1.516 mujeres estadounidenses embarazadas, extraída del estudio NESARC.	- AUDADIS-IV (para evaluar dependencia de la nicotina y diversos trastornos mentales).	- El 21,7% fumaba regularmente, y el 12,4% presentaba dependencia de la nicotina. - El 30% de las fumadoras embarazadas presentaban al menos un trastorno mental, de las cuales el 23,7% presentan un TP. - El 41,8% de las mujeres fumadoras dependientes de la nicotina presentaba al menos un TP. - La O.R. para Eje II en embarazadas fumadoras dependientes fue de 4,15, respecto a las no fumadoras.	- Fumadora: mujer que había consumido al menos 100 cigarrillos durante su vida. <i>Limitaciones:</i> - La naturaleza transversal del estudio impide determinar el mecanismo de asociación entre consumo de cigarrillos y trastornos mentales. - No utilizaron medidas biológicas del consumo de cigarrillos. - Imprecisión en algunas mediciones.
Perea et al. (2009). Diferencias de rasgos clínicos de personalidad en el mantenimiento de la abstinencia y recaídas en tratamiento del tabaquismo.	Evaluar si los rasgos clínicos de personalidad se relacionan con el mantenimiento de la abstinencia y las recaídas en un tratamiento para dejar de fumar.	105 fumadores españoles (39,1% varones, 61,9% mujeres), de entre 25 y 78 años, que participaron en un tratamiento combinado, psicológico y farmacológico, para dejar de fumar.	- Hoja de datos sociodemográficos y de consumo de tabaco. - MCMI-II (TB ≥ 75)	- A los seis meses, el 26,6% habían cometido deslices, y el 16,2% había recaído. - Los individuos que habían cometido algún deslíz o que han recaído puntuaron significativamente más en las escalas evitativa, autodestructiva y pasivo-agresiva. - Se encontró una relación significativa entre los patrones de personalidad más graves, esquizotípico y límite, en los sujetos que habían recaído o que habían cometido algún deslíz en el consumo de tabaco.	<i>Limitaciones:</i> - Escaso número de participantes en el grupo de recaída, lo que limita la generalización de los resultados encontrados. - No se indica el nivel de consumo de tabaco pretratamiento. - No verificación bioquímica de la abstinencia a los 6 meses de finalizado el tratamiento.

TP = Trastorno de personalidad

TAP = Trastorno antisocial de la personalidad

TOCP = Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

TPP = Trastorno paranoide de la personalidad

TEP = Trastorno esquizoide de la personalidad

TPE = Trastorno de personalidad por evitación

TDP = Trastorno de la personalidad por dependencia

DIS = National Institute of Mental Health's Diagnostic Interview Schedule

SIDP = Structured Interview for DSM-III Personality Disorders

PDQ = Personality Diagnostic Questionnaire

AUDADIS-IV = Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM-IV Version

SAP = Standardised Assessment of Personality

FTND = Fagerström Test for Nicotine Dependence

SCID-I/P = Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders. Patient Edition

SCID-II = Structured Clinical Interview for Axis II DSM-IV disorders

MCMI-II = Millon Clinical Multiaxial Inventory-II

TB = Tasa Base

O.R. = Odd Ratio

## Estudios sobre tipos específicos de trastornos de personalidad en fumadores

Covey et al. (1994) realizaron un estudio cuyo objetivo general fue examinar la relación entre consumo de tabaco y varios trastornos psiquiátricos (depresión mayor, distimia, trastorno de ansiedad generalizada, fobia simple, fobia social, agorafobia, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, abuso/dependencia del alcohol, esquizofrenia y trastorno antisocial de la personalidad).

Partieron de una muestra inicial formada por 2.980 individuos residentes en Durham (Carolina del Norte), una de las ciudades elegidas para formar parte del estudio Epidemiological Catchment Area (Regier, Farmer, Rae, Locke, Keith, Judd et al., 1990). El 55% eran mujeres, con una edad media de 42,8 años.

En su estudio, utilizaron como instrumento básico de evaluación una entrevista diagnóstica estructurada (*Diagnostic Interview Schedule*, DIS; Robins et al., 1981), en la que incluyeron cuestiones referidas a la conducta de fumar. Un sujeto fue clasificado como fumador si había consumido tabaco diariamente durante como mínimo un mes a lo largo de su vida. Por otro lado, se consideró que un fumador había intentado abandonar el consumo si había logrado fumar menos de 10 cigarrillos diarios durante el año previo a la entrevista.

Respecto a los resultados obtenidos, el 2,4% de la muestra total presentaba un trastorno antisocial de la personalidad (1,8% en no fumadores vs. 2,7% en fumadores vs. 2,3% en fumadores que habían intentado dejar de fumar), pero no se encontró una relación significativa entre fumar e intentos de abandono y este trastorno de personalidad, mientras que sí se observó una asociación estadísticamente significativa, tanto en hombres como en mujeres, entre el trastorno de ansiedad generalizada y el abuso/dependencia del alcohol, y el consumo de tabaco. Uno de los puntos fuertes de este estudio fue que, respecto al estudio ECA, se incorporó el consumo de tabaco como una de las variables fundamentales, al margen de que no se encontrase ninguna relación significativa entre fumar y el trastorno antisocial de la personalidad. Los autores atribuyeron estos resultados a la baja prevalencia de este trastorno de personalidad en la muestra utilizada.

