

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN ADICTOS A LA COCAÍNA: UN ESTUDIO-PILOTO

Javier Fernández-Montalvo¹

Iñaki Lorea²

José J. López-Goñi²

Natalia Landa²

¹ Departamento de Psicología y Pedagogía. UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA

² Fundación Proyecto Hombre de Navarra

RESUMEN

En este artículo se lleva a cabo una descripción de los trastornos de personalidad que aparecen con mayor frecuencia en los adictos a la cocaína. Para ello, se cuenta con una muestra de 35 sujetos, que cumplimentan el MCMI-II en el transcurso de la evaluación pretratamiento. Los resultados muestran que el 45,7% de los pacientes presenta, al menos, un trastorno de personalidad. Más en concreto, el trastorno de mayor prevalencia es el trastorno antisocial de la personalidad (25,7%), seguido del trastorno pasivo-agresivo (14,28%) y del trastorno de la personalidad por evitación (14,28%). Asimismo, se compara la prevalencia de los trastornos

Agradecimientos. Este estudio se ha financiado en parte con un proyecto de investigación del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra (código 35/2001).

Correspondencia: Departamento de Psicología y Pedagogía. Universidad Pública de Navarra. Campus Arrosadía. 31006 Pamplona. Teléfono: 948 16 98 30. Fax: 948 16 98 91. Correo electrónico: fernandez.montalvo@unavarra.es

Fundación Proyecto Hombre de Navarra. Avda. Zaragoza, 23 (Edificio Padres Paules). 31005 Pamplona.

de personalidad en función del sexo y de la comorbilidad. Por último, se comentan las implicaciones de este estudio para la práctica clínica y para las investigaciones futuras.

Palabras clave: DEPENDENCIA DE LA COCAÍNA. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. COMORBILIDAD.

SUMMARY

In this paper, the most frequent personality disorders related to cocaine dependence are described. A sample of 35 cocaine dependent outpatients who answered the MCMI-II in the course of pre-treatment assessment was used. The results indicated that the 45,7% of them showed at least one personality disorder. The most prevalent ones were the antisocial personality disorder (25,7%), the passive-aggressive disorder (14,28%) and the avoidant personality disorder (14,28%). The prevalence of personality disorders according to gender and comorbidity was compared. Finally, implications of this study for clinical practice and future research in this field are commented upon.

Key-words: COCAINE DEPENDENCE. PERSONALITY DISORDERS. COMORBIDITY.

INTRODUCCIÓN

El consumo de cocaína ha experimentado en nuestro país un notable aumento en los últimos años. De hecho, por lo que se refiere a las drogas ilegales, la adicción a estimulantes representa un grave problema con el que se encuentran los programas de tratamiento de las drogodependencias (Bobes, Sáez, González y Bascarán, 2001; Caballero, 2000; Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2001; Observatorio Español sobre Drogas, 2001). Ello ha

provocado un aumento –aunque todavía escaso- de los programas específicos de intervención para esta problemática.

Desde la perspectiva de la comorbilidad, se ha producido un interés creciente por el estudio de los trastornos duales en el ámbito de las conductas adictivas (Tenorio y Marcos, 2000). El esfuerzo por mejorar las tasas de éxito de los programas de intervención con pacientes adictos ha generado un claro interés por el estudio de las variables que limitan o mediatizan el alcance de dichos programas. En este sentido, ha cobrado una especial importancia –al menos en lo que a las conductas adictivas se refiere- el análisis de las dimensiones de personalidad más frecuentes en este tipo de población (Sáiz, González, Paredes, Martínez y Delgado, 2001) y, más recientemente, de los trastornos concretos de la personalidad que les afectan (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2001).

Los trastornos de personalidad se corresponden con pautas de conducta inflexibles y no adaptativas, estables temporalmente y que reflejan alteraciones globales de la persona (Echeburúa y Corral, 1999; Sarason y Sarason, 1996; Vázquez, Ring y Avia, 1990). Estos trastornos pueden estar presentes entre el 20 y 40% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios. Hay, por lo tanto, una frecuente comorbilidad entre los trastornos de personalidad y los trastornos mentales (Medina y Moreno, 1998). La presencia de un trastorno de personalidad complica la evolución clínica de un trastorno mental y ensombrece el pronóstico terapéutico (Dowson y Grounds, 1995).

