
Trastornos de personalidad y dependencia de heroína: una relación por determinar

JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ MIRANDA⁽¹⁾, EDUARDO GUTIÉRREZ CIENFUEGOS⁽²⁾.

(1) Unidad de Tratamiento de Toxicomanías. Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Area III.
Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)

(2) Unidad de Tratamiento de Toxicomanías. Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Area V.
Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)

Enviar correspondencia a: Juan José Fernández Miranda. Unidad de Tratamiento de Toxicomanías. C/ Llano Ponte 49 bajo
33400-Avilés (Asturias). Tfno: 985510620. Fax: 985542992. e-mail: miranvilla@telefonica.net

RESUMEN

El interés por los trastornos de personalidad (TP) en el campo de las adicciones radica en su importancia epidemiológica, su papel etiológico y su influencia en el pronóstico y tratamiento de la drogodependencia. Numerosos estudios muestran que los TP son comunes entre los adictos, aunque en muchos se solapan conductas derivadas de la propia dependencia con las descriptivas de determinados TP, lo que dificulta su diagnóstico. Esto último es más evidente en el caso de la dependencia por opioides, donde el TP disocial es el más notificado, seguido del de inestabilidad emocional. En cualquier caso, la mayoría de los heroínómanos diagnosticados de TP presentan más de uno.

Se han propuesto al menos tres vías causales para la adicción en las que los factores de personalidad son etiológicamente importantes. En cuanto a su influencia en la evolución de la dependencia y en el pronóstico de los tratamientos, en general parecen ensombrecerlos, con más abandonos de tratamiento y mayor y más problemático consumo de drogas. Pero parece que pueden beneficiarse en igual medida que los adictos sin TP de los apoyos terapéuticos. De hecho, la mejora de la efectividad de los tratamientos de la dependencia de heroína pasará por una mayor detección y abordaje de los TP.

En el presente artículo se revisan todos estos aspectos. Además, se describen los hallazgos en pacientes en PMMs en Asturias respecto a TP y su relación con la gravedad de la adicción y los resultados del tratamiento

Palabras clave: adicción, heroína, trastornos de personalidad, etiología, epidemiología, evaluación, pronóstico.

ABSTRACT

There is a strong interest in the field of drug abuse about personality disorders (PD), due to their epidemiological importance, etiological role, influence on drug dependence prognosis and treatment possibilities. A large number of studies have shown that PD are very common among drug abusers, although in most of them it is not clear if some behaviour is related with PD or with drug dependence itself, what difficulties its diagnosis. This is even more relevant is heroin addicts, among which antisocial is the most reported PD, and borderline is the second one. Anyway, most of the heroin addicts with PD show more than one.

Three causes for addiction in which personality factors are etiologicaly important have been proposed. About their influence in prognosis of the dependence and its treatment, it has been shown that worsens both in general terms, with higher rates of treatment discharge, drug consumption and related problems. However, therapeutic interventions with patients with PD seem to be as effective as with no PD. Moreover, drug abuse treatment effectiveness would be improving by giving greater attention to the detection and care to personality disorders.

All these issues are reviewed in this paper. Moreover, findings of Asturian researches on PD, severity of addiction and methadone maintenance treatment outcomes are shown.

Key words: addiction, heroin, personality disorders, aetiology, treatment, epidemiology, evaluation, prognosis..

LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y LA ADICCIÓN: ETIOPATOGENIA

El énfasis relativo en la importancia de la personalidad y sus trastornos en la patogénesis y el curso de la adicción ha variado considerablemente: en el modelo basado en los síntomas, que dominó durante la primera mitad del siglo XX, la adicción se consideraba síntoma de un trastorno subyacente de la personalidad, mientras que el modelo de enfermedad biológico no reconocía la personalidad en la etiología de la adicción. La nosología psiquiátrica adoptó la primera perspectiva e incluyó la adicción como una variación de la “perturbación sociopática de la personalidad” o “de los TP y otros trastornos mentales no psicóticos.” Este enfoque se desechó en gran parte en la década de los 70, porque una multitud de estudios no consiguió identificar un tipo único de “personalidad predictiva”.

Las formulaciones actuales de la etiología de la adicción (Cloninger, Sigvardsson, Bohman, 1988; Verheul, 2001) se describen mejor como modelos de diátesis-estrés bioconductuales, considerando que el comienzo y el curso de la adicción derivan de una interacción recíproca continua entre las vulnerabilidades biológicas y psicológicas, y los recursos del sujeto y sus circunstancias psicosociales. Los datos disponibles que avalan el papel de los trastornos de la personalidad en la etiología de los trastornos por uso de sustancias derivan de estudios que muestran la elevada comorbilidad relativa entre ambos trastornos (Brooner, King, Kidorf, Schmidt y Bigelow, 1997; Rounsaville, Kranzier, Bail, Tennen, Poling y Triffeman, 1998), y que los factores de la personalidad y los trastornos psicopatológicos predicen el comienzo posterior del uso de sustancias y las patologías adictivas (Cloninger et al., 1988; Conrod, Pihl y Vassileva, 1998). En conjunto, estos estudios indican consistentemente que los TP son un factor de riesgo potencial importante que, sin embargo, no es exclusivo ni esencial en todos los casos.

En una revisión reciente (Verheul, 2001), ha propuesto que es posible distinguir al menos tres vías causales o evolutivas diferentes para el desarrollo de la adicción en las que los factores de la personalidad son probablemente un factor etiológico importante. Estas vías se definieron como la vía de la desinhibición del comportamiento (Cloninger et al., 1988), la vía de la reducción del estrés (Conrod et al., 1998; Merikangas, Stevens, Fenton, Stolar, O'Mallei, Woods, et al. 1998) y la vía de la sensibilidad a la recompensa (Cloninger et al., 1988; Conrod et al., 1998). Estas tres vías explican probablemente la mayor parte de la comorbilidad observada entre los TP y los trastornos por uso de sustancias. La vía de la desinhibición del comportamiento podría explicar la comorbilidad del trastorno antisocial de la personalidad y, en cierta medida, el trastorno límite de la personalidad. La vía de la reducción del estrés podría explicar la comorbilidad de los TP por evitación, por dependencia, esquizotípico y límite. La vía de la sensibilidad a la recompensa podría explicar la comorbilidad de los TP histriónico y narcisista. De las tres vías comentadas, la vía de la desinhibición del comportamiento es la mejor documentada (Cloninger et al., 1988).

Es probable que las tres vías se diferencien en cuanto a su pertinencia a través de sustancias psicoactivas diferentes. Por ejemplo, mientras que la cocaína y otros psicoestimulantes podrían ser más acordes con la vía de la sensibilidad a la recompensa, la vía de la reducción del estrés posiblemente es adecuada para explicar sólo los trastornos por uso de depresores del sistema nervioso central (alcohol, benzodiacepinas y heroína).

En la actualidad es posible concluir que existe una clara asociación epidemiológica entre abuso de sustancias y TP, sin que se puedan hacer deducciones acerca de la causalidad. En este sentido, el consumo de sustancias puede servir como automedicación para ciertos rasgos de la personalidad, atenuando los impulsos agresivos, la disforia, rabia y depresión, de forma que los TP se asocian más con la dependencia de sustancias que otros diagnósticos psiquiátricos (Siever

y Davis, 1991). Esta asociación se sustenta, tanto en los estudios realizados en poblaciones de toxicómanos como en muestras de sujetos diagnosticados de TP.