Williams, Wellman, Allan y Taylor (1996) investigaron si el consumo habitual de tabaco en personas sanas se relacionaba con características del trastorno esquizotípico y el trastorno límite de la personalidad, independientemente de su relación con variables demográficas y otras variables de personalidad. La muestra empleada estaba formada por 100 personas, con una media de edad de 23 años (50% mujeres y 50% varones), reclutadas a través de anuncios en prensa,

y cuyo buen estado de salud fue verificado antes de entrar a formar parte de la investigación.

La evaluación del consumo de tabaco se centró únicamente en el estatus de fumador (si fumaban o no diariamente) y en la cantidad consumida al día. El 43% de la muestra fumaba, una media de 11,8 cigarrillos diarios. Para evaluar las características de esquizotipia y límite se emplearon las escalas de "Esquizotipia" y "Límite" diseñadas por Claridge y Broks (1984). A los participantes se les administró también el EPQ (*Eysenck Personality Questionnaire*, Eysenck y Eysenck, 1975), con el fin de evaluar las variables de psicoticismo y neuroticismo.

Los resultados señalaron que ambas características de personalidad, esquizotipia y límite, correlacionaban con el estatus de fumador en adultos sanos (esquizotipia,  $p = 0,166$ ; límite,  $p = 0,185$ ; ambas con una  $p < ,002$ ), independientemente de variables como la edad, el género, el nivel educativo, y las características de psicoticismo y neuroticismo. Estos hallazgos confirmaron los apuntados por estudios previos, según los cuales estos tres instrumentos no medían exactamente los mismos aspectos de "propensión o tendencia a la psicosis" (Chapman, Chapman, Kwapil, Eckblad y Zinser, 1994). Williams et al. (1996) no encontraron resultados concluyentes acerca del mecanismo de asociación entre el consumo de tabaco y los rasgos esquizotípico y límite; por lo que sugieren analizar si la relación entre una puntuación alta en la escala de esquizotipia y el aumento del riesgo de desarrollar un trastorno psicótico era independiente de la relación entre esquizotipia y el consumo de tabaco.

Una de las investigaciones más relevantes sobre comorbilidad psiquiátrica es la que llevaron a cabo Lasser et al. (2000), en la que utilizaron datos procedentes del estudio NCS o *National Comorbidity Study* (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman et al., 1994). Lasser et al. (2000) partieron de la hipótesis de que las personas con un trastorno mental fumaban una mayor cantidad de cigarrillos que aquellas sin psicopatología; y que las primeras hacían menos intentos de abandono y suponían uno de los principales sectores de consumo a los que iban dirigidas las campañas de la industria tabaquera, algo que más tarde enfatizarían Grant et al. (2004).

El NCS fue el primer estudio que empleó una entrevista estructurada para evaluar patología psiquiátrica en una muestra nacional representativa, siendo su objetivo fundamental examinar la relación existente entre tipo y severidad del trastorno mental y la probabilidad de fumar, así como de abandonar el consumo de tabaco.

La muestra, recogida entre septiembre de 1990 y febrero de 1992, estuvo formada por 8.098 individuos, de entre 15 y 54 años de edad, pertenecientes a población general, no institucionalizada. Se utilizaron criterios DSM-III-R (APA, 1987) para el diagnóstico de los distintos trastornos menta-

les y además se les administró una versión modificada de la CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*; Robins, Wing y Wittchen, 1988), que anteriormente habían empleado en el estudio ECA (Regier et al., 1990). Dentro de la categoría de trastorno mental se incluyó el trastorno antisocial de la personalidad.

Se consideró que los individuos habían sido fumadores alguna vez en la vida si respondían afirmativamente a la pregunta "¿Ha fumado usted alguna vez diariamente durante un mes o más?". Se consideró fumadores actuales a aquellas personas que habían fumado regularmente durante el mes previo a la realización de la entrevista.

Los datos mostraron que el 41% de los individuos que habían padecido un trastorno mental durante el último mes eran fumadores; además, este grupo tenía un mayor consumo de tabaco (26,2 cigarrillos diarios de media) y representaban el 40,6% del total de fumadores de EE. UU. En el caso concreto del trastorno antisocial de la personalidad, el 45,1% de los participantes con este tipo de trastorno fumaban en la actualidad, el 63,3% habían fumado alguna vez en la vida y su tasa de abandono del tabaco se situó en el 27,8%.

La relación entre trastorno mental y consumo de tabaco persistió tras controlar las variables de edad, género y región geográfica. Respecto a las personas sin historia de trastorno mental, aquellas que sí la tenían presentaron una mayor probabilidad de haber fumado alguna vez en la vida (O.R.= 2,1) y de ser fumadores en el momento actual (O. R.= 1,9). La magnitud de esta relación se incrementó en aquellas personas que habían padecido un trastorno mental en el último mes (O.R.= 2,7). Además, el porcentaje de abandono del tabaco fue significativamente inferior entre los fumadores que padecían o habían padecido un trastorno mental, respecto a los fumadores sin antecedentes psicopatológicos (30,5% vs. 37,1% vs. 42,5% respectivamente).

Lasser et al. (2000) señalaron que la industria tabaquera había identificado claramente a un sector de mercado caracterizado por su vulnerabilidad psicológica. Estos fumadores consumían tabaco para mejorar su estado de ánimo y conseguir una estimulación positiva, para disminuir la ansiedad y ganar autocontrol. No obstante, apenas se han publicado estudios sobre este tipo de consumidores de tabaco.

