



## Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica<sup>1</sup>

Javier Fernández-Montalvo<sup>2</sup> (*Universidad Pública de Navarra, España*), José Javier López Goñi (*Fundación Proyecto Hombre Navarra, España*), Natalia Landa (*Fundación Proyecto Hombre Navarra, España*), Cristina Illescas (*Fundación Proyecto Hombre Navarra, España*), Iñaki Lorea (*Fundación Proyecto Hombre Navarra, España*) y Amalia Zarzuela (*Fundación Proyecto Hombre Navarra, España*)

(Recibido 1 julio 2003/ Received July 1, 2003)

(Aceptado 24 octubre 2003 / Accepted October 24, 2003)

**RESUMEN.** En este artículo se lleva a cabo una descripción de los trastornos de personalidad que aparecen con mayor frecuencia en pacientes adictos ingresados en una comunidad terapéutica. Asimismo, se analiza la relación existente entre la presencia de trastornos de personalidad y los abandonos del tratamiento. Para ello se lleva a cabo un estudio *ex post facto*, de carácter prospectivo, en el que se cuenta con una muestra de 42 pacientes, que cumplimentan el MCMI-II en el transcurso de la evaluación pretratamiento. Los resultados muestran que el 76,2% 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 (42,9%), seguido del trastorno pasivo-agresivo de la personalidad (40,5%) y del trastorno narcisista de la personalidad (21,4%). Por otra parte, la presencia de trastornos de la personalidad se asocia con una mayor y más temprana probabilidad de abandono del tratamiento. Por último, se comentan las implicaciones de este estudio para la práctica clínica y para las investigaciones futuras.

---

<sup>1</sup> Este estudio se ha financiado, en parte, con un proyecto de investigación del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra (código 35/2001).

<sup>2</sup> Correspondencia: Dpto. de Psicología y Pedagogía. Universidad Pública de Navarra. Campus Arrosadía. 31006 Pamplona (España). E-mail: [fernandez.montalvo@unavarra.es](mailto:fernandez.montalvo@unavarra.es)

**PALABRAS CLAVE.** Trastornos de personalidad. Comorbilidad. Comunidad terapéutica. Abandono terapéutico. Estudio *ex post facto*.

**ABSTRACT.** In this paper, the most frequent personality disorders related to addict patients, who were receiving treatment in a therapeutic community, are described. Also, the relationship between the existence of personality disorders and the treatment dropout is analysed. For it, an *ex post facto* study, in a prospective way, was carried out. A sample of 42 addict inpatients who answered the MCMI-II in the course of pre-treatment assessment was selected. According to results, the 76,2% of the addict sample showed at least one personality disorder. More in short, the most prevalent one was the anti-social personality disorder (42,9%), followed by the passive-aggressive personality disorder (40,5%) and the narcissistic personality disorder (21,4%). Furthermore, the presence of personality disorders was associated to a higher and earlier probability of treatment dropout. Finally, implications of this study for clinical practice and future research in this field are commented upon.

**KEYWORDS.** Personality disorder. Comorbidity. Therapeutic community. Drop-outs. *Ex post facto* study.

**RESUMO.** Neste artigo faz-se uma descrição das perturbações de personalidade que aparecem com maior frequência em pacientes aditivos que receberam tratamento numa comunidade terapêutica. Analisa-se, também, a relação entre a presença de perturbações de personalidade e os abandonos do tratamento. Para isso, fez-se um estudo *ex post facto*, de carácter prospectivo. Foi seleccionada uma amostra de 42 pacientes, que responderam ao MCMI-II no decurso da avaliação pré-tratamento. Os resultados mostram que 76,2% dos pacientes apresenta, pelo menos, uma perturbação de personalidade; mais concretamente, a perturbação de maior prevalência é a perturbação de personalidade anti-social (42,9%), seguida da perturbação de personalidade passivo-agressiva (40,5%) e a perturbação de personalidade narcisista (21,4%). Por outro lado, a presença de perturbações de personalidade associa-se com uma maior e mais precoce probabilidade de abandono do tratamento. Por último, discutem-se as implicações deste estudo para a prática clínica e para as investigações futuras.