No obstante, los datos aportados deben ser vistos con prudencia debido a lo difícil del tema estudiado, ya que a las dificultades del estudio de la personalidad, debemos sumar las de la propia toxicomanía y las derivadas de la compleja relación entre ambas. Entre otros, los problemas existentes son: la edad de inicio de la toxicomanía, las características de las poblaciones de las que normalmente se extraen las muestras estudiadas, los instrumentos y criterios diagnósticos, y el solapamiento existente entre las conductas generadas por la toxicomanía y aquellas presentadas por los sujetos con TP sin adicción, (Noorlander, 1985; Brooner, Greenfield y Schmidt, 1993; Ordóñez, Bobes y Rodríguez, 1993; Raskin y Miller, 1993; Fernández Miranda, 2002).

En efecto, los TP son un grupo diagnóstico en el que se está tratando de precisar criterios para un diagnóstico más homogéneo. Aún hoy existen aspectos como: la adecuación de los criterios de definición, el número de los TP, el agrupamiento de éstos, el modo de clasificación (categorial vs. dimensional), que se mantienen en cuestión.

Sin embargo, el estudio de poblaciones adictas en seguimientos a largo plazo, que permitiría diferenciar entre verdaderos TP y solapamientos con las conductas derivadas de la dependencia activa, es escaso, por lo que la mayor parte de los investigadores arrojan poca luz sobre la relación entre ambos trastornos, al confundir conductas típicas del estilo de vida adictivo y las propias de un TP (Fernández Miranda, 2002).

Además de la asociación epidemiológica, es un hecho que la comorbilidad entre consumo de sustancias y TP tiene implicaciones claras en la clínica. Así, la existencia de trastorno de la personalidad se asocia a una mayor implicación con drogas no habituales y da lugar a pautas peculiares en el uso de alcohol. Los adictos con trastornos de la personalidad también se encuentran menos

satisfechos con su vida, se muestran más impulsivos, más aislados y con más tendencia a la depresión (Bobes, Bousoño y González, 1990; Rousar, Brooner, Reiger y Bigelow, 1994; González García, 1995). Y se ha evidenciado que la respuesta al tratamiento de los pacientes con TP primarios, es decir, aquellos cuyo trastorno no es debido a la toxicomanía, es peor (McLellan, 1986; Gerstley, Alterman y McLellan, 1990; Nace, Davis y Gaspari, 1991; Ravndal y Vaglum, 1991 a y b).

Por último, la existencia de TP también va a influir en el pronóstico, tanto por la diferente actitud como por la posibilidad de aparición de complicaciones en el curso de la adicción y la respuesta a éstas. Como ejemplo, se puede decir que la existencia de una personalidad antisocial aumenta la probabilidad de contraer la infección por el VIH en adictos a drogas por vía parenteral (Brooner et al., 1993; Fernández, González, Sáiz, Gutiérrez, Bobes, 1999) e influye en la capacidad de afrontamiento del problema, con más frecuencia de disforia y respuestas inadecuadas en los que presentan TP (Perkins, Davidson y Leserman, 1993).

EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TP EN ADICTOS A DROGAS.

Existen diversas dificultades para delimitar claramente la comorbilidad de los trastornos mentales y por abuso de sustancias. Entre ellos se encuentran:

- La falta de claridad en la definición de ambos tipos de diagnósticos: el solapamiento y la indefinición son habituales.
- Ambos tipos de trastornos pueden ser conceptualizados desde una perspectiva de continuum, y esta graduación queda en manos del clínico.
- Es habitual que se presente el policonsumo de sustancias y también es habitual poder hacer varios diagnósticos de TP en un mismo individuo.

- Mecanismos defensivos comunes como la negación y la proyección. Por medio de la utilización de dichos mecanismos de defensa el paciente mantiene su perfil conductual desadaptativo.
- Ambos trastornos suelen iniciarse en la adolescencia, son crónicos y precisan tratamiento a largo plazo.
- La afectación acaba extendiéndose a todas las dimensiones de la persona, tanto aspectos personales y familiares, como laborales, legales, médicos, etc.
- Otro problema radica en si los diagnósticos observados son previos, coexistentes o secundarios (Ochoa y Arias, 2002).

Aún teniendo en cuenta lo anterior, numerosos estudios han mostrado que los TP, particularmente los de tipo antisocial, límite, por evitación y paranoide son muy prevalentes entre los individuos con trastornos por uso de sustancias (Brooner et al., 1997; Kokkevi y Stefanis, 1995; Rounsaville et al., 1998). Las estimaciones de la prevalencia global de TP son del 10-15% en los sujetos normales, del 45-80% en los pacientes psiquiátricos y del 35-73% en los adictos tratados (Verheul, 2001). Las diferentes tasas de prevalencia encontradas en los estudios se explican en parte por características de muestreo, el entorno de tratamiento y la sustancia primaria de abuso (Brooner et al., 1997; Verheul, 2001). Otra fuente importante de variación se deriva de los criterios diagnósticos específicos empleados.

En concreto, la prevalencia de TP en dependientes de opiáceos oscilan entre un 35% (Bronner et al., 1997) hasta el 65% (Khantzian y Treece, 1985), con criterios diagnósticos operativos y entrevistas estructuradas. Las discrepancias producidas en las cifras de prevalencia son debidas principalmente a las dificultades metodológicas ya comentadas. Arias, Ochoa y López-Ibor, (1996) diagnostican un TP en el 47.5% de la muestra con el SCID-II y criterios DSM-III-R, cifras similares a las referidas por otros autores con igual metodología (Nace et al., 1991; San, Pomarol y Peri, 1991).

Khantzian et al., (1985) presentan una prevalencia del 65%, Koeningsberg, Kaplan, Gilmore y Cooper (1985) un 61%, Kosten y Rounsaville (1986) un 68%, Nace et al. (1991) un 57%, Cervera, Valderrama, Bolinches (1997) que encuentran una prevalencia del 53.8%, Skodol, Oldham y Gallaher (1999) un 60%, Haro, Bolinches y De Vicente (2001) que encuentran un 58.1%, Pérez Urdaniz (2003) con cifras entre un 50 y 60%, Fernández, González, Sáiz, Gutiérrez y Bobes (2001b) un 51.3% y Barron, Mateos y Martínez (2003) con un 60%. Sin embargo, discrepan con otros, como en el caso de Ruiz, Casete, Carrera, López, Marcos y Mariño (1996) que encuentra un 36%, San et al. (1991) un 49%, Brooner et al. (1993) un 37%, Brooner et al. (1997) un 35%, San Narciso, Carreño, Pérez y Alvarez (1998) un 43%, y Haro, Cervera, Ballester, Martínez y Castellano (1998) un 45.3%. DeJong, Van Den Brink y Hartevelde (1993) en su revisión, encuentran tasas de prevalencia de TP en toxicómanos a tratamiento que oscilan entre el 25% y el 61% en dos trabajos que utilizaban el juicio clínico como criterio diagnóstico y del 56% al 100% en los que utilizaban instrumentos estructurados para la recogida de datos y criterios diagnósticos de la American Psychiatric Association. Datos de prevalencia algo superiores (69,3%) presentan Kokkevi et al. (1995) en Europa.

Kosten y Rounsaville (1986) presentan una prevalencia del 68% de trastornos en su muestra, semejante a la hallada en nuestro país por Gutiérrez, Sáiz, González, Fernández y Bobes (1998). Mientras, García y Ezquiaga (1992) encuentran un 36%. También Sánchez, Tomás y Climent (1999), utilizando como instrumento diagnóstico el SCID-II, hallan elevadas frecuencias de trastornos de la personalidad en los adictos a opiáceos. En general, se encuentran elevadas tasas de trastornos de la personalidad en dependientes de opiáceos, siendo éstas más altas en aquellos que realizaban tratamientos de mantenimiento con metadona que en los que seguían tratamiento de mantenimiento con naltrexona (San Narciso et al., 1998).