Lawn, Pols y Barber (2002), siguiendo la línea de investigación previa, presentaron un estudio cualitativo para examinar la relación entre la conducta de fumar y el curso de un trastorno mental, así como su influencia en el proceso de abandono del tabaco. La muestra utilizada estuvo formada por 24 pacientes, que presentaban uno de los siguientes diagnósticos: esquizofrenia (paranoide), depresión, trastorno bipolar y trastorno límite de la personalidad. Como criterios de inclusión señalaron: ser fumador y obtener una puntuación de 6 o más en el *Test de Dependencia de la Nicotina de Fagerström* (FTND, Heatherton et al., 1991); ser usuario

del servicio; estabilidad en el estado mental en el momento de realización de la entrevista (confirmado por el personal responsable); estar en cualquiera de los estadios de cambio propuestos por Prochaska y DiClemente (1984) en su Modelo Transteórico del Cambio; y, ausencia de trastorno del Eje II en aquellos individuos con diagnóstico primario en el Eje I.

Los participantes tenían entre 25 y 63 años, 12 eran hombres y 12 eran mujeres. La mayoría comenzó a fumar en la adolescencia, y en la actualidad consumían más de 20 cigarrillos diarios. Todos ellos estaban desempleados en el momento de la evaluación.

En el caso concreto de los pacientes con un trastorno límite de la personalidad, utilizaban el tabaco de acuerdo a los cambios que se iban produciendo en sus circunstancias personales, de manera que fumaban en su mayoría como símbolo de rebelión y protesta. Fumar les daba poder, sobre todo cuando se encontraban bajo la supervisión del personal médico.

Los pacientes con trastorno de personalidad describieron su consumo de tabaco como una manera de compensar las pérdidas que habían tenido a lo largo de sus vidas, sobre todo en lo que se refería a las relaciones interpersonales. Fumar era una auto-recompensa y un placer, que evitaba que se sintieran mal, tristes y despreciados por los demás.

Para todos los individuos, fumar les diferenciaba de sus familiares y amigos, dotándoles de una identidad y una sensación de autonomía que habían perdido en el momento en que fueron etiquetados como enfermos mentales.

Entre las principales limitaciones de este estudio destaca evidentemente la falta de un estudio cuantitativo confirmatorio de los resultados y el pequeño tamaño de la muestra utilizada.

Tabla 2. Estudios sobre consumo de tabaco y trastornos de personalidad específicos.

ESTUDIO	OBJETIVO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS	COMENTARIOS
Covey et al. (1994). Ever-smoking, quitting, and psychiatric disorders: Evidence from the Durham, North Carolina, Epidemiological Catchment Area.	Examinar la relación entre consumo de tabaco y varios trastornos psiquiátricos, entre los que incluyeron el TAP.	2.980 individuos residentes en Durham (Carolina del Norte), una de las ciudades del ECA (Epidemiological Catchment Area Study, 1990). El 55% eran mujeres, y la edad media era de 42,8 años.	- DIS, e incluyeron cuestionarios relacionadas con la conducta de fumar.	- Ausencia de relación significativa entre fumar e intentos de abandono y TAP, aunque sí se encontró con otros trastornos mentales.	- Fumador: individuo que había consumido tabaco diariamente durante como mínimo un mes a lo largo de su vida. - Fumador que había hecho algún intento de abandono: individuo que había logrado fumar menos de 10 cigarrillos diarios durante el año previo o en algún otro momento de su vida. Limitaciones: - Baja prevalencia del TAP en la muestra (2,4%).
Williams et al. (1996). Tobacco smoking correlates with schizotypal and borderline personality traits.	Investigar si el consumo habitual de tabaco en personas sanas se relacionaba con características del trastorno esquizotípico y el trastorno límite de la personalidad, independientemente de su relación con variables demográficas y otras variables de personalidad.	100 personas, de nacionalidad británica, con una media de edad de 23 años, reclutados a través de anuncios en prensa, con buen estado de salud general. El 50% eran varones.	- Evaluación del estatus de fumador y cantidad consumida al día. - Escalas de "Esquizotipia" y "Límite" diseñadas por Claridge y Broks (1984). - EPQ (Eysenck y Eysenck, 1975).	- El 43% de la muestra fumaba, una media de 11,8 cigarrillos/día. - Ambas características de personalidad, esquizotipia y límite, correlacionaron con el estatus de fumador, independientemente de variables como la edad, el género, el nivel educativo, y rasgos de personalidad como psicoticismo y neuroticismo.	- Fumador: individuo que consumía tabaco diariamente en el momento de la evaluación. - Los autores concluyeron que era necesario determinar si la asociación entre el rasgo de esquizotipia y el aumento del riesgo de desarrollar un trastorno psicótico era independiente de la relación entre esquizotipia y el consumo de tabaco.
Lasser et al. (2000). Smoking and mental illness: A population-based prevalence study.	Evaluar la comorbilidad psiquiátrica en fumadores de cigarrillos (incluyeron el TAP), y su influencia en los intentos de abandono del consumo de tabaco.	4.411 fumadores, estadounidenses, de entre 15 y 54 años, pertenecientes a población general, no institucionalizada.	- Criterios DSM-III-R. - CIDI (versión modificada utilizada previamente en el estudio ECA).	- El 28,5% fumaba regularmente en el momento de la evaluación, aunque el 47,1% había probado el tabaco alguna vez. - El 41% de los participantes que habían padecido un trastorno mental en el último mes, eran fumadores en el momento de la evaluación. - El 45,1% de los participantes con un TAP fumaba en la actualidad, y su abandono se situaba en el 27,8%. - El porcentaje de abandono del tabaco fue significativamente inferior entre los fumadores que padecían un trastorno mental, respecto a los fumadores que la habían padecido en el pasado y respecto a los fumadores sin antecedentes psiquiátricos (30,5% vs. 37,1% vs. 42,5%).	- Fumador alguna vez en la vida: individuo que había consumido tabaco diariamente durante como mínimo un mes a lo largo de su vida. - Fumador actual: individuo que ha fumado regularmente durante el mes previo a la entrevista.
Lawn et al. (2002). Smoking and quitting: A qualitative study with community-living psychiatric clients.	Examinar la relación entre la conducta de fumar y el curso del trastorno mental, así como su influencia en el proceso de abandono del tabaco	24 pacientes australianos, de entre 26 y 63 años, que presentaban alguno de los siguientes trastornos: esquizofrenia (paranoide), depresión, trastorno bipolar, trastorno límite de personalidad. El 50% eran varones.	- FTND.	- Los individuos con un TLP utilizaban el tabaco de acuerdo a los cambios que se iban produciendo en sus circunstancias personales, de manera que fumaban en su mayoría como símbolo de rebelión y protesta. - Fumar era para ellos una manera de compensar las pérdidas que habían tenido a lo largo de sus vidas, sobre todo en lo que se refería a las relaciones interpersonales.	<i>Criterios de inclusión:</i> - Ser fumador. - Tener una puntuación de 6 o más en el FTND. - Ser usuario del servicio de salud mental. - Estabilidad mental en el momento de realización de la entrevista. - Estar en cualquiera de los estadios de cambio de Prochaska y DiClemente. - Ausencia de trastornos del Eje II en aquellos individuos con diagnóstico primario del Eje I. <i>Limitaciones:</i> - Falta de un estudio cuantitativo confirmatorio de los resultados. - Pequeño tamaño de la muestra.