**PALAVRAS CHAVE.** Perturbação de personalidade. Comorbilidade. Comunidade terapêutica. Abandono terapéutico. Estudo *ex post facto*.

### Introducción

Desde hace años, los clínicos que trabajan con pacientes drogodependientes han llamado la atención sobre la elevada prevalencia de psicopatología concomitante en sujetos adictos. Desde entonces, han sido numerosos los estudios que han corroborado este hecho (Hesselbrook, Meyer y Keener, 1985; Regier et al., 1990; Rousanville, Weissman, Kleber y Wilber, 1982; Sánchez, Tomás y Morales, 2000; Schneider, Altman, Baumann, Bernzen y Bertz, 2001; Tomasson y Vaglum, 1995). Recientemente, y debido en parte a la creciente evidencia de su relevancia, se acuña el término diagnóstico dual

para hacer referencia al conjunto de sujetos que presentan simultáneamente un trastorno por uso de sustancias y otro trastorno psiquiátrico. Entre las investigaciones sobre comorbilidad asociada, son escasas las que tratan de establecer la incidencia específica de los trastornos de personalidad en adictos (Cervera, Bolinches y Valderrama, 1999; De Jong, Van den Brink, Harteveld, y Van der Wielen, 1993; Morgenstern, Lagenbucher, Labouvie y Miller, 1997; Sánchez, Tomás y Climent, 1999). Además, aunque existe un importante consenso sobre su elevada prevalencia, los datos respecto al porcentaje exacto de sujetos afectados y en cuanto al tipo concreto de trastornos continúan siendo contradictorios (Fernández-Montalvo y Landa, 2003; Verheul, Van den Brink y Hartgers, 1995). Estas dificultades para establecer la tasa de prevalencia se sustentan tanto en aspectos conceptuales como metodológicos. Por un lado, se ha cuestionado la propia definición de los trastornos de personalidad y su diagnóstico categorial (Millon y Davis, 1998; Widiger y Sanderson, 1995), lo que deriva en dificultades para evaluar este tipo de trastornos; por otro lado, existen problemas de comparabilidad entre los diferentes estudios, ya que emplean muy diversos instrumentos de medida y estudian muestras muy diferentes entre sí, por lo que los resultados son difícilmente comparables (Perry, 1992).

La existencia de comorbilidad psiquiátrica en las adicciones toma especial relevancia puesto que diferentes estudios han constatado que la presencia de psicopatología asociada es un factor de mal pronóstico (Kranzler, Del Boca y Rousanville, 1995; O'Brien, Woody y McLellan, 1984). Este hecho es aún más importante cuando se trata de un diagnóstico añadido de trastorno de personalidad (Hunter *et al.*, 2000; Wölver, Burtscheid, Redner, Schwartz y Gaebel, 2001). Son muchos los factores que pueden incidir en el ensombrecimiento del pronóstico terapéutico de los pacientes con trastornos duales: menor adhesión al tratamiento, mayores dificultades sociales, menor apoyo familiar, etc. No obstante, es probable que una mejoría en la evaluación y en el diagnóstico de estos trastornos, así como el diseño de estrategias de intervención terapéutica específicas, mejore la evolución y el pronóstico de estos pacientes. En esta línea, varios autores han hecho hincapié en la importancia de una correcta evaluación de los trastornos de personalidad en el tratamiento de las conductas adictivas (Driessen, Veltrup, Wettling, John y Dilling, 1998; Nace, Davis y Gaspari, 1991).

El presente estudio trata de determinar la prevalencia de trastornos de personalidad entre los adictos que se encuentran en tratamiento en una comunidad terapéutica. Para ello, se emplea el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (Millon, 1997), instrumento utilizado con frecuencia en estudios similares (Craig, Bivens y Olson, 1997; Marlowe, Festinger, Kirby, Rubenstein y Platt, 1998; McMahon y Richards, 1996; Nadeau, Landry y Racine, 1999). Asimismo, se analiza la relación entre la presencia de trastornos de personalidad y la adhesión al tratamiento. Se trata, según la propuesta de Montero y León (2002), de un estudio *ex post facto*, de carácter prospectivo. Para la redacción del artículo se ha seguido la propuesta de Bobenrieth (2002).