La investigación sobre la presencia de los trastornos de personalidad entre los adictos a la cocaína es, cuando menos, fundamental. Ello se debe a que permite cuatro aspectos esenciales para la intervención clínica: a) valorar la probabilidad de implicación en el tratamiento y de cumplimiento de las prescripciones terapéuticas; b) modificar las características del tratamiento para adaptarlas de forma individualizada al paciente; c) establecer apropiadamente los objetivos terapéuticos; y d) determinar la necesidad de una mayor o menor rigidez en la estructuración del contexto terapéutico.

En el caso concreto de la adicción a la cocaína, sólo recientemente se ha comenzado a valorar la prevalencia de trastornos de perso-

alidad entre los pacientes afectados. Los resultados obtenidos hasta la fecha indican una gran presencia de trastornos de personalidad entre los adictos a la cocaína, que afectan al 45%-80% de los casos según los estudios llevados a cabo (Barber *et al.*, 1996; Kranzler, Satel y Apter, 1994; Sonne y Brady, 1998). Sin embargo, se observa una amplia heterogeneidad de trastornos, que no permite establecer, hoy por hoy, un perfil homogéneo de personalidad en este tipo de pacientes.

El objetivo de este estudio-piloto es conocer la comorbilidad de las alteraciones de personalidad con la adicción a la cocaína. Este trabajo forma parte de un estudio más amplio sobre las características psicopatológicas y de personalidad de los adictos a la cocaína, en el que se incluyen entrevistas diagnósticas específicas para los trastornos de personalidad -el *IPDE* (Loranger, 1995)-, con el objetivo de identificar los trastornos concretos que afectan en mayor medida a este tipo de pacientes, así como valorar las variables que se relacionan de forma significativa con los mismos. De esta forma, en una fase posterior, se pretende adaptar los programas terapéuticos a las necesidades específicas de los pacientes cocainómanos.

MÉTODOS

Sujetos

La muestra de sujetos de este estudio-piloto está compuesta por 35 pacientes adictos a la cocaína que acudieron en busca de ayuda terapéutica a "Proyecto Hombre" de Navarra, durante el período comprendido entre enero de 2000 y diciembre de 2001. Se trata de un programa de intervención dirigido al tratamiento, en régimen ambulatorio, de la adicción a la cocaína y de otros estimulantes.

Los 35 pacientes de este estudio fueron seleccionados en función de los siguientes criterios de admisión: a) cumplir los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994) para la dependencia de la cocaína; y b) acudir voluntariamente a la terapia.

Medidas de evaluación

a) Variables sociodemográficas

Se llevó a cabo una entrevista inicial con cada uno de los pacientes. En esta entrevista se obtenían las principales variables sociodemográficas analizadas en este estudio: el sexo, la edad, el estado civil, el nivel de estudios y la situación laboral.

b) Variables de la adicción

En la entrevista inicial se recogían, asimismo, los datos relacionados con las características de la adicción a la cocaína: los gramos semanales de consumo, la antigüedad de la dependencia, la vía y la frecuencia de consumo, la existencia de una historia psiquiátrica anterior, la presencia de comorbilidad, los antecedentes familiares con problemas psiquiátricos o de drogas y la implicación en el tráfico de drogas.

c) Variables de personalidad

El *Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II)* (Millon, 1997) es un cuestionario clínico autoaplicado de evaluación de la personalidad y de distintos síndromes clínicos. Está compuesto por 175 ítems de respuesta dicotómica (verdadero/falso), que proporcionan información sobre 10 escalas básicas de personalidad (esquizoide, fóbica, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, pasivo-agresiva y autodestructiva), 3 escalas de personalidad patológica (esquizoide, límite y paranoide), 6 síndromes clínicos de gravedad moderada (ansiedad, histeriforme, hipomanía, distimia, abuso de alcohol y abuso de drogas) y 3 síndromes clínicos de gravedad severa (pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante). Debido al objetivo de este estudio, se presentan solamente los resultados de las 13 escalas de personalidad.