La mayoría de los pacientes diagnosticados de éste tipo de patología presentan más de un TP, aunque no coinciden en el número de trastornos. Así, para Cervera et al. (1997) el 45% presentan un trastorno, el 26.5% dos y el 28.6% más de dos. DeJong et al. (1993) encuentran dos TP en el 80% de los pacientes. Brooner et al. (1993) encuentran un 39% de TP antisocial con más de un TP. Girolamo y Reich (1996) y Sánchez et al. (1999) también refieren este hecho en su estudio, al igual que Pérez Urdániz (2003). San Narciso et al. (1998) obtienen un 11.43% de pacientes con dos TP, el 5.71% presentaban tres, el 2.86% presentaban cuatro y el 1.43% tenían cinco. Para Cervera et al. (1997), el 44,9% presentan un TP, el 26,5% dos y el 28,6% más de dos., y Fernández et al. (2001) muestran que el 33% del total de pacientes tenía uno, el 10,5% dos y el 7,5% tres.

García y Ezquiaga (1992) obtienen unas prevalencias específicas de 28,7% de trastorno de la personalidad antisocial, 2,1% de histriónico y 4,2% de otras. Fernández et al. (2001), en una población estabilizada en tratamiento con metadona durante seis años, muestran mas frecuentes al TP antisocial (25,6%) y al límite (12,8%). San Narciso et al. (1998) encuentran una prevalencia en dependientes en tratamiento con naltrexona, un 14% para los TP disociales y un 17% para el TP impulsivo. Arias et al. (1996) encuentran que los más frecuentes fueron los TP por evitación (11.2%), dependiente (10%), límite (11.2%), antisocial (10%) y no especificado (12.5%). A diferencia de todos los trabajos expuestos, Haro et al., con el IPDE (1998), aunque presentan prevalencias de TP similares, señalan que el TP más frecuente en su población es el no especificado (15.6%), seguido del antisocial (13.3%) y el límite (11.7%).

Raskin et al. (1993) encuentran un 80% de pacientes con trastorno antisocial y Cervera et al. (1997) encuentran porcentajes también más elevados de trastorno antisocial (53.1%) y de trastorno límite (32.65%), mientras Ruiz et al. (1996) y Verheul (2001) los encuentran

menores (22% de trastorno antisocial y 16.6% de límite). Rounsaville, Weissman, Cléber y Wilber, (1982) encuentra una prevalencia de un 26.5%. Brooner et al. (1997) presentan resultados algo menores a los obtenidos en este trabajo, con un 25.1% de trastornos antisociales y un 5% de TP límite. Abbott, Séller y Walker (1994) encuentra resultados similares (40% agrupando trastornos de la personalidad antisocial y límite), al igual que Khantzian et al. (1985), Strain, Bronner y Bigelow (1991) y Pérez Urdániz (2003). Los TP más frecuentemente encontrados por Gutiérrez (2004) son el antisocial (30%) y el límite (24.67%). En contraposición, Kokkevi y Hartgers (1995) presentan unos resultados más elevados de trastorno antisocial de la personalidad (69.3%), aunque se debe tener en cuenta que la muestra fue seleccionada de pacientes varones ingresados en prisión, al igual que Woody, McLellan, Luborsky y O'Brian, (1985) con un 45% según criterios DSM, aunque un 19% con criterios RDC, Dinwiddle, Reich y Cloninger (1992) con un 68% en usuarios por VIV, Gill, Nolimal y Crowley (1992) con un 42% en una muestra exclusiva de PMM y Limbeek, Wouters, y Kaplan (1992) con un 59%. Bricolo, Gomma, Bertani y Serpelloni, (2002) llegan a señalar hasta un 69.6% de TP antisocial y un 76.8% de TP borderline.

Esta claro que el trastorno de la personalidad más vinculado con las drogodependencias es el antisocial. En el estudio ECA, el trastorno antisocial de la personalidad se relacionó con el trastorno por uso de alcohol (Nestadt, Romanoski, Samuels, Folstein y McHugh, 1992). La prevalencia de trastorno antisocial de la personalidad en dependientes de diversas sustancias oscila entre el 3% (Nace et al., 1991) y el 68% (Dinwiddlle et al., 1992). Para dependientes de opiáceos se han referido cifras de un 15% de trastorno antisocial de la personalidad con criterios RDC y entrevista por medio del SADS en adictos en psicoterapia (Woody, McLellan, Luborsky, O'Brian, Blaine, Fox, et al., 1984), en programas de mantenimiento con metadona de un

23 a un 25% por medio del SCID (Bronner et al., 1993; Bronner et al., 1997), un 42% con el uso del DIS (Gill et al., 1992) hasta un 59% con este último instrumento (Limbeek et al., 1992). La mayoría de estudios centran esa prevalencia para dependientes de opiáceos entre el 25 y el 50% con entrevistas estructuradas y criterios diagnósticos tipo DSM o RDC (Rounsaville et al., 1982; Khantzian et al., 1985; Woody et al., 1985; Strain et al., 1991; Gill et al., 1992; Bronner et al., 1993).

No obstante, son muy variables los porcentajes encontrados. Así, Raskin et al. (1993) encuentran un 80% de TP antisocial en adictos a opiáceos. Brooner et al. (1997) presentan prevalencias bastante menores, con un 25,1% de TP antisociales. Abbott et al. (1994) encuentran un 40%. En contraposición, Kokkevi y Stefanis (1995) presentan unos resultados más elevados de (69,3%), aunque la muestra fue seleccionada en prisión, y todos eran varones.

Por otra parte, y en sentido contrario, los estudios coinciden en señalar que es frecuente la dependencia de sustancias en ciertos TP, generalmente en el trastorno antisocial y en el trastorno límite de la personalidad. Así, en enfermos mentales crónicos la presencia de un TP del cluster B del DSM se asocia con una mayor prevalencia de dependencia de sustancias que aquellos con trastornos de los cluster A y C (Reich y Thompson, 1987; Fabrega, Ulrich, Pilkonis y Mezzich, 1991; Toner, Gillies, y Prendergast, 1992). Para Arranz, Bellido y Bosque (1993), estudiando una muestra de pacientes diagnosticados de TP que presentaban una tasa de abuso de sustancias del 33,3%, el TP antisocial y límite son los más prevalentes. En muestras de sujetos con trastorno límite de la personalidad se han referido prevalencias muy dispares, desde un 11% (Baxter, Edell, Gerner, Fairbanks y Gwirtsman, 1984) hasta un 67% de trastornos por uso de sustancias, superiores a las cifras de población general y con predominio de las dependencias de alcohol y sedantes (Dulit, Fyrer, Haas, Sullivan y Frances, 1990).

LOS TP Y EL CONSUMO ESPECÍFICO DE SUSTANCIAS

Parece que los TP del grupo B y A están más asociados a los trastornos por uso de opiáceos que los del grupo C. Muy probablemente, la relación de la desinhibición del comportamiento lleva a un trastorno adictivo más temprano, deficiente socialización, fracaso escolar y relaciones con iguales (Bolinches, De Vicente, Castellano, Pérez. Haro, Martínez y Cervera, 2002). Verheul (2001) asocia esta vía en lo biológico, a un déficit en los sistemas serotoninérgicos.

En la misma línea ha habido autores que han estudiado la asociación entre las características de personalidad y el consumo de drogas "específico", encontrando una alta tasa de trastornos de personalidad antisocial en adictos a opiáceos (Rounsaville et al., 1982; Khantzian y Treece, 1985; Abbott et al., 1994), y de trastorno de la personalidad narcisista, histriónico, borderline o antisocial en el caso de adictos a la cocaína (Weiss y Mirim, 1984).