## Método

### *Participantes*

La muestra está compuesta por 42 pacientes que acudieron en busca de tratamiento a la Comunidad Terapéutica de la Fundación Proyecto Hombre de Navarra en el periodo comprendido entre febrero de 2001 y junio de 2002. Los 42 pacientes de este estudio fueron seleccionados entre un total de 125 personas, en función de los siguientes criterios de admisión: a) cumplir los criterios diagnósticos del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) para la dependencia de sustancias; b) ingresar voluntariamente en la comunidad terapéutica; y c) permanecer en tratamiento el tiempo necesario para cumplimentar los datos requeridos para la investigación.

### *Medidas de evaluación*

- 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.
- Variables relacionadas con el consumo. En la entrevista inicial se recogían, asimismo, los datos relacionados con las características de la adicción (edad de inicio en el consumo y tiempo de consumo problemático), tanto de la sustancia que motivó el tratamiento como del consumo añadido de otras drogas.
- 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 ítem 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 del estudio, se presentan solamente los resultados de las 13 escalas de personalidad.

### *Tratamiento*

Todas los pacientes de este estudio han recibido tratamiento en régimen de internamiento en una comunidad terapéutica. El ingreso en la comunidad terapéutica se produce una vez superada la etapa inicial de desintoxicación, que suele durar aproximadamente una semana. La fase de desintoxicación se realiza, habitualmente, en régimen ambulatorio o en otros centros no dependientes de la Fundación Proyecto Hombre de Navarra. Tras el ingreso en la comunidad terapéutica, la estancia media entre quienes finalizan el tratamiento es de un año. Los principales componentes del programa son la autoayuda y el consejo psicológico. Tras la finalización de la estancia en la comunidad terapéutica, se realiza un seguimiento en régimen ambulatorio de un año, que sirve, a su vez, como apoyo a la reinserción social.

*Procedimiento*

Los datos recogidos en el presente estudio se han obtenido de los archivos de la Comunidad Terapéutica. De esta manera, las variables sociodemográficas, así como las relacionadas con el consumo de sustancias, se han obtenido de los registros protocolizados en el centro. El MCMI-II fue aplicado y corregido por la psicóloga clínica de la Comunidad Terapéutica. 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. Además, en todos los casos se esperó un periodo de más de dos semanas de abstinencia antes de aplicar la prueba con el objetivo de eliminar la influencia de la sintomatología abstinerencial.

Para el análisis estadístico de los datos se ha empleado el programa estadístico SPSS 3.0. Se realizó un análisis descriptivo para cada una de las variables. Como contraste de hipótesis se emplearon el test de la  $\chi^2$  (con la corrección de Yates en los casos que fue preciso) para las variables categóricas y la *t* de Student para las variables cuantitativas. En todos los casos se trabajó con un nivel de significación del 5% y se han considerado significativas aquellas diferencias con un valor de  $p < 0,05$ . Los contrastes se plantearon de forma bilateral.

**Resultados**

A continuación se presentan los resultados obtenidos en las diferentes variables estudiadas.

*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 30 años (con un rango de edad que oscila entre los 18 y los 49 años) y hay tan sólo tres mujeres, lo que supone un 7,1% de la muestra estudiada.

**TABLA 1.** Características sociodemográficas.

<i>Variables</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
EDAD MEDIA (Rango)		30,51 (18-49)
SEXO		
Varones	39	(92,9%)
Mujeres	3	(7,1%)
ESTADO CIVIL		
Solteros	32	(76,2%)
Casados	3	(7,1%)
Separados/divorciados	7	(16,7%)
SITUACIÓN LABORAL		
Activo	0	(0%)
Paro	35	(83,3%)
Jubilado	1	(2,4%)
Incapacidad laboral transitoria	6	(14,3%)

Por lo que se refiere al estado civil, la muestra está compuesta principalmente por solteros. En el plano laboral, la mayor parte de los pacientes se halla en paro. No obstante, hay que tener en cuenta que el régimen de tratamiento residencial es incompatible con el desarrollo de una actividad laboral.