Procedimiento

La evaluación de todos los sujetos se llevó a cabo en el marco de la evaluación pretratamiento. De esta forma, a medida que los pacientes acudían al programa, cumplimentaban todos los instrumentos de evaluación utilizados en esta investigación.

En concreto, se llevaron a cabo 3 sesiones de evaluación. En la primera se recogían los datos sociodemográficos, en la segunda se valoraba la severidad de la adicción y, por último, en la tercera sesión se evaluaban las características de personalidad de los pacientes de la muestra. En este sentido, tal y como se ha sugerido por parte de algunos autores (Sonne y Brady, 1998), la evaluación de las características de personalidad se realizó una vez transcurridas 3 semanas desde el inicio de la abstinencia, para eliminar así la posible influencia de la sintomatología abstinencial.

Con arreglo a los criterios más conservadores de Weltzler (1990), sólo se ha considerado la presencia de un trastorno de personalidad cuando la puntuación en la tasa-base (TB) del *MCMI-II* es superior a 84.

RESULTADOS

A continuación se presentan, en primer lugar, los resultados obtenidos en las diferentes variables estudiadas. En segundo lugar, se exponen los datos correspondientes a la relación entre las características de personalidad y el resto de las variables de este estudio.

Variables sociodemográficas

Las características sociodemográficas de la muestra aparecen descritas en la *tabla 1*. Como puede observarse, la edad media de los pacientes es de 26 años (con un rango que oscila entre los 19 y los 39) y hay una proporción de 8/9 varones por cada mujer. La incidencia de la adicción a la cocaína en los sujetos que acuden a

tratamiento es, por tanto, mucho mayor entre los hombres que entre las mujeres.

Tabla 1.- Características sociodemográficas

VARIABLES	N	(%)
EDAD MEDIA (Rango)	26,6	(19-39)
SEXO		
Varones	30	(85,7%)
Mujeres	5	(14,3%)
ESTADO CIVIL		
Solteros	27	(77,2%)
Casados	8	(22,8%)
NIVEL DE ESTUDIOS		
Sin estudios	8	(22,9%)
Estudios primarios	12	(34,3%)
Estudios secundarios	12	(34,3%)
Estudios universitarios	2	(5,7%)
SITUACIÓN LABORAL		
Activo	23	(65,7%)
Paro	12	(34,3%)

Por lo que se refiere al estado civil, hay un predominio claro de solteros, lo que se corresponde con la edad media de los pacientes. El nivel de instrucción de la mayoría es más bien bajo. En concreto, más de la mitad de la muestra no tienen estudios o éstos son primarios, y sólo un 5% ha cursado estudios superiores. Asimismo, la tasa de desempleo asciende al 34,3% de los casos, que es notablemente superior a la media de desempleo en la población normal (en entorno al 10% de la población activa, en la actualidad). Además, una parte importante de los casos se encuentra en esta situación por problemas derivados del consumo de cocaína (ser despedidos del trabajo, ausentarse injustificadamente, haber robado o estafado, etc.).

Variables de la adicción a la cocaína

Las principales características del consumo de cocaína figuran expuestas en la *tabla 2*. Los pacientes seleccionados para este estudio presentan un nivel alto de gravedad de la adicción. La media de consumo semanal es de casi 5 gramos de cocaína y llega, en algunos casos, a los 21 gramos por semana. A pesar de su juventud, se trata de pacientes con una larga historia de consumo y no de sujetos recientemente iniciados en el abuso de cocaína. El consumo se produce en la mayor parte de los casos por vía nasal y la frecuencia del mismo es elevada. En concreto, más de la mitad de los pacientes (el 51%) consumen cocaína a diario y un grupo muy amplio lo hace todos los fines de semana (el 40%). En este sentido, un porcentaje significativo de sujetos (el 37%) ha estado involucrado en el tráfico de drogas, con el objetivo de sufragar los gastos derivados del consumo o de obtener beneficios económicos.

Por otra parte, un aspecto a destacar es la elevada presencia de antecedentes familiares con alteraciones psiquiátricas o con abuso de drogas. Asimismo, es habitual que los pacientes hayan acudido a consulta previamente por problemas psiquiátricos generales o, más específicamente, por abuso de drogas. De hecho, aunque sin observarse una relación de dependencia, es destacable el elevado consumo de hachís, que es habitual en el 31% de la muestra.