TAP = Trastorno antisocial de la personalidad  
TLP = Trastorno límite de la personalidad  
DIS = *National Institute of Mental Health's Diagnostic Interview Schedule*  
EPQ = *Eysenck Personality Questionnaire*  
CIDI = *Composite International Diagnostic Interview*  
FTND = *Fagerström Test for Nicotine Dependence*

## DISCUSIÓN

El objetivo de esta revisión ha sido analizar las investigaciones existentes sobre la presencia de trastornos de personalidad en fumadores de cigarrillos. Para ello hemos consultado las bases de datos más importantes a escala internacional y hemos revisado las principales publicaciones españolas sobre adicciones. La revisión de dichas investigaciones ha aportado al presente estudio una serie de aspectos clave que se comentan a continuación.

Actualmente sabemos que existen una serie de trastornos relacionados con el inicio en la conducta de fumar, así como en la consolidación del consumo y en el fracaso a la hora de dejar de fumar (Becoña, 2006). Un considerable número de estudios, tanto epidemiológicos como clínicos, han mostrado en los últimos años la relación entre consumo de tabaco y depresión y ansiedad, y cómo fumar incrementa el riesgo de estos trastornos (ej., Becoña, Vázquez y Míguez, 2002; Breslau et al., 1996; Covey et al., 1994; Haas, Muñoz, Humfleet, Reus y Hall, 2004; Hughes et al., 1986; o la revisión de Becoña y Míguez, 2004). Sin embargo, en la actualidad se sabe relativamente poco acerca de la co-ocurrencia entre trastornos de personalidad y el consumo de tabaco, y la gran mayoría de las investigaciones han sido publicadas fuera de nuestro medio, fundamentalmente en EE. UU.

Esta escasez de investigaciones sobre la presencia de trastornos de personalidad en fumadores de cigarrillos contrasta con el numeroso grupo de estudios sobre la presencia de estos trastornos en otras conductas adictivas: en jugadores patológicos (Petry, 2005; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2008), en individuos dependientes de opiáceos (Brooner et al., 1997; Fernández, González, Sáiz, Gutiérrez y Bobes, 2001), en personas dependientes de la cocaína (Barber, Frank, Weiss, Siqueland, Moras, Calvo et al., 1996; López y Becoña, 2006b), en consumidores de cannabis (Arendt et al., 2007; Watzke et al., 2008) y en individuos con dependencia del alcohol (Liskow, Powel, Nickel y Penick, 1991, Bravo de Medina, Echeburúa y Aizpiri, 2008). Desde los años 80 del pasado siglo XX hasta la actualidad, apenas se han publicado una docena de investigaciones en las que se haya tenido en cuenta el consumo de tabaco al examinar la relación entre trastornos del Eje II y conductas adictivas. En nuestro país, existen actualmente varias investigaciones sobre la relación entre conductas adictivas y trastornos de personalidad, como encontramos en juego patológico y dependencia del alcohol (Bravo de Medina et al., 2007; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2008; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2004; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006), en dependencia de opiáceos (Fernández et al., 2001; Fernández y Gutiérrez, 2005) y dependencia de la cocaína (López y Becoña, 2006a, 2006b; López, Becoña, Casete, Lage, Díaz, García et al., 2007; López et al., 2008). Sin embargo, no existe hasta el momento ninguna investigación en España que se haya centrado exclusivamente en la relación entre consumo de tabaco y los trastornos de personalidad, con la única excepción del reciente estudio de Perea et al. (2009) centrado en la influencia de los rasgos de personalidad en el mantenimiento de la abstinencia en el consumo de tabaco.