#### *Variables relacionadas con el consumo*

Las principales sustancias que han motivado el tratamiento son, por orden de importancia, la heroína (42,9%), la cocaína (28,6%), las anfetaminas (14,3%), el alcohol (11,9%) y las benzodiazepinas (2,4%) (véase la Tabla 2). Además, en todos los casos se observa una historia de consumo prolongada, superior a los 10 años como media. Con respecto a la edad de inicio del consumo, los resultados encontrados son muy semejantes en todas las sustancias (alrededor de los 16 años), con la excepción del consumo de alcohol, que comienza a una edad más temprana: en torno a los 14 años.

**TABLA 2.** Características relacionadas con la historia de consumo.

Sustancia	N (%)	Edad de inicio		Años de consumo	
		$\bar{X}$	Rango	$\bar{X}$	Rango
Heroína	18 (42,9%)	18,6	(16-23)	10,65	(4-19)
Cocaína	12 (28,6%)	18,92	(16-24)	11,5	(6-32)
Alcohol	5 (11,9%)	14,6	(8-21)	14,6	(4-34)
Anfetaminas	5 (14,3%)	17,33	(16-20)	10,25	(6-15,5)
Benzodiazepinas	1 (2,4%)	25		2	
Total	42 (100,0%)	17,9	(16-25)	11,1	(2-34)

Por lo que se refiere al consumo de otras sustancias, destaca que el 80,9% de la muestra presenta un consumo añadido de hachís, el 76,1% de alcohol, el 64,28% de anfetaminas y el 52,38% de cocaína. El número de sustancias añadidas a la que motivó inicialmente el tratamiento es superior a 3, lo que refleja una clara situación de policonsumo.

#### *Variables de personalidad*

Los resultados obtenidos en el MCMI-II muestran que el número de personas que superan una puntuación de 85 en la Tasa Base es de 32, lo que supone la presencia de un 76,2% de pacientes con trastornos de personalidad. Asimismo, de las 32 personas que dan positivo en alguna de las escalas, el 56,25% (18 sujetos) presenta más de una escala alterada, y en su conjunto dan una media superior a 2 trastornos de personalidad por usuario. Más en concreto, en la Tabla 3 se presentan los porcentajes concretos de trastornos de personalidad observados. Desde una perspectiva categorial, los trastornos más prevalentes son el antisocial (42,9%), el pasivo-agresivo (40,5%) y el narcisista (21,43%). Sin embargo, desde una perspectiva cuantitativa, las escalas con puntuaciones más altas son la pasivo-agresiva (27,03%), la antisocial (24,32%) y la histriónica.

**TABLA 3.** Perfil de los trastornos de personalidad en los pacientes de la muestra.

Trastornos de personalidad	n	% (sobre el total de la muestra) n = 42	% (sobre las personas con trastornos) n = 32	Escala más alta (%) n = 37*
Esquizoide	2	4,76%	6,25%	1 (2,70%)
Evitación	7	16,67%	21,87%	3 (8,11%)
Dependencia	1	2,38%	3,12%	1 (2,70%)
Histriónica	6	14,29%	18,75%	5 (13,51%)
Narcisista	9	21,43%	28,12%	2 (5,41%)
Antisocial	18	42,86%	56,25%	9 (24,32%)
Agresivo-sádica	8	19,05%	25%	4 (10,81%)
Compulsiva	0	—	—	0
Pasivo-agresiva	17	40,48%	53,12%	10 (27,03%)
Autodestructiva	1	2,38%	3,12%	0
Esquizotípica	0	—	—	0
Límite	3	7,14%	9,37%	0
Paranoide	2	4,76%	6,25%	2 (5,41%)

\* La suma total de casos en esta categoría es superior al número total de casos con trastornos de personalidad debido a que cuando un caso puntúa por igual en dos escalas se han considerado ambas.