El trastorno paranoide tiende a utilizar drogas del tipo de alcohol, cocaína y anfetaminas porque estas sustancias implementan la sensación de necesidad de control del entorno, y le permiten sentirse más poderoso en un mundo hostil. El trastorno esquizoide tiende a utilizar drogas de tipo psicodélico que faciliten sus vivencias de tipo fantasioso. Son susceptibles de presentar crisis de tipo psicótico tras el uso de estas sustancias. El trastorno esquizotípico de personalidad tiende a utilizar cannabis y alcohol. El trastorno de personalidad antisocial tiende a sentirse atraído por todas las sustancias de abuso. El uso de drogas en este tipo de paciente es vivido como algo natural y congruente con su percepción de la vida y solamente les plantea problemas en la medida que el medio externo cuestiona su uso y las consecuencias del mismo. El trastorno límite de la personalidad es probablemente el que con mayor frecuencia desarrolle una adicción. Puede utilizar cualquier tipo de sustancia, presentando episodios de consumos compulsivos que pueden alternarse con

otro tipo de conductas compulsivas (Ochoa y Arias, 2002).

El trastorno histriónico valora la utilización del alcohol u otras drogas en la medida que su uso tiene un efecto de realce de su imagen social. El trastorno evitativo suele sentirse atraído por las sustancias que reducen la vulnerabilidad interpersonal o que mejoran sus dificultades sociales. Así pueden utilizar los depresores del SNC ya que disminuyen su ansiedad o los estimulantes que disminuyen su sensación de vulnerabilidad. El trastorno dependiente de la personalidad puede utilizar el alcohol y otras sustancias para escapar de sus problemas de manera pasiva. Sin embargo estos pacientes el uso de sustancias esta más condicionado con sus relaciones de dependencia que por una vulnerabilidad real a la adicción. El trastorno anancástico de la personalidad puede consumir si encuentra disminución en su tensión crónica por medio del alcohol u otras sustancias, fundamentalmente las medicaciones prescritas para sus síntomas de ansiedad (Ochoa y Arias, 2002).

EL CURSO DE LA DEPENDENCIA DE OPIÁCEOS Y LOS TP COMÓRBIDOS.

El estudio de la asociación entre TP y toxicomanías ha venido siendo un aspecto de interés en la investigación tanto por el posible papel etiológico del trastorno de la personalidad como del adictivo, y por las implicaciones pronósticas y terapéuticas de la asociación. Una importante controversia en curso se refiere a si su diagnóstico en adictos es un artefacto que refleja estados pasajeros secundarios a los problemas adictivos o son TP "verdaderos" con comienzo temprano y un curso duradero independiente de los síntomas de la drogodependencia (Verheul, 2001).

Sin embargo, varios hallazgos recientes han refutado los potenciales artefactos en los diagnósticos de TP. Se ha comunicado que su tasa de prevalencia es similar entre las personas con un diagnóstico actual de trastorno por uso de sustancias comparado con personas

con igual diagnóstico anterior (Skodol et al., 1999). En una muestra de 273 personas con abuso de sustancias mixto se ha encontrado que la remisión del trastorno por uso de sustancias no se asocia significativamente con la del trastorno de la personalidad, lo que indica que las dos alteraciones siguen un curso independiente (Verheul, 2001). Por tanto, estos hallazgos contradicen la hipótesis (Nace et al., 1991) de que el uso crónico y grave de sustancias puede llevar a manifestaciones de TP que sean independientes de los trastornos psicopatológicos previos y que sea probable que disminuyan después de la interrupción de los comportamientos adictivos.

No obstante, esto no excluye por completo la posibilidad de que algunos síntomas (como la ideación paranoide, la desconfianza, el comportamiento excéntrico, las ideas de referencia, la explotación interpersonal, la manipulación y la pasividad) en algunos sujetos con abuso de sustancias estén moldeados y mantenidos por las propiedades de refuerzo y condicionamiento de las sustancias psicoactivas (Verheul, 2001).

Para otros autores, el solapamiento existente entre las conductas generadas por la toxicomanía y aquellas presentadas por los sujetos con TP sin adicción, como engaño, actos criminales, falta de responsabilidad, egocentrismo, exageración en la expresión de las emociones, falta de emotividad real y cambios rápidos de estado emocional pueden ser, tanto la expresión de un TP previo como consecuencia o epifenómeno de la propia toxicomanía (Ordóñez et al., 1993; Raskin y Miller, 1993). Sin embargo, el estudio de poblaciones adictas en seguimientos prolongados, que permitiría discernir entre verdaderos TP y solapamientos con las conductas derivadas de la dependencia activa, es escaso, por lo que bastantes investigaciones arrojan poca luz sobre la relación entre ambos trastornos, al confundir conductas típicas del estilo de vida del adicto y las propias de un TP (Fernández Miranda, 2002).

A partir de todo lo anterior, se puede concluir que las tasas de prevalencia de los TP en las personas con abuso de sustancias, tanto

en los pacientes como en los no pacientes, son unas cuatro veces más altas que en los sujetos normales, y que no es probable que los diagnósticos de TP en las personas con abuso de sustancias se expliquen por artefactos relacionados con la sustancia. Así, los trastornos por uso de sustancias coinciden con los TP en tasas que superan con mucho las predichas por el azar solo, lo que sugiere que la adicción y la personalidad están relacionadas causalmente en los individuos comórbidos.

Además de la asociación epidemiológica, la comorbilidad entre consumo de sustancias y TP tiene implicaciones pronósticas claras. Así, la existencia de TP se asocia a una mayor implicación con drogas no habituales y da lugar a pautas peculiares en el uso de alcohol. Los adictos con TP también se encuentran menos satisfechos con su vida, se muestran más impulsivos, más aislados y con más tendencia a la depresión (Fernández, González, Sáiz, Gutiérrez y Bobes, 2001a; Rousar et al., 1994). Los pacientes heroínómanos con TP en programas de metadona suelen presentar una mayor prevalencia de infección por el VIH y los virus de la hepatitis B y C. También son los que menor número de tratamientos han realizado y los que presentan menor incidencia de familiares con historia de patología psiquiátrica (Gutiérrez et al., 1998). Sin embargo, no presentan mayores complicaciones legales que el resto de los pacientes, hecho que sí ocurre en los pacientes con TP límite, lo que lleva a pensar a Barcia, Ruiz, Oñate, Seiquer y Ramos (1991), Kokkevi y Stefanis (1995) y otros, que es la toxicomanía, por sí misma, la que genera tales complicaciones.

Sin embargo, las prevalencias de TP halladas en poblaciones de drogodependientes en tratamiento, tan llamativamente diferentes, son cuestionables al realizarse la evaluación de los TP generalmente en momentos iniciales de los tratamientos de la dependencia, solapándose en muchos casos conductas derivadas de la propia adicción con las descriptivas de determinados TP. En este sentido, el estudio de Fernández et al. (2001a), al

hacerse tras seis años continuados de tratamiento, puede obviar tales dificultades.

En los diversos trabajos realizados sobre el pronóstico de los dependientes a opiáceos, es casi una constante que la presencia de trastornos de la personalidad aumenta el riesgo de otras patologías como el alcoholismo (Rounsaville et al., 1982) o de politoxicomanías (Pascual, 1994; Fernández et al., 1999). Se ha sugerido que el tipo de trastorno de la personalidad influye en la respuesta al tratamiento con metadona. Los sujetos esquizoides, esquizotípicos y paranoides requieren dosis mayores, mientras que los dependientes y pasivo-agresivos pueden necesitar dosis más bajas. Algunos autores consideran más relevante para el pronóstico la presencia de ciertos rasgos de personalidad que de trastornos de la personalidad específicos. Ravndal y Vaglum (1991) señalaron que los rasgos histriónicos favorecieron y los rasgos esquizoides y esquizotípicos dificultaron la finalización de un programa de Comunidad Terapéutica. Así, ciertas características de personalidad pueden influir en la mejor evolución en uno u otro tipo de programa terapéutico. El padecer trastornos de ansiedad, depresivos o de la personalidad, en pacientes que se encuentran en tratamiento con metadona, influye negativamente en su evolución (Fernández et al., 2001b).