Tabla 2.- Características De La Adicción A La Cocaína

VARIABLES	N	(%)
MEDIA DE CONSUMO (Rango)	4,97grs./semana (0,5-21)	
ANTIGÜEDAD DE CONSUMO	6 años	
VIA DE CONSUMO		
Nasal	32	(97,1%)
Oral	1	(2,9%)
FRECUENCIA DE CONSUMO		
Diario	18	(51,4%)
Fin de semana	14	(40%)
Mensual	3	(8,6%)
HISTORIA PSIQUIÁTRICA ANTERIORES		
Sí	13	(37,1%)
No	22	(62,9%)
ANTECEDENTES FAMILIARES		
Sí	25	(71,4%)
No	10	(28,6%)
CONSUMO HABITUAL HACHÍS		
Sí	13	(37,1%)
No	22	(62,9%)
TRÁFICO DE DROGAS		
Sí	13	(37,1%)
No	22	(62,9%)

Variabes de personalidad

Los resultados obtenidos en el MCMI-II reflejan que el 45,7% de la muestra (16 pacientes) presenta, al menos, un trastorno de personalidad, y el 28,6% se ve afectado por dos o más trastornos simultáneamente, con una media de 1,11 trastornos por cada sujeto de la muestra. Más en concreto, el trastorno observado con mayor frecuencia es el *trastorno antisocial de la personalidad*, que afecta al 25,7% de los casos (1 de cada 4 pacientes), seguido del *trastorno de la personalidad por evitación* y del *trastorno pasivo-agresivo*, con una tasa del 14,28% cada uno de ellos (*tabla 3*).

Una vez obtenido el porcentaje global de sujetos afectados por trastornos de personalidad y los trastornos concretos de mayor prevalencia, se ha comparado a los pacientes en función del sexo (a pesar del reducido número de mujeres), de la existencia de un diagnóstico de alcoholismo, debido a la alta tasa de comorbilidad observada con este cuadro clínico, y de la puntuación obtenida en las escalas de abuso de sustancias (escalas B y T del MCMI-II).

Por lo que se refiere al sexo, la tasa de trastornos de personalidad en los hombres asciende al 46,6% de la muestra (14 sujetos) y, en el caso de las mujeres, al 40% (2 mujeres), sin que se observen diferencias significativas entre ambos sexos ($X^2=0,07$; $p=0,78$). No obstante, es necesario tener en cuenta el pequeño tamaño de la muestra de mujeres, que consta solamente de 5 casos.

Desde otra perspectiva, los pacientes que únicamente consumen cocaína (cocainómanos *puros*) presentan una tasa de trastornos de personalidad del 37,5% (6 sujetos). En el caso de los pacientes con un diagnóstico de alcoholismo asociado la tasa es del 52,6% (10 sujetos), sin que tampoco se observen diferencias estadísticamente significativas ($X^2=0,80$; $p=0,37$). La comparación en los distintos trastornos de personalidad entre ambas submuestras indica la existencia de diferencias significativas únicamente en el *trastorno pasivo-agresivo*, que aparece con mayor frecuencia en los sujetos con un diagnóstico de alcoholismo asociado (*tabla 4*).

Tabla 3.- Perfil de los Trastornos de Personalidad en los pacientes de la muestra

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	N	%
Esquizoide	1	2,85%
Evitación	5	14,28%
Dependencia	2	5,71%
Histriónico	3	8,57%
Narcisista	3	8,57%
Antisocial	9	25,71%
Agresivo-sádico	4	11,42%
Obsesivo-compulsivo	2	5,71%
Pasivo-agresivo	5	14,28%
Autodestructivo	2	5,71%
Esquizotípico	0	---
Límite	1	2,85%
Paranoide	2	5,71%

Tabla 4.- Resultados en el MCMI-II en función del diagnóstico asociado de alcoholismo