Los resultados inconsistentes en la prevalencia de trastornos de personalidad en conductas adictivas son uno de los principales problemas a los que se enfrentan los investigadores. En la misma línea, en los estudios sobre consumo de tabaco y trastornos de personalidad que se han revisado, los porcentajes de prevalencia de trastornos de personalidad en fumadores de cigarrillos oscilan entre el 9% (Black et al., 1999) y el 45% (Lasser et al., 2000), mientras que las cifras más recientes de prevalencia en población general estadounidense oscilan entre el 5 y el 15% (Lenzenweger, Lane, Loranger y Kessler, 2007). Esta enorme variabilidad puede deberse en parte a la metodología utilizada en dichos estudios. Por un lado, se han utilizado distintos instrumentos de evaluación de los trastornos del Eje II: criterios DSM-III (Hughes et al., 1986), criterios DSM-III-R (Lasser et al., 2000), o criterios DSM-IV (Grant et al., 2004; Goodwin et al., 2007); entrevistas estructuradas como la DIS (Covey et al., 1994), la SIDP (Black et al., 1999) o la SCID-II (Gariti et al., 2000), y entrevistas semiestructuradas como la SAP (Moran et al., 2006), de manera que no es posible establecer comparaciones entre los datos obtenidos.

Además, las muestras seleccionadas son muy heterogéneas, tanto en el número de participantes como en las características de los mismos (género, raza, pacientes con un trastorno mental o personas de población general), lo que impide la generalización de los resultados a otro tipo de poblaciones.

Respecto a la consideración de "fumador" existen diferencias en la definición de este estatus según las investigaciones; así, algunos estudios consideran fumador a aquel sujeto que ha consumido tabaco diariamente durante como mínimo un mes a lo largo de su vida (Covey et al., 1994; Black et al., 1999; Lasser et al., 2000), sin especificar la cantidad consumida, mientras que otros clasifican como fumador a aquel sujeto que ha consumido al menos 100 cigarrillos en algún momento de su vida (Grant et al., 2004; Goodwin et al., 2007).

Otro aspecto fundamental en los estudios revisados es la evaluación de la dependencia de la nicotina. Las investigaciones más antiguas únicamente incorporan a la evaluación cuestiones relacionadas con el consumo de tabaco, sin diferenciar a los fumadores dependientes de los no dependientes (Hughes et al., 1986; Covey et al., 1994; Williams et al., 1996; Black et al., 1999); en cambio, los estudios más recientes emplean criterios diagnósticos DSM-IV (Gariti et al., 2000) o instrumentos muy conocidos, y ampliamente utilizados, como el FTND (Heatherton et al., 1991), aunque adoptan distintos puntos de corte (Lawn et al., 2002; Moran et al., 2006).

Debido a estas limitaciones, es difícil establecer conclusiones cuando comparamos los resultados obtenidos en las investigaciones revisadas.

Por otra parte, tampoco existe acuerdo respecto al tipo de trastorno de personalidad más frecuente en este tipo de población. Mientras que algunas investigaciones no indican la frecuencia de los distintos tipos de trastornos de personalidad (Hughes et al., 1986; Gariti et al., 2000), otras se

centran en trastornos específicos frecuentes en drogodependencias (trastorno antisocial y trastorno límite) (Lasser et al., 2000; Lawn et al., 2002). Según Black et al. (1999), los trastornos de personalidad más prevalentes en fumadores serían en primer lugar los agrupados en el grupo C (trastorno de personalidad dependiente, por evitación y obsesivo-compulsivo), es decir aquellos trastornos caracterizados por la ansiedad y el temor, seguidos de los agrupados en el grupo B (trastorno de personalidad histriónico, narcisista, límite y antisocial), que serían aquellos trastornos asociados a la impulsividad, el dramatismo, la emotividad y la inestabilidad emocional. Un resultado semejante obtuvieron Grant et al. (2004), aunque en este caso sí especificaron los tipos de trastornos de personalidad más prevalentes: en primer lugar destacó el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (grupo C), seguido del trastorno antisocial (grupo B) y por último del trastorno de personalidad paranoide (grupo A). En cambio, según Moran et al. (2006), los trastornos de personalidad más prevalentes en fumadores serían los del grupo C (9.8%) seguidos de los de grupo A (8.3%) y en último lugar de los del grupo B (8.1%). Según esto, la gran mayoría de los estudios coinciden en señalar que los trastornos de personalidad del grupo C son los más frecuentes en fumadores de cigarrillos. Estos fumadores podrían calmar la ansiedad, la angustia y el temor, característicos de esta clase de trastornos de personalidad, mediante la ingesta de nicotina. El grupo C de trastornos de personalidad es muy frecuente en otras conductas adictivas, en concreto, en la dependencia del alcohol (Echeburúa et al., 2005; Pettinati et al., 1999) y el juego patológico (Petry, 2005; Steel y Blaszczynski, 1998).

Además de la escasez de estudios sobre la prevalencia de trastornos de personalidad en fumadores de cigarrillos, debemos destacar la práctica inexistencia de investigaciones centradas en la influencia de este tipo de psicopatología en el abandono del consumo de tabaco (Covey et al., 1994; Lasser et al., 2000; Perea et al., 2009). Las investigaciones revisadas que han abordado ese aspecto no han obtenido resultados concluyentes por lo que no está clara la influencia que tienen los trastornos de personalidad en el proceso de dejar de fumar.