Varios autores han propuesto que los TP comórbidos predicen una respuesta al tratamiento o una evolución más pobre, incluidos los problemas en la relación terapéutica o la alianza de trabajo, la resistencia al cambio, el incumplimiento y el abandono prematuro del tratamiento (Strand y Benjamin, 1997; Fernández, 2002). Para Sánchez et al. (1999), McLellan (1986), Gerstley et al. (1990) y Ravndal y Vaglum (1991 a y b), la existencia de una personalidad antisocial aumenta la probabilidad de contraer la infección por el VIH en adictos a drogas por vía parenteral (Brooner et al., 1997) e influye en la capacidad de afrontamiento del problema, con más frecuencia de disforia y respuestas inadecuadas en los que presentan trastorno de la personalidad (Perkins et al., 1993).

Aunque estas propuestas de que los trastornos de personalidad comórbidos predicen una respuesta al tratamiento o una evolución malas, incluidos los problemas en la relación terapéutica o la alianza de trabajo, la resistencia al cambio, el incumplimiento y el abandono prematuro del tratamiento (Strand et al., 1997), muy probablemente se basaban en la intuición clínica y en estudios de la década de 1980 que mostraban que la comorbilidad de TP, particularmente el trastorno antisocial de la personalidad, se relacionaba con una mala respuesta al tratamiento de abuso de sustancias. Sin embargo, esos estudios no controlaban el funcionamiento antes del tratamiento, por lo que los datos son cuestionables (Verheul, 2001).

Varios trabajos (McLellan, 1986; Krausz, Verthein y Degkwitz, 1999; Fernández et al., 2001b) han mostrado que los TP, aunque se asocian con la gravedad del problema antes y después del tratamiento, no son un predictor decisivo de la cantidad de mejoría, lo que indica que las personas con abuso de sustancias y TP se benefician del tratamiento tanto al menos como las personas sin comorbilidad (Cacciola, Alterman, Rutherford, McKay y Snider, 1996; Alterman, Rutherford, Cacciola, McKay y Boardman, 1998). Incluso algunas investigaciones han mostrado que la comorbilidad con TP no se asocia con el abandono prematuro o un tiempo menor en el programa, ni con menos motivación para el cambio (Kokkevi y Stefanis, 1995; Cacciola et al., 1996; Marlowe, Kirby, Festinger, Husband y Platt, 1997; Alterman et al., 1998; Verheul, 2001).

Aunque los adictos a opiáceos que cumplen criterios IPDE de TP presentan mayor gravedad de su adicción, gravedad que se manifiesta por puntuaciones más elevadas en algunas áreas del EuropASI (San Narciso et al., 1998; Fernández et al., 2001b), mejoran en los estudios de seguimiento en los problemas derivados del consumo de alcohol y de otras sustancias. Permanecer en un programa de tratamiento de la dependencia de sustancias lleva a que los pacientes mejoren de los problemas derivados del consumo, independien-

temente de la modalidad terapéutica que se les ofrezca (Gutiérrez, 2004).

Por otro lado, otros estudios han mostrado que los TP predicen un período más breve hasta la recaída después del alta (Verheul, 2001). Así, mientras que los estudios anteriormente citados indican que las personas con TP se benefician del tratamiento tanto como los que no tienen esa comorbilidad, otros (Fisher, Elias y Ritz, 1998) indican que la "cantidad igual de mejoría" no significa un riesgo similar de recaída. Una posible explicación es que los pacientes sin trastorno de la personalidad mejoran hasta un nivel de gravedad que ya no pone al individuo en riesgo de recaída, mientras que los pacientes con trastorno de la personalidad todavía corren riesgo de recaída a pesar de su mejoría. Parece también que la motivación para el cambio no está relacionada con el trastorno de la personalidad, aunque el TP es un fuerte predictor de la recaída entre los individuos menos motivados pero no entre los más motivados, al igual que para el tiempo en tratamiento (Gerstley et al., 1990).

En el área legal, son el TP antisocial y el límite los que mayor necesidad de intervención precisan (Gutiérrez, 2004). Algunos autores consideran el grado de antisocialidad como un factor de primer orden en lo que respecta a la comorbilidad entre el TP antisocial y el trastorno por uso de sustancias, por lo cual se debería calibrar muy bien hasta que punto el uso de sustancias "obliga" a una conducta antisocial, que puede reducirse o desaparecer tras la abstinencia (Fernández et al., 2001b; Raine y Sanmartin, 2000; Kay, 2002; Gunderson y Gabbard, 2002; Gutiérrez, 2004). El área sociofamiliar es la que más mejora, hecho relacionado probablemente, con una mayor valoración del sujeto por parte de sus familiares una vez que éste ha abandonado el consumo (Gutiérrez, 2004).

En el área médica, la presencia de TP no influye en la gravedad de la dependencia, pero padecer un TP puede hacer que no valoren, en su justa medida, las complicaciones y gravedad de las patologías médicas que en su mayor parte padecen los pacientes con dependencia a los opiáceos. En esta área

no se obtienen diferencias entre programas de tratamiento (Gutiérrez, 2004). En el área psicológica, los pacientes con TP presentan mayor gravedad, lógico si se considera que la presencia de este tipo de patología lleva a los pacientes a un mayor sufrimiento. En concreto, son los TP paranoide y por evitación los que presentan mayor necesidad de tratamiento.

En resumen, aunque las personas con abuso de sustancias y TP pueden beneficiarse del tratamiento igual que las personas sin trastornos comórbidos, el perfil de personalidad del paciente tiene un fuerte efecto en el curso de la adicción después del alta, mediado en parte por su influencia sobre ciertos aspectos del proceso de tratamiento, como la motivación para el cambio (Verheul, 2001).

ESTUDIOS EN ASTURIAS DE TP EN HEROINÓMANOS Y SU RELACIÓN CON LA GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN Y LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO.

El objetivo de varios estudios en el Principado de Asturias, realizados por el mismo equipo de investigadores (Fernández et al., 2001; Gutiérrez, 2004) ha sido conocer la prevalencia de los trastornos mentales y del comportamiento en una población de heroinómanos a tratamiento con metadona, su relación con la gravedad de la adicción y su influencia en los resultados del tratamiento

de la dependencia. El tratamiento con metadona se escogió porque es el más frecuente, con diferencia, entre los adictos a opioides en Asturias, y porque se espera encontrar entre sus pacientes mayor prevalencia de TPs, y por tanto la importancia de estos sea mayor su evolución.

Para ello, se siguieron dos poblaciones de 150 y 132 dependientes de opioides en los PMM de las Unidades de Tratamiento de Toxicomanías de Mieres y Avilés respectivamente. Al comienzo, a los dos y a los seis años de tratamiento se les administró el European Addiction Severity Index (EuropASI) y el International Personality Disorder Examination (IPDE). Se realizaron también serologías VIH, VIB y VHB y controles de orina (heroína, cocaína y benzodiazepinas).