	SIN ALCOHOLISMO (N=16)		CON ALCOHOLISMO (N=19)		X ²
	N	(%)	N	(%)	
Esquizoide	0		1	(5,3%)	0,86
Evitación	1	(6,3%)	4	(21,1%)	1,55
Dependencia	1	(6,3%)	1	(5,3%)	0,16
Histriónico	1	(6,3%)	2	(10,5%)	0,20
Narcisista	0		3	(15,8%)	2,76
Antisocial	2	(12,5%)	7	(36,8%)	2,69
Agresivo-sádico	1	(6,3%)	3	(15,8%)	0,78
Obsesivo-compulsivo	2	(12,5%)	0		2,51
Pasivo-agresivo	0		5	(26,3%)	4,91 *
Autodestructivo	0		2	(10,5%)	1,78
Esquizotípica	0		0		---
Límite	0		1	(5,3%)	0,86
Paranoide	0		2	(10,5%)	1,78

* p < 0,05

Tabla 5.- Resultados en el MCMI-II en función de la puntuación en las escalas relacionadas con el abuso de sustancias

	ALTA GRAVEDAD DE ABUSO DE SUSTANCIAS (N=13)		BAJA GRAVEDAD DE ABUSO DE SUSTANCIAS (N=22)		X ²
	N	(%)	N	(%)	
Esquizoide	1	(7,7%)	0		1,74
Evitación	4	(30,8%)	1	(4,5%)	4,58 *
Dependencia	0		2	(9,1%)	1,25
Histriónico	2	(15,4%)	1	(4,5%)	1,22
Narcisista	3	(23,1%)	0		5,55 *
Antisocial	8	(61,5%)	1	(4,5%)	13,89 **
Agresivo-sádico	2	(15,4%)	2	(9,1%)	0,32
Obsesiva- compulsivo	0		2	(9,1%)	1,25
Pasivo-agresivo	4	(30,8%)	1	(4,5%)	4,58 *
Autodestructivo	1	(7,7%)	1	(4,5%)	0,15
Esquizotípica	0		0		---
Límite	1	(7,7%)	0		1,74
Paranoide	2	(15,4%)	0		3,59

* p< 0,05 ** p<0,001

Por último, se ha dividido la muestra en función de la puntuación obtenida en las escalas del MCMI-II relacionadas con el consumo de sustancias: escalas B (*abuso de alcohol*) y T (*abuso de drogas*). En concreto, los pacientes que presentaban una puntuación superior a 75 en alguna de ellas se han considerado como sujetos de alta gravedad de consumo de sustancias (13 sujetos), y los que obtenían una puntuación inferior a 75 como sujetos de baja gravedad. Los resultados obtenidos indican la existencia de diferencias significativas entre ambas submuestras ($p < 0,05$), con una tasa de prevalencia de los trastornos de personalidad en los sujetos con mayor gravedad del 69,2%, muy superior a la obtenida en los sujetos de menor gravedad: el 31,8%. Los resultados obtenidos en los diferentes trastornos de personalidad figuran expuestos en la *tabla 5*.

Como se puede observar en la tabla, las diferencias significativas aparecen en los siguientes trastornos: *evitación, narcisista, antisocial y pasivo-agresivo*. En todos ellos, son los sujetos con mayor gravedad de abuso de sustancias los que presentan una puntuación significativamente superior.

CONCLUSIONES

El estudio de las variables de personalidad entre la población adicta a drogas no ha hecho más que comenzar. No son ajenos a ello los resultados obtenidos en el tratamiento de los pacientes aquejados por una conducta adictiva. Si bien las tasas de éxito terapéutico han aumentado considerablemente en los últimos años, fruto probablemente de la mejora en los protocolos de intervención y de su mayor adecuación a este tipo de pacientes, hay un porcentaje significativo de adictos que no se benefician tanto de los tratamientos actuales. La influencia de los trastornos de personalidad y el desconocimiento de las pautas específicas de intervención en estos casos, contribuyen, en cierta medida, a ello.