Por ello, ante la escasez de datos es necesario investigar, por un lado, la prevalencia de los trastornos de personalidad en fumadores, y por otro, la relación entre dichos trastornos y el abandono del consumo de cigarrillos. Existen numerosas investigaciones que analizan la presencia de distintos trastornos mentales (ansiedad, depresión, trastornos por consumo de sustancias, etc.) en fumadores de cigarrillos (Becoña y Míguez, 2004; Breslau et al., 1998; Humfleet et al., 1999), pero ninguna se ha centrado específicamente en la relación entre consumo de tabaco y trastornos del Eje II. De hecho, una parte de las investigaciones revisadas en el presente estudio analizaron también la presencia de trastornos del Eje I (Gariti et al., 2000; Lawn et al., 2002). Tampoco existen datos referentes a la influencia de este tipo de trastornos en el proceso de abandono del consumo de tabaco, pues la mayoría de las investigaciones se han llevado a cabo en personas dependientes del alcohol, de la cocaína o de opiáceos. Los porcentajes de abandono del consumo de tabaco

en población que ha padecido o padece un trastorno mental son realmente bajos, pues estos fumadores suelen consumir una mayor cantidad de cigarrillos que la población normal y durante más años (Lawn et al., 2002; Ranney, Melvin, Lux, McClain y Lohr, 2006).

En conclusión, es necesario profundizar en la relación entre trastornos de la personalidad y el consumo de tabaco, tanto en la evaluación de dichos trastornos como en el tratamiento de estos fumadores. Conocer el perfil de personalidad de cada fumador contribuiría a mejorar su implicación en el tratamiento y permitiría adecuar al máximo la intervención terapéutica a las características particulares de cada individuo. El objetivo último no es otro que mejorar la eficacia de las intervenciones para dejar de fumar en aquellas personas que junto a su consumo de tabaco también llevan asociado un trastorno de personalidad.

## 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

---

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3<sup>rd</sup> ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3<sup>rd</sup> ed. rev.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>th</sup> ed. rev.). Washington, DC: APA.
- Arent, M., Rosenberg, R., Foldager, L., Perto, G. y Munk-Jorgensen, P. (2007). Psychopathology among cannabis-dependent treatment seekers and association with later substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32, 113-119.
- Bailey, E. L. y Swallow, B. L. (2004). The relationship between cannabis use and schizotypal symptoms. *European Psychiatry*, 19, 113-114.
- Barber, J. P., Frank, A., Weiss, R. D., Blaine, J., Siquel, L., Moras, K., et al. (1996). Prevalence and correlates of personality disorder diagnoses among cocaine dependent outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 10, 297-311.
- Becoña, E. (2006). *Tabaco. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. y Míguez, M. C. (2004). Consumo de tabaco y psicopatología asociada. *Psicooncología*, 1, 99-112.
- Becoña, E., Vázquez, F. L. y Míguez, M. C. (2002). Smoking cessation and anxiety in a clinical sample. *Personality and Individual Differences*, 32, 489-494.
- Bellaire, W. y Caspari, D. (1992). Diagnosis and therapy of male gamblers in a university psychiatric hospital. *Journal of Gambling Studies*, 8, 143-150.
- 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.