1) Línea base

El perfil del usuario de los PMMs correspondía a un varón de entre 25 y 30 años, soltero, que convivía con su familia de origen, en la que no era difícil que hubiese más afectados. La cualificación profesional era exigua y el nivel de instrucción bajo. La mayoría no trabajaba de forma estable. Casi la mitad de los estudiados había estado en prisión. Más de la mitad tenían VHC y casi un tercio eran VIH+. La vía de consumo intravenosa fue la más frecuente. Las puntuaciones más elevadas en el EuropASI (Tabla 1) se dieron en las áreas de drogas, empleo, sociofamiliar y psicológica. Con el IPDE, la presencia de TP se

Tabla 1: Evolución del EuropASI

AREAS EUROPASI	BASAL X (DE)	SEG. 2 a X (DE)	SEG. 6 a X (DE)
MEDICA	1.99 (1.85)	2.95 (2.38) *	3.21 (1.91)
EMPLEO/SOPORTES	4.73 (2.37)	3.79 (2.35) *	3.92 (2.13)
ALCOHOL	1.71 (0.92)	1.38 (0.78) *	2.04 (1.87)
DROGAS	7.01 (0.78)	5.04 (2.26) *	4.03 (1.44)**
LEGAL	2.31 (2.03)	2.52 (2.24)	1.25 (1.40) **
SOCIOFAMILIAR	4.44 (2.22)	3.93 (2.55) *	3.87 (1.65)
PSICOLOGICA	3.12 (2.39)	2.97 (1.48)	3.45 (1.86)**

* p<.05 entre basal y 2 años; ** p<.05 entre 2 años y 6 años

Tabla 2: TPs detectados con el IPDE

TP	BASAL (%)	SEG. 2 años (%)	SEG. 6 años (%)
TP	64.86	62.16	51.30
PARANOIDE	16.22	17.57	10.78**
ESQUIZOIDE	6.76	9.46	7.73
ESQUIZOTIPICO #	6.76	6.76	5.13
DISOCIAL	27.03	24.32	25.6
INESTAB. EMOCION.	25.68	24.32	18.90
HISTRIONICO	0	0	2.09
ANSIOSO	24.32	20.68	11.19**
DEPENDENCIA	5.40	2.70	4.73
ANANCASTICO	8.11	4.05*	2.89
NO ESPECIFICADO	4.05	2.70	2.09

* $p < .05$ entre basal y 2 años; ** $p < .05$ entre 2 años y 6 años # = DSM IV

dio en un 77.3%, siendo los más frecuentes el disocial y el límite (Tabla 2).

En general, la gravedad en las diferentes áreas de la vida del individuo chequeadas mediante el EuropASI, en función de la presencia o no de TP, fue mayor entre aquellos que sí los padecían. Aún así, solamente se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en: área de consumo de alcohol en los TP antisocial ($p = 0.028$). Área de consumo de drogas en los TP esquizotípico ($p = 0.010$) y disocial ($p = 0.006$). Área de problemas legales en los TP disocial ($p = 0.010$) y de inestabilidad emocional ($p = 0.050$) Área de problemas psicológicos en los TP en general ($p = 0.019$) y en el paranoide ($p = 0.019$), histriónico ($p = 0.000$), por evitación ($p = 0.003$) y por dependencia ($p = 0.050$) en particular.

2) Seguimiento a los dos años

Con el IPDE, a los dos años, el 68.07% del total de los pacientes seguidos presentaban algún tipo de TP. En su mayor parte (31.93%) presentaban un solo tipo de trastorno aunque dos pacientes llegaron a presentar hasta cinco trastornos. Los resultados muestran que no hay, en general, diferencias estadísticamente

significativas entre los resultados de la línea base y a los dos años (Tabla 2), lo que apunta a la consistencia de los trastornos comórbidos. Tampoco existen diferencias entre los pacientes que pudieron ser reevaluados a los dos años de iniciado el estudio y aquellos a los que fue imposible realizar la segunda evaluación. En este sentido puede, por tanto, considerarse que la submuestra estudiada a los dos años es, en líneas generales, representativa de la muestra general.

En cuanto al EuropASI, se observa como la gravedad percibida en el área de problemas médicos ha empeorado ($p = 0.000$). Han mejorado, con diferencias significativas estadísticamente, las de empleo/soportes ($p = 0.000$), de consumo de alcohol ($p = 0.000$) y drogas ($p = 0.000$), sociofamiliar ($p = 0.037$). No se aprecian diferencias significativas en el área legal ni psicológica.

En general, la gravedad en las diferentes áreas de la vida del individuo chequeadas mediante el EuropASI, en pacientes con TP, fue mayor en el momento basal, con excepción de las áreas de problemas médicos y legales (Tabla 1). Aún así, solamente se obtuvieron diferencias estadísticamente signi-

ficativas en los siguientes casos: área médica en los que tienen algún TP ($p= 0.000$) y en el TP paranoide ($p= 0,031$), disocial ($p= 0.003$) y ansioso ($p= 0.029$). Área de empleo/soportes en los pacientes con algún TP ($p= 0.002$), y en los TP paranoide ($p= 0.004$) y disocial ($p= 0.009$). Área de consumo de alcohol en pacientes con algún TP ($p= 0.000$) y en los TP disocial ($p= 0.015$), de inestabilidad emocional ($p= 0.048$), ansioso ($p= 0.013$) y anacástico ($p= 0.030$). Área de consumo de drogas en pacientes con algún tipo de TP ($p= 0.000$) y en los TP paranoide ($p= 0.017$), disocial ($p= 0.000$), inestabilidad e. ($p= 0.001$) y ansioso ($p= 0.002$). Área de problemas sociofamiliares en los TP esquizoide ($p= 0.037$), esquizotípico ($p= 0.012$), disocial ($p= 0.039$), y anacástico ($p= 0.041$). Área de problemas psicológicos en los TP en general ($p= 0.000$) y en el paranoide ($p= 0.000$), esquizoide ($p= 0.019$), esquizotípico ($p= 0.043$), disocial ($p= 0.048$), inestabilidad e. ($p= 0.000$) y ansioso ($p= 0.001$).

3) Seguimiento a los seis años

La efectividad del mantenimiento prolongado fue elevada, con mejora sociofamiliar y clínica evidente. Con el EuropASI se observó una gravedad de la adicción muy moderada tras seis años de tratamiento, siendo las áreas de drogas y laboral las más afectadas, seguidas de la sociofamiliar y la psicológica. El área legal era la menos afectada, y luego la referente al alcohol, manteniéndose en una posición intermedia la médica (Tabla 1).

No obstante, se diagnosticaron un 29,7% de trastornos afectivos, un 19,1% de trastornos por ansiedad y un 11,8% de trastornos psicóticos. Con el IPDE se detectó algún trastorno de personalidad en el 51,1%; el 33% del total de pacientes tenía uno, el 10,5 dos y un 7,5% tres. El más común era el disocial, seguido del límite, manteniéndose en la mayoría de los TPs las prevalencias sin diferencias estadísticamente significativas (Tabla 2). El puntuar positivamente en algún trastorno de personalidad era más probable en aquellos mayores de 28 años ($p=0,014$), que eran abusadores de cocaína previamente a comenzar el tratamiento ($p=0,007$), estaban

en paro sin subsidio ($p=0,01$), tenían causas pendientes ($p=0,035$) y consumían en los meses previos a la entrevista de seguimiento benzodiacepinas y cocaína ($p=0,014$ y $0,022$ respectivamente). La dosis de metadona no se relacionó con ningún TP. También se encontró relación entre una más elevada gravedad en las áreas de drogas ($p=0,012$), sociofamiliar ($p=0,005$), laboral ($p=0,039$) y psicológica ($p=0,034$), y tener algún trastorno de la personalidad según el IPDE.

En resumen, con el IPDE se constata un porcentaje de trastornos de personalidad elevado, siendo los más frecuentes el disocial y el límite, pero en consonancia con los hallados en otras investigaciones, aunque en este estudio, en el que el grupo presenta una baja gravedad de la adicción tras dos y seis años en PMM, pero los TP tienen elevada prevalencia, manteniéndose a lo largo de los cortes de seguimiento, se puede apuntar a que éstos puedan ser "genuinos" y no fruto del estilo de vida propiciado por el consumo habitual de sustancias ilegales. En general, los TP influyeron en la gravedad de la adicción y en la evolución de la conducta adictiva, empeorándolas. No obstante, el permanecer en tratamiento se asoció con una disminución de la gravedad de diferentes áreas relacionadas con la dependencia, independientemente de la presencia de TP.