#### *Variables relacionadas con el tratamiento*

En este estudio la principal variable que se ha contemplado con respecto al tratamiento ha sido la continuación o el abandono terapéutico del programa en el mes de junio de 2003. En esta fecha, 21 pacientes continuaban el tratamiento, lo que representa exactamente el 50% de la muestra. La tasa concreta de trastornos de personalidad en los pacientes que abandonan el tratamiento asciende al 85,7% de la muestra, mientras que la observada en los sujetos que lo completan es del 66,7%. Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas ( $\chi^2 = 2,10$ ;  $p = 0,147$ ). Lo mismo ocurre cuando se comparan ambas submuestras en los trastornos específicos de personalidad (véase la Tabla 4). Los pacientes que abandonan y los que continúan no se diferencian en ninguno de ellos.

**TABLA 4.** Resultados en el tratamiento en función del diagnóstico.

Trastornos de personalidad	Abandonan n = 21	Continúan n = 21	$\chi^2$
Esquizoide	1 (4,76%)	1 (4,76%)	--
Evitación	4 (19,04%)	3 (14,28%)	0,17
Dependencia	0	1 (4,76%)	1,02
Histrionica	4 (19,04%)	2 (9,52%)	0,78
Narcisista	6 (28,57%)	3 (14,28%)	1,27
Antisocial	10 (47,61%)	8 (38,09%)	0,39
Agresivo-sádica	6 (28,57%)	2 (9,52%)	2,97
Compulsiva	0	0	--
Pasivo-agresiva	11 (52,38%)	6 (28,57%)	2,47
Autodestructiva	1 (4,76%)	0	1,02
Esquizotípica	0	0	--
Límite	1 (4,76%)	2 (9,52%)	0,36
Paranoide	2 (9,52%)	0	0,53

Debido a que desde una perspectiva estadística no había diferencias significativas, pero desde una perspectiva clínica las diferencias entre ambas submuestras eran importantes, se dividió la muestra entre quienes tenían uno o ningún trastorno de personalidad y quienes presentaban dos o más trastornos de personalidad. Los resultados encontrados en este sentido muestran la existencia de diferencias estadísticamente significativas. En concreto, en el caso de los sujetos con más de un trastorno de personalidad la tasa de abandonos asciende al 72,2%, frente a una tasa del 33,3% en el caso de los pacientes con uno o ningún trastorno de personalidad ( $\chi^2 = 6,22$ ;  $p < 0,01$ ). En la Tabla 5 se presenta el momento en el que se producen los abandonos del programa entre ambos grupos.

**TABLA 5.** Mes de abandono en función de número de trastornos.

Mes desde el inicio	< 2 Trastornos	> = 2 Trastornos	% abandonos	% acumulado abandonos
1	1 (12,5%)	1 (7,69%)	2 (9,52%)	9,52%
2	1 (12,5%)	2 (15,38%)	3 (14,28%)	23,8%
3	1 (12,5%)	3 (23,08%)	4 (19,05%)	43,85%
4	1 (12,5%)	5 (38,46%)	6 (28,57%)	71,42%
5	1 (12,5%)	0	1 (4,17%)	75,59%
6	0	0	0	75,59%
7	1 (12,5%)	1 (7,69%)	2 (9,52%)	85,11%
Más de 8	2 (25%)	1 (7,69%)	3 (14,28%)	99,39%
Total	8	13	21	

El 71,42% de los abandonos se producen en los cuatro primeros meses del ingreso, lo que coincide con la bibliografía científica existente. Sin embargo, también existen diferencias entre las dos submuestras estudiadas: el 50% de las personas que presenta como máximo un trastorno de personalidad abandona en los cuatro primeros meses; en el caso de los sujetos con más de un trastorno de personalidad esta cifra asciende al 84,6% para este mismo período.

Por último, desde una perspectiva cuantitativa, en la Tabla 6 se presentan las diferencias de medias en las diversas escalas del MCMI-II entre los sujetos que continúan y abandonan el tratamiento.