En este estudio se ha llevado a cabo una valoración de los trastornos de personalidad más frecuentes en los adictos a la cocaína. Los resultados obtenidos indican que el 45,7% de la muestra (es decir, 1 de cada 2 pacientes) presenta, al menos, un trastorno

de personalidad. Estos resultados coinciden con los obtenidos en otras investigaciones que también señalan una tasa elevada de trastornos de personalidad en los dependientes de la cocaína (Barber *et al.*, 1996; Kranzler *et al.*, 1994; Sonne y Brady, 1998). Esta cifra tan elevada es preocupante, ya que los programas habituales de intervención clínica con cocainómanos no contemplan, en su mayor parte, la existencia de trastornos de personalidad. Por lo tanto, los resultados de este estudio muestran la necesidad de tener en cuenta los trastornos de personalidad, tanto en la evaluación clínica de la adicción a la cocaína, como en el desarrollo de programas específicos de tratamiento.

Desde una perspectiva más concreta, el *trastorno antisocial de la personalidad* es el más frecuente y afecta al 25,7% de los adictos a la cocaína (1 de cada 4 pacientes). Se trata de un trastorno caracterizado por el desprecio y la vulneración sistemática de los derechos básicos de los demás, así como por la falta de adaptación a las normas sociales y legales (APA, 1994). El *trastorno antisocial de la personalidad* se ha diagnosticado con mucha frecuencia en el ámbito de la adicción a la cocaína y son muchas las investigaciones que indican la importancia del mismo en este tipo de población (Bauer, 2001; Carroll, Ball y Rounsaville, 1993; McKay, Alterman, Cacciola, Mulvaney y O'Brien, 2000; Rutherford, Cacciola y Alterman, 1999). En este sentido, un dato significativo es que el 37% de los cocainómanos estudiados ha estado involucrado en el tráfico de drogas, lo que refleja, en cierta medida, el perfil antisocial de la muestra.

Más sorprendente es la tasa de prevalencia del *trastorno pasivo-agresivo de la personalidad*, que aparece en segundo lugar de importancia, junto con el *trastorno de la personalidad por evitación*. En concreto, el *trastorno pasivo-agresivo* se caracteriza por la oposición y resistencia pasiva ante las demandas adecuadas de rendimiento social y laboral, y está propuesto como categoría diagnóstica de estudio para su posible inclusión en el DSM-IV (APA, 1994). Este trastorno no aparece en otros estudios previos con adictos a la cocaína, aunque sí ha mostrado su importancia en otras conductas adictivas (*cf.* Cangas y Olivencia, 1999; Fernández-Montalvo, Landa, López-Goñi, Lorea y Zarzuela, 2002)-. Constituye,

por tanto, un trastorno que debe estudiarse para posteriores ediciones del DSM-IV.

Según el modelo de Millon, los sujetos afectados por un *trastorno pasivo-agresivo de la personalidad* se caracterizan por los frecuentes sentimientos de duda y de vacilación entre seguir los propios deseos o los de los demás. Su conducta suele mostrarse errática y afectada por fuertes impulsos discrepantes entre sí. Esto coincide con la ambivalencia motivacional que se observa entre los adictos a la cocaína que acuden a consulta. En el ámbito clínico, es frecuente que el paciente reconozca los efectos negativos de la cocaína, aunque, por otra parte, mantiene la expectativa de llegar a controlar el consumo, sin tener que abandonar totalmente el uso de la sustancia (Gawin, Khalsa y Ellinwood, 1997). Dicho de otra forma, se quiere dejar de tener problemas por el consumo de cocaína, y no tanto dejar de consumirla. Esta hipótesis podría suponer un posible punto de encuentro entre el *trastorno pasivo-agresivo* y la adicción a la cocaína.

Por lo que se refiere al *trastorno de la personalidad por evitación*, se caracteriza por un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia personal e hipersensibilidad a la evaluación negativa. Desde esta perspectiva, el sentimiento disfórico constante que se observa en estos casos podría aumentar, a modo de autoterapia inadecuada, la probabilidad de implicarse en el consumo de drogas estimulantes, con el objetivo de superar la sintomatología presentada. No obstante, se trata de una mera hipótesis explicativa que adolece de una falta de comprobación empírica.