- Blaszczynski, A. y McConaghy, N. (1994). Antisocial personality disorder and pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 10, 129-145.
- Bobo, J. K., Mcllvain, H. E., Lando, H. A., Walder, R. D. y Leed-Kelly, A. (1998) Effect of smoking cessation counseling on recovery from alcoholism: Findings from a randomized community intervention trial. *Addiction*, 93, 877-887.
- Bravo de Medina, R., Echeburúa, E. y Aizpiri, J. (2007). Características psicopatológicas y dimensiones de personalidad en los pacientes dependientes del alcohol: un estudio comparativo. *Adicciones*, 19, 373-382.
- Bravo de Medina, R., Echeburúa, E. y Aizpiri, J. (2008). Diferencias de sexo en la dependencia del alcohol: dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de personalidad. *Psicothema*, 20, 218-223.
- Breslau, N., Kilbey, M. y Andreski, P. (1991). Nicotine dependence, major depression, and anxiety in young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1069-1074.
- Breslau, N., Kilbey, M. y Andreski, P. (1992). Nicotine withdrawal symptoms and psychiatric disorders: Findings from an epidemiological study of young adults. *American Journal of Psychiatry*, 149, 464-469.
- Breslau, N. y Klein, D. F. (1999). Smoking and panic attacks : An epidemiologic investigation. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1141-1147.
- Breslau, N., Peterson, E., Schultz, L., Andreski, P. y Chilcoat, H. (1996). Are smokers with alcohol disorders less likely to quit? *American Journal of Public Health*, 86, 985-990.
- 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.
- Bronner, R. K., King, V. L., Kidorf, M., Schimdt, C. W. y Bigelow, G. E. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Archives of General Psychiatry*, 54, 71-80.
- Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Chabrol, H., Massot, E. y Mullet, E. (2004). Factor structure of cannabis related beliefs in adolescents. *Addictive Behaviors*, 29, 929-933.
- Chapman, L. J., Chapman, J. P., Kwapil, T. R., Eckblad, M. y Zinser, M. C. (1994). Putatively psychosis-prone individuals ten years. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 171-183.
- Claridge, G. S. y Broks, P. (1984). Schizotypy and hemisphere function I: Theoretical considerations and measurements of Schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 5, 633-648.
- Comptom, W. M., Thomas, Y. F., Conway, K. P. y Colliver, J. D. (2005). Developments in the epidemiology of drug use and drug use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1494-1502.
- 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.
- Craig, R. J. (2000). Prevalence of personality disorders among cocaine and heroin addicts. *Substance Abuse*, 21, 87-94.
- De Jong, C. A., Van den Brink, W., Harteveld, F. M. y Van der Wielen, E. G. (1993). Personality disorders in alcoholics and drug addicts. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 87-94.
- Driessen, M., Veltrup, C., Wetterling, T., John, U. y Dilling, H. (1998). Axis I and Axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 77-86.
- Echeburúa, E., Bravo de Medina, R. y Aizpiri, J. (2005). Alcoholism and personality disorders: An exploratory study. *Alcohol & Alcoholism*, 40, 323-326.
- 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.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (2008). Are there more personality disorders in treatment-seeking pathological gamblers than in other kind of patients? A comparative study between the IPDE and the MCMI. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 53-64.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder and Stoughton Educational.
- Fernández, J. J., González, M., Sáiz, P., Gutiérrez, E. y Bobes, J. (2001). Influencia de los trastornos psiquiátricos en la efectividad de un programa de mantenimiento prolongado con metadona. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29, 228-232.
- Fernández, J. J. y Gutiérrez, E. (2005). Trastornos de personalidad y dependencia de heroína: una relación por determinar. *Adicciones*, 17 (Supl.2), 95-110.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2004). Pathological gambling and personality disorders: An exploratory study with the IPDE. *Journal of Personality Disorders*, 18, 500-505.
- Fernández- Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2006). Juego patológico y trastornos de personalidad: un estudio piloto con el MCMI-II. *Psicothema*, 18, 453-458.
- Fernández-Montalvo, J., Lorea, I., López, J. J. y Landa, N. (2003). Trastornos de la personalidad en adictos a la cocaína: un estudio-piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 79-98.
- 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.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. y Benjamin, L. S. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders. Patient edition (SCID-I/P. Version 2.0)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- 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.
- Goodwin, R. D., Keyes, K. y Simuro, N. (2007). Mental disorders and nicotine dependence among pregnant women in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 109, 875-883.
- Grant, B. F., Dawson, D. A. y Hasin, H. S. (2001). *The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM-IV version (AUDADIS-IV)*. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Grant, B. F., Moore, T. C. y Kaplan, K. (2003). *Source and accuracy statement: Wave 1 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)*. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- 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.
- Haas, A. L., Muñoz, R. F., Humfleet, G. L., Reus, V. I. y Hall, S. M. (2004). Influences of mood, depression history, and treatment modality on outcomes in smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 563-570.
- 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. (2007). Depression during tobacco abstinence. *Nicotine & Tobacco Research*, 9, 443-446.
- Hughes, J. R., Hatsukami, D. K., Mitchell, J. E. y Dahlgren, L. A. (1986). Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 143, 993-997
- Humfleet, G., Muñoz, R., Sees, K., Reus, V. y Hall, S. (1999). History of alcohol or drug problems, current use of alcohol or marijuana and success in quitting smoking. *Addictive Behaviors*, 24, 149-154.
- Hyer, S. (1994). *Personality Diagnostic Questionnaire for DSM-IV (PDQ-4)*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Isensee, B., Wittchen, H. U., Stein, M. B., Höfler, M. y Lieb, R. (2003). Smoking increases the risk of panic: Findings from a prospective community study. *Archives of General Psychiatry*, 60, 692-700.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Pine, D. S., Klein, D. F., Kasen, S. y Brook, J. S. (2000). Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *The Journal of the American Medical Association*, 284, 2348-2351.
- Kessler, R., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Khantzian, E. J. y Treece, C. (1985). DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts. Recent findings. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1067-1071.
- Kozlowski, L. T., Jelinek, L. C. y Pope, M. A. (1986). Cigarette smoking among alcohol abusers: A continuing and neglected problem. *Canadian Journal of Public Health*, 77, 205-207.
- Kranzler, H. R., Satel, S. y Apter, A. (1994). Personality disorders and associated features in cocaine-dependent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 335-340.
- 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.
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W. y Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Biological Psychiatry*, 62, 553-564.
- Liskow, B., Powel, B. J., Nickel, E. y Penick, E. (1991). Antisocial alcoholics: Are there clinically significant diagnostic subtypes? *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 62-69.
- López, A. y Becoña, E. (2006a). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema*, 18, 578-583.
- López, A. y Becoña, E. (2006b). Consumo de cocaína y psicopatología asociada: una revisión. *Adicciones*, 18, 161-196.
- López, A., Becoña, E., Casete, L., Lage, M. T., Díaz, E., García, J. M., et al. (2007). Dependencia de la cocaína y trastornos de personalidad. Análisis de su relación en una muestra clínica. *Trastornos Adictivos*, 9, 215-227.
- López, A., Becoña, E., Viéitez, I., Cancelo, J., Sobradelo, J. García, J. M., et al. (2008). ¿Qué ocurre a los 24 meses de inicio del tratamiento en una muestra de personas con dependencia de la cocaína? *Adicciones*, 20, 347-356.
- Mendoza, R., López Pérez, P. y Sagrera, M. R. (2007). Diferencias de género en la evolución del tabaquismo adolescente en España (1986-2002). *Adicciones*, 19, 273-288.
- Millon, T. (1999). *MCMI-II. Manual (adaptación española de Ávila-Espada, A., director; Jiménez, F., coordinador)*. Madrid: TEA.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Encuesta Domiciliaria sobre consumo de Alcohol y Drogas (EDADES) 2007-2008*. Recuperado el 20 de noviembre de 2008, de [http://www.msc.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/EncuestaDomiciliariaDrogasAlcohol\(EDADES\)MINISTRO.pdf](http://www.msc.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/EncuestaDomiciliariaDrogasAlcohol(EDADES)MINISTRO.pdf).
- Montes, A., Pérez, M. y Gestal, J. J. (2004). Impacto del tabaquismo sobre la mortalidad en España. *Adicciones*, 16 (Supl. 2), 75-82.
- 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.
- Moreno, M. J. y Medina, A. (2006). Epidemiología y comorbilidad de los trastornos de personalidad. Recuperado el 21 de mayo de 2007, de <http://www.psiquiatria.com>.
- Morgenstern, J., Langenbucher, J., Labouvie, E. y Miller, K. (1997). The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: Prevalence rates and relation to alcohol typology variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 74-84.
- Mykletun, A., Overland, S., Aaro, L. E., Liabo, H. y Stewart, R. (2008). Smoking in relation to anxiety and depression: Evidence from a large population survey: The HUNT study. *European Psychiatry*, 23, 77-84.
- Nieva, G., Gual, A., Ortega, L. y Mondón, S. (2004). Alcohol y tabaco. *Adicciones*, 16 (Supl. 2), 191-199.
- Nurnberg, H. G., Rifkin, A. y Dodd, S. (1993). A systematic assessment of the comorbidity of DSM-III-R personality disorders in alcoholic outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 447-454.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- 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.
- Petry, N. M. (2005). *Pathological gambling: Etiology, comorbidity and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pettinati, H., Pierce, J., Belden, P. y Meyers, K. (1999). The relationship of axis II personality disorders to other known predictors of addiction treatment outcome. *American Journal of Addictions*, 8, 136-147.
- Pilgrim, J. y Mann, A. (1990). Use of the ICD-10 version of the Standardized Assessment of Personality to determine the prevalence of personality disorder in psychiatric in-patients. *Psychological Medicine*, 20, 985-992.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones/Irwin.