**TABLA 6.** Medias y desviaciones típicas para el MCMI-II en función del resultado en el tratamiento.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	CONTINÚAN (n = 21)		ABANDONOS (n = 21)		t
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica	
Esquizoide	62,43	17,16	47,38	22,71	15,05*
Evitación	63,38	21,08	64,76	21,26	1,38
Dependencia	57,90	20,10	42,00	28,10	15,90*
Histrionica	60,86	22,80	69,38	21,21	8,52
Narcisista	57,95	23,44	68,95	23,55	11,00
Antisocial	72,67	19,41	86,24	19,95	13,57*
Agresivo-sádica	64,76	16,91	78,29	21,19	13,52*
Compulsiva	46,86	17,76	43,52	18,95	3,33
Pasivo-agresiva	57,14	31,96	81,29	29,38	24,14*
Autodestructiva	52,95	16,57	60,24	18,57	7,29
Esquizotípica	56,19	12,85	56,67	15,69	0,48
Límite	53,71	18,27	67,38	17,65	12,66*
Paranoide	61,62	7,44	70,14	16,55	8,52*

\*  $p < 0,05$

### Discusión y conclusiones

En este estudio se ha hallado una alta prevalencia de trastornos de la personalidad entre los pacientes adictos ingresados en una comunidad terapéutica. Los resultados obtenidos indican que el 76,2% de la muestra (es decir, 3 de cada 4 ingresados) presenta, al menos, un trastorno de personalidad. Además, en la mitad de los casos estudiados se observa la presencia de más de un trastorno de personalidad, con una media de dos trastornos por caso. Desde una perspectiva más concreta, el trastorno antisocial de la personalidad es el más frecuente y afecta al 42,9% de la muestra. 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 (American Psychiatric Association, 2000). Este trastorno se ha diagnosticado con mucha frecuencia en el ámbito de las conductas adictivas (Fernández-Montalvo, Lorea, López-Goñi y Landa, 2003; McKay, Alterman, Cacciola, Mulvaney y O'Brien, 2000; Morgenstern *et al.*, 1997). Más sorprendente es la tasa de prevalencia del trastorno pasivo-agresivo de la personalidad, que aparece en segundo lugar de importancia. Se trata de un trastorno caracterizado por la oposición y resistencia pasiva ante las demandas adecuadas de rendimiento social y laboral, y que en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) está propuesto como categoría diagnóstica de estudio para su posible inclusión en el futuro. A pesar de ello, este trastorno ya ha mostrado su importancia en otros estudios relacionados con las conductas adictivas (Cangas y Olivencia, 1999; Fernández-Montalvo, Landa, López-Goñi, Lorea y Zarzuela, 2002; Fernández-Montalvo *et al.*, 2003).

En cualquier caso, la cifra tan elevada de trastornos de personalidad que se ha encontrado es preocupante, ya que está asociada con el abandono terapéutico, y por tanto, con el fracaso en el tratamiento. De hecho, el 72,2% de las personas que tienen dos o más trastornos de personalidad abandonan el tratamiento, frente al 33,3% de las personas que tienen uno o ninguno. Además, el momento en que se produce el abandono es diferente en ambos grupos. Mientras que el 86,6% de las personas que abandonan el tratamiento con dos o más trastornos de personalidad lo hacen en los cuatro primeros meses del tratamiento, los que presentan un trastorno o ninguno abandonan de forma más espaciada. Esta relación de los trastornos de personalidad con los abandonos es importante. Los programas de tratamiento con drogodependientes no contemplan, en su mayor parte, la presencia de trastornos de personalidad. Sin embargo, los resultados encontrados en este estudio muestran la necesidad de tenerlos en cuenta, tanto a la hora de establecer las técnicas específicas de intervención, como a la hora de desarrollar estrategias para la adhesión a la terapia. No se debe olvidar que la mayoría de abandonos se produce en el primer mes del ingreso en la comunidad terapéutica, antes incluso de lograr la valoración de los sujetos. Por lo tanto, la consideración de los trastornos de personalidad parece determinante para poder mejorar la adhesión al tratamiento en este tipo de sujetos.

No obstante, este estudio presenta una limitación importante: la evaluación 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. También es cierto que este tipo de instrumentos requiere una mayor inversión de tiempo por parte de los profesionales y, muy a menudo, el trabajo en las comunidades terapéuticas se

desarrolla “contra-reloj”, limitándose este tipo de pruebas diagnósticas a pacientes muy concretos, generalmente con múltiples fracasos previos. A pesar de ello, los resultados encontrados en este trabajo reafirman la necesidad de contar con diagnósticos precisos, tanto para la práctica clínica con