Un aspecto importante a destacar es la baja frecuencia con la que se observan otros trastornos que, sin embargo, se diagnostican con mucha frecuencia en las conductas adictivas. El *trastorno límite de la personalidad*, por ejemplo, es, probablemente, el trastorno que se diagnostica con más frecuencia en el ámbito clínico. Lamentablemente es un trastorno que ha funcionado durante mucho tiempo como un cajón de sastre, en el que se han incluido pacientes de todo tipo -no en vano es el trastorno más impreciso de los descritos actualmente en el DSM-IV-. Sin embargo, en este estudio afecta solamente al 2,85% de la muestra, muy por debajo de otros.

Por otra parte, en este estudio se ha llevado a cabo una comparación entre hombres y mujeres en la tasa de prevalencia de los trastornos de personalidad, sin que se observen diferencias significativas en la tasa global. No obstante es necesario tener en cuenta el reducido tamaño de la muestra de mujeres de este estudio, por lo que se debe tomar con cautela estos resultados. La comparación entre los distintos trastornos tampoco muestra diferencias significativas entre ambos sexos.

Tampoco se observan diferencias significativas en la tasa global de trastornos de personalidad entre los cocainómanos *puros* y los que presentan un diagnóstico asociado de alcoholismo. No obstante, cuando se comparan los trastornos específicos de personalidad, aparecen diferencias en el *trastorno pasivo-agresivo*, que afecta con mayor frecuencia a los cocainómanos adictos también al alcohol. Este resultado es sumamente interesante ya que en el estudio de Fernández-Montalvo *et al.* (2002), con una muestra de 70 alcohólicos, el *trastorno pasivo-agresivo de la personalidad* se perfilaba como el de mayor frecuencia. Los resultados obtenidos en el presente trabajo consolidan la importancia del *trastorno pasivo-agresivo* en el ámbito del alcoholismo.

Por otra parte, cuando se ha dividido la muestra en función de los resultados obtenidos en las escalas de abuso de sustancias (escalas B de *abuso de alcohol* y T de *abuso de drogas*), se observa una incidencia más alta de los trastornos de la personalidad entre los pacientes con mayor gravedad de abuso. Estos mismos resultados se han encontrado en otras investigaciones (*cfr.* Cangas y Olivencia, 1999). Ello refleja la estrecha relación existente entre las conductas adictivas y las alteraciones de personalidad. En esta línea, algunos autores han propuesto, incluso, que la relación existente entre la impulsividad, los trastornos de la personalidad y las conductas adictivas cuestiona el tratamiento de las mismas como entidades separadas (Cervera, Rubio, Haro, Bolinches, De Vicente y Valderrama, 2001).

En cualquier caso, los resultados de esta investigación reflejan un índice de comorbilidad muy elevado entre la dependencia de la cocaína y los trastornos de personalidad. Al margen de las limitaciones terapéuticas existentes en el tratamiento de los trastornos de

personalidad (*cf.* Echeburúa y Corral, 1999; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2002), resulta imprescindible tenerlos en consideración cuando se tiene que planificar una intervención en pacientes adictos (Cangas y Olivencia, 1999; Cervera, Bolinches y Valderrama, 1999).

No obstante, este estudio presenta una limitación importante: la valoración de los trastornos de personalidad se ha llevado a cabo con una prueba de autoinforme: el MCMI-II. A pesar de la utilidad de este instrumento, y de su amplia utilización en el ámbito de las conductas adictivas, parece necesario recurrir, en investigaciones futuras, a entrevistas clínicas específicas de los trastornos de personalidad -el IPDE (Loranger, 1995), por ejemplo-. Ello permitirá el diagnóstico más preciso de este grupo de trastornos y, como consecuencia, la reducción de la amplia variabilidad observada en los resultados de los diferentes estudios sobre los trastornos de personalidad en los adictos a la cocaína.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association**, (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, D.C. APA.
- Barber, J.P., Frank, A., Weiss, R.D., Blaine, J., Siqueland, L., Moras, K., Calvo, N., Chittams, J., Mercer, D. y Salloum, M.** (1996). Prevalence and correlates of personality disorder diagnoses among cocaine dependent outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 10, 297-311.
- Bauer, L.O.** (2001). Antisocial personality disorder and cocaine dependence: their effects on behavioral and electroencephalographic measures of time estimation. *Drug and Alcohol Dependence*, 63, 87-95.
- Bobes, J., Sáiz, P.A., González, M.P. y Bascarán, M.T.** (2001). Epidemiología del uso/abuso de cocaína. *Adicciones*, 13 (suplemento 2), 23-36.
- Caballero, L.** (2000). Adicción a la cocaína: de la neurobiología a la clínica humana. *Jano*, 2, 5-9.
- Cangas, A. y Olivencia, J.J.** (1999). Alteraciones de la personalidad asociadas a las conductas adictivas. *Apuntes de Psicología*, 17, 109-116.
- Carroll, K.M., Ball, S.A. y Rounsaville, B.J.** (1993). A comparison of alternate systems for diagnosing antisocial personality disorder in cocaine abusers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 436-443.