REFERENCIAS

- Abbott, P.J., Weller, S.B., y Walker, S.R. (1994). Psychiatric disorders of opioid addicts entering treatment: preliminary data. *Journal of Addictive Diseases*, 13: 1-11.
- Alterman, A.I., y Cacciola, J.S. (1991). The antisocial personality disorder diagnosis in substance abusers: Problems and issues. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 179: 401-409.
- Alterman, A.I., Rutherford, M.J., Cacciola, J.S., McKay, J.R., y Boardman, C.R. (1998). Prediction of 7 months methadone maintenance treatment response by four measures of antisociality. *Drug and Alcohol Dependence*, 49: 217-23.

- Arias, F., Ochoa, E., y López-Ibor, J.J. (1996). Trastornos de personalidad en dependientes de opiáceos en tratamiento con naltrexona. *Psiquiatría biológica*, 3: 45-52.
- Arranz, T., Bellido, J., y Bosque, C. (1993). Comorbilidad en los trastornos de personalidad. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines*, 21: 33-89.
- Barcia, D., Ruiz, M.E., Oñate, J., Seiquer, C., y Ramos, V. (1991). Toxicomanía y delincuencia. Estudio de la delincuencia en heroinómanos tratados con metadona. *Anales de Psiquiatría*, 7: 180-183.
- Barron, E., Mateos, M., y Martínez, I. (2003). Temperamento y carácter en una muestra de pacientes dependientes a opiáceos. *Adicciones*, 15 (supl. 1): 17-18.
- Baxter, L., Edell, W., Gerner, R., Fairbanks, L., y Gwirtsman H. (1984). Dexamethasone suppression test and axis I diagnoses of impatienns with DSM-III borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45: 150-153.
- Bobes J, Bousoño M., y González P. (1990). Aspectos psicopatológicos, socio-económicos y familiares del drogodependiente en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. *Libro de Actas del Congreso Nacional de Psiquiatría*. Zaragoza.
- Bolinches, F., De Vicente ,P., Castellano, M., et al. (2002). Personalidades impulsivas y trastornos por uso de sustancias: algo más que un diagnóstico dual. *Trastornos adictivos*, 4: 216-222.
- Bricolo, F., Gomma, M., Bertani, M.E., y Serpelloni, G. (2002). Prevalencia de trastornos de personalidad en una muestra de 115 clientes con trastornos por uso de drogas. *Adicciones*, 14: 491-496.
- Broner, R.K., Greenfield, L., y Schmidt, C.W. (1993). Antisocial personality disorders and HIV infection among intravenous drug abusers. *American Journal of Psychiatry*, 150: 53-58.
- Broner, R.K., King, V.L., Kidorf, M., Schmidt, C.W., y Bigelow, G.E. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment seeking opioid abusers. *Archives of General Psychiatry*, 54: 71-80.
- Cacciola, J.S., Alterman, Al., Rutherford, M.J., McKay, J.R., y Snider, E.C. (1996). Personality disorders and treatment outcome in methadone maintenance patients. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 184: 234-9.
- Cervera, G., Valderrama, J.C., y Bolinches, F. (1997). Pauta de desintoxicación frente a estabilización y mantenimiento con metadona en adictos a opiáceos con trastorno de personalidad. *Psiquiatría Biológica*, 4: 181-186.
- Cloninger, C.R., Sigvardsson, S., y Bohnian, M. (1988). Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 12: 494-505.
- Conrod, P.J., Pihl, R.O., y Vassileva, J. (1998). Differential sensitivity to alcohol reinforcement in groups of men at risk for distinct alcoholism subtypes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22: 585-597.
- De Jong, C.A.J., Van Den Brink, W., y Hartevelde, F.H. (1993). Personality disorders in alcoholics and drug addicts. *Comprehensive Psychiatry*, 34: 87-94.
- Dinwiddle, S.H., Reich, T., y Cloninger, C.R. (1992). Psychiatric comorbidity and suicidality among intravenous drug users. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53: 364-369.
- Dulit, R.A., Fyrer, M.R., Haas, G.L., Sullivan, T., y Frances, A.J. (1990). Substance use in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147: 1002-1007.
- Fabrega, R., Ulrich, R., Pilkonis, P., y Mezzich, J. (1991). On the homogeneity of personality disorder clusters. *Comprehensive Psychiatry*, 32: 373-385.
- Fernández Miranda, J.J., González, M.P., Sáiz, P., Gutiérrez, E., y Bobes, J. (1999). Calidad de vida y severidad de la adicción en heroinómanos en mantenimiento prolongado con metadona. *Adicciones*, 11: 43-52.
- Fernández Miranda, J.J., González, M.P., Sáiz, P., Gutiérrez, E., y Bobes, J. (2001a). Consumo de drogas ilegales y alcohol antes y a lo largo de 6 años de mantenimiento con metadona y variables relacionadas. *Adicciones*, 13: 179-188.
- Fernández Miranda, J.J., González, M.P., Saiz, P.A., Gutiérrez, E., y Bobes, J. (2001b). Influencia de los trastornos psiquiátricos en la efectividad de un programa de mantenimiento prolongado con metadona. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29: 228-232.
- Fernández Miranda, J.J. (2002). Trastornos de personalidad y adicción: relaciones etiológicas