- 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.
- Regier, D., Farmer, M., Rae, D., Locke, B., Keith, S., Judd, L., et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J. y Ratcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health. Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.
- Robins, L. N., Wing, J. y Wittchen, H. U. (1988). The Composite International Diagnostic Interview: An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 12, 1069-1077.
- Rodríguez-Llera, M. C., Domingo-Salvany, A., Brugal, M. T., Silva, T. C., Sánchez-Niubó, A. y Torrens, M. (2006). Psychiatric comorbidity in young heroin users. *Drug and Alcohol Dependence*, 84, 48-55.
- Rubio, V. y Pérez, A. (2003). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Elsevier España.
- Samuels, J., Eaton, W. W., Bienvenu, O. J., Brown, C. H., Costa, P. T. y Nestadt, G. (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 180, 536-542.
- Sanz, J. y Larrazabal, A. (2002). Comorbilidad de dependencia de cocaína y trastornos de personalidad. Implicaciones clínicas y pronósticas. En: III Congreso virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2002. Recogido el 3 de julio de 2008 en <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/5592/>
- Schmitz, N., Kruse, J. y Kugler, J. (2003). Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1670-1676.
- Specker, S. M., Carlson, G. A., Edmonson, K. M., Johnson, P. E. y Marcotte, M. (1996). Psychopathology in pathological gamblers seeking treatment. *Journal of Gambling Studies*, 12, 67-82.
- Stangl, D., Pfohl, B., Zimmerman, M., Bowers, W. y Corenthal, C. (1985). A structured interview for the DSM-III-R personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 42, 591-596.
- Steel, Z. y Blaszczynski, A. (1998). Impulsivist, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction*, 93, 895-905.
- Sussman, S., McCuller, W. J. y Dent, C. W. (2003). The associations of social self-control, personality disorders, and demographics with drug use among high-risk youth. *Addictive Behaviors*, 28, 1159-1166.
- Tenorio, J. y Marcos, J. A. (2000). Trastornos duales: tratamiento y coordinación. *Papeles del Psicólogo*, 77, 58-63.
- Torgersen, S., Kringlen, E. y Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590-596.
- Watzke, A. B., Schmidt, C. O., Zimmerman, J. y Preuss, U. W. (2008). Personality disorders in a clinical sample of cannabis dependent young adults. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 76, 600-605.
- Wilhelm, K., Wedgwood, L., Niven, H. y Kay-Lambkin, F. (2006). Smoking cessation and depression: Current knowledge and future directions. *Drug and Alcohol Review*, 25, 97-197.
- Williams, J. H., Wellman, N. A., Allan, L. M. y Taylor, E. (1996). Tobacco smoking correlates with schizotypal and borderline personality traits. *Personality and Individual Differences*, 20, 267-270.
- Williams, J. H., Wellman, N. A. y Rawlins, J. N. (1996). Cannabis use correlates with schizotypy in healthy people. *Addiction*, 91, 869-877.
- Wittchen, H. U., Fröhlich, C., Behrendt, S., Günther, A., Rhem, J., Zimmerman, P., et al. (2007). Cannabis use and cannabis use disorders and their relationship to mental disorders: A 10-year prospective-longitudinal community study in adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 88 (Supl.), S60-S70.
- World Health Organization (2008). *WHO report on the global tobacco epidemic. The MPOWER Package, 2008*. Recuperado el 12 de diciembre de 2008, de [http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_report\\_full\\_2008](http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008).
- Zimmerman, M. y Coryell, W. (1989). DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample: Demographic correlates and comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 682-689.