- Cervera, G., Bolinches, F. y Valderrama, J.C.** (1999). Trastornos de la personalidad y drogodependencias. *Trastornos adictivos*, 1, 91-99.
- Cervera, G., Rubio, G., Haro, G., Bolinches, F., De Vicente, P. y Valderrama, J.** (2001). La comorbilidad entre los trastornos del control de los impulsos, los relacionados con el uso de sustancias y los de la personalidad. *Trastornos adictivos*, 3, 3-10.
- Dowson, J.H. y Grounds, A.T.** (1995). *Personality disorders. Recognition and clinical management*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Echeburúa, E. y Corral, P.** (1999). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 585-614.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J.** (2002). Terapia de conducta dialéctica y trastorno límite de la personalidad: aplicaciones clínicas. *Monografías de Psiquiatría*.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E.** (2001). Trastornos de personalidad y juego patológico: una revisión crítica. *Psicología Conductual*, 9, 527-539.
- Fernández-Montalvo, J., Landa, N., López-Goñi, J.J., Lorea, I. y Zarzuela, A.** (2002, en prensa). Trastornos de personalidad en alcohólicos: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*.
- Gawin, F.H., Khalsa, M.E. y Ellinwood, E.** (1997). Estimulantes. En M.C. Galanter y H.D. Kleber (Eds.). *Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias*. Barcelona. Masson.
- Kranzler, H.R., Satel, S. y Apter, A.** (1994). Personality disorders and associated features in cocaine-dependent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 335-340.
- Loranger, A. W.** (1995). *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.
- McKay, J.R., Alterman, A.I., Cacciola, J.S., Mulvaney, F.D. y O'Brien, C.P.** (2000). Prognostic significance of antisocial personality disorder in cocaine-dependence patients entering continuing care. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 287-296.
- Medina, A. y Moreno, M.J.** (1998). *Los trastornos de la personalidad. Un estudio médico-filosófico*. Córdoba. Nanuk.
- Millon, T.** (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II)*. Minneapolis. National Computer Systems.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.** (2001). *Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea*. Luxemburgo. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.

- Observatorio Español sobre Drogas.** (2001). *Informe N° 4*. Madrid. Plan Nacional sobre Drogas.
- Rutherford, M.J., Cacciola, J.S. y Alterman, A.I.** (1999). Antisocial personality disorder and psychopathy in cocaine-dependent women. *American Journal of Psychiatry*, 156, 849-856.
- Sáiz, P.A., González, M.P., Paredes, B., Martínez, S. y Delgado, J.M.** (2001). Personalidad y uso-abuso de cocaína. *Adicciones*, 13 (suplemento 2), 47-59.
- Sarason, I.G. y Sarason, B.R.** (1996). Trastornos de la personalidad. En *Psicología anormal*. México. Prentice-Hall. 7ªed.
- Sonne, S.C. y Brady, K.T.** (1998). Diagnosis of personality disorders in cocaine-dependent individuals. *American Journal of Addictions*, 7, 1-6.
- Tenorio, J. y Marcos, J.A.** (2000). Trastornos duales: tratamiento y coordinación. *Papeles del Psicólogo*, 77, 58-63.
- Vázquez, C., Ring, J. y Avia, M.D.** (1990). Trastornos de la personalidad. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Eds.). *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría*. Madrid. Interamericana-McGraw-Hill, vol. 2º.
- Weltzer, S.** (1990). The Millon clinical multi-axial inventory (MCMI): a review. *Journal of Personality Assessment*, 55, 445-464.