- y consecuencias terapéuticas. *Anales de Psiquiatría*, 18: 421-427.
- Fisher, L.A., Elias, J.W., y Ritz, K. (1998). Predicting relapse to substance abuse as a function of personality dimensions. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22: 1041-7.
- García, A., Ezquiaga, E. (1992). Psicopatología asociada al consumo de drogas. Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines, 20: 175-187.
- Gerstley, L.J., Alterman, Al., y McLellan, A.T. (1990). Antisocial personality disorder in patients with substance abuse disorders: a problematic diagnosis?. *American Journal of Psychiatry*, 147: 173-178.
- Gill, K., Nolimal, D., y Crowley, T.J. (1992). Antisocial personality disorder, HIV risk behavior and retention in methadone maintenance therapy. *Drug Alcohol Dependence*, 30: 247-252.
- Girolamo de, G., y Reich, J.H. (1996). *Epidemiology of mental disorders and psychosocial problems: Personality disorders*. World Health Organization.
- González García, E. (1995). *Estructura de la personalidad en toxicómanos a través del Rorschach*. Tesis Doctoral. Universidad de Oviedo.
- Gunderson, J.G., y Gabbard, G.O. (2002). *Psicoterapia de los trastornos de la personalidad*. Barcelona; Ars Médica ed.
- Gutiérrez, E., Sáiz, P., González, P., Fernández, J.J., y Bobes, J. (1988). Trastornos de personalidad en adictos a opiáceos en tratamiento con agonistas vs antagonistas. *Adicciones*, 10: 121-130.
- Gutiérrez, E. (2004). *Trastornos de la personalidad y severidad de la adicción en adictos a opiáceos*. Tesis doctoral. Oviedo; Sº Publicaciones Universidad Oviedo. En prensa.
- Haro, G., Cervera, G., Ballester, F. et al. (1998). Opioid dependent's personality: a categorical-dimensional integration. *Journal of Personal and Social Psychology*, 74 (2): 387-406.
- Haro, G., Bolinches, F., y De Vicente, P. (2001). Influencia de los trastornos de la personalidad en la evolución de la conducta adictiva y psicopatología asociada. *Adicciones*, 13(supl.1):93-94.
- Kay, J. (2002). *Tratamiento integrado de los trastornos psiquiátricos*. Barcelona: Ars Médica.
- Khantzian, E.J., y Treece, C. (1985). DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts: Recent findings. *Archives of General Psychiatry*, 42: 1067-1071.
- Koenigsberg, H.W., Kaplan, R.D., Gilmore, M.M., y Cooper, A.M. (1985). The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: Experience with 2462 patients. *American Journal of Psychiatry*, 142: 207-212.
- Kokkevi, A., y Hartgers, C. (1995). EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1: 208-210.
- Kokkevi, A., y Stefanis, C. (1995). Drug abuse and psychiatric co-morbidity. *Comprehensive Psychiatry*, 36: 329-337.
- Kosten, T.R., y Rounsaville, B.J. (1986). Psychopathology in opioid addicts. *Psychiatric Clinical of North America*, 9: 515-532.
- Krausz, M., Verthein, U., y Degkwitz, P. (1999). Psychiatric comorbidity in opiate addicts. *European Addiction Research*, 5: 55-62.
- Limbeek, J.V., Wouters, L., y Kaplan, C.D. (1992). Prevalence of psychopathology in drug-addicted Dutch. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9: 43-52.
- Marlowe, D.B., Kirby, K.C., Festinger, D.S., Husband, S.D., y Platt, J.J. (1997). Impact of comorbid personality disorders and personality disorders symptoms on outcomes of behavioral treatment for cocaine dependence. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 185: 483-90.
- McLellan, A.T. (1986). Psychiatric severity as a predictor of outcome from substance abuse treatment. In: RE Meyer (Ed.). *Psychopathology and addictive disorders*. New York: The Guilford Press.
- Merikangas, K.R., Stevens, D.E., Fenton, B., Stolar, F.M., O'Mallei, S., Woods, S.W., et al. (1998). Co-morbidity and familiar aggregation of alcoholism and anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 28: 773- 788.
- Nace, E.P., Davis, C.W., y Gaspari, J. (1991). Axis II co-morbidity in substance abusers. *American Journal of Psychiatry*, 148: 118-120.
- Nestadt, G., Romanoski, A.J., Samuels, J.F., Folstein, M.F., y McHugh P.R. (1992). The relationship between personality and DSM-III axis I disorders in the population: Results from a Epidemiological Survey. *American Journal of Psychiatry*, 149: 1228-1233.

- Noorlander, E.A. (1985). Behaviour of heroin addicts: the so-called junkie syndrome. In: Dutch Society of Psychiatry (eds.): *Psychiatry and Addiction*. Amsterdam, The Netherlands: Dutch Society of Psychiatry.
- Ochoa, E., Arias, F. (2002). Trastornos duales. En: Fernández Miranda, J.J., Gutiérrez Cienfuegos, E., Marina González, P.: *Actuaciones clínicas en trastornos adictivos*. Madrid, Aula Médica.
- Ordoñez, F., Bobes, J., y Rodríguez, F.J. (1993). Evaluación de la personalidad de los drogodependientes vía parenteral en una muestra asturiana. *Anales de Psiquiatría*, 9: 256-260.
- Pascual, J. *Historia familiar de alcoholismo como pronóstico en consumidores de opiáceos*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. 1994.
- Pérez Urdániz, A. (2003). Trastornos de la personalidad y abuso de alcohol y drogas. *Adicciones*, supl 1: 74.
- Perkins, D.O., Davidson, y E.J., Leserman, J. (1993). Personality disorders in patients infected with HIV: a controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 150: 309-315.
- Raine, A., y Sanmartín, J. (2000). *Violencia y psicopatía*. Barcelona: Ariel ed.
- Ravndal, E., y Vaglum, P. (1991a). Changes in antisocial aggressiveness during treatment in a hierarchical therapeutic community. A prospective study of personality changes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84: 524-530.
- Ravndal, E., y Vaglum, P. (1991b). Psychopathology and substance abuse as predictor of program completion in a therapeutic community for drug abusers: a prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83: 217-222.
- Raskin, V.D., y Miller, N.S. (1993). The epidemiology of the comorbidity of psychiatric and addictive disorders: A critical review. *Journal of Addictive Diseases*, 12: 45-57.
- Reich, J.H., y Thompson, W.D. (1987). Differential assortment of DSM-III personality disorder clusters in three populations. *British Journal of Psychiatry*, 150: 471-475.
- Rousar, E., Brooner, R.K., Reiger, M.W., y Bigelow, G.E. (1994). Psychiatric distress in antisocial drug abusers: relation to other personality disorders. *Drug Alcohol Dependence*, 34: 149-154.
- Rounsaville, B.J., Weissman, M.M., Kleber, H., y Wilber, C. (1982). Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. *Archives of General Psychiatry*, 39: 161-166.
- Rounsaville, B.J., Kranzier, H.R., Bail, S.A., Tennen, H., Poling, J., y Triffleman, E. (1998). Personality disorders in substance abusers: relation to substance use. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 186: 87-95.
- Ruiz, R., Casete, L., Carrera, I.H., López, N., Marcos, C., y Mariño, A. (1996). Estudio preliminar sobre la incidencia y valor pronóstico del codiagnóstico psiquiátrico en usuarios de una Comunidad Terapéutica. *Libro de Actas de las XXIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol*. Oviedo, 591-596.
- San, L., Pomarol, G., y Peri, J.M. (1991). Follow-up after a six month maintenance period on naltrexone versus placebo in heroin addicts. *British Journal of Addictions*, 86: 983-990.
- San Narciso, G.I., Carreño, J.E., Pérez, S.F., y Alvarez, C. (1998). Evolución de los trastornos de personalidad evaluados mediante el IPDE en una muestra de pacientes heroínómanos en tratamiento con naltrexona. *Adicciones*, 10: 7-22.
- Sánchez, E., Tomás, V., y Climent, A. (1999). Trastornos de personalidad en adictos a opiáceos. *Adicciones*, 11: 221-227.
- Siever, L.J., y Davis, K.L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148: 1647-1658.
- Skodol, A.E., Oldham, J.M., y Gallaher, P.E. (1999). Axis 11 co-morbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156: 733-742.
- Stowell, R.J.A. (1991). Dual diagnosis issues. *Psychiatric Annals*, 21: 98-104.
- Strain, E.C., Bronner, R.K., y Bigelow, G.E. (1991). Clustering of multiple substance use and psychiatric diagnoses in opiate addicts. *Drug and Alcohol Dependence*, 27: 127-134.
- Strand, J.G., y Benjamin, L.S. (1997). Resistance to change in individuals with personality disorder. *Current Opinion on Psychiatry*, 10: 132-145.
- Toner, B.B., Gillies, L.A., y Prendergast, P. (1992). Substance use disorders in a sample of canadian patients with chronic mental illness. *Hospital Community Psychiatry*, 43: 251-254.

- Weiss, R.D., y Mirin, S.M. (1984). Drug, host and environmental factors in the development of chronic cocaine abuse. En: *Substance abuse and psychopathology*. Mirin SM (Eds.). American Psychiatric Press. Washington, 41-55.
- Weiss, R.D., Mirin, S.M., Griffin, M.L., et al. (1993). Personality disorders in cocaine dependence. *Comprehensive Psychiatry*, 34: 145-149.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16:274-282.
- Woody, G.E., McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brian, C.P., Blaine, J., Fox, S., Herman, I., y Beck, A.T. (1984). Severity of psychiatric symptoms as a predictor of benefits from psychotherapy: The veterans administration-Penn study. *American Journal of Psychiatry*, 141: 1172-1177.
- Woody, G.E., McLellan, A.T., Luborsky, L., y O'Brian, C.P. (1985). Sociopathy and psychotherapy outcome. *Archives of General Psychiatry*, 42: 1081-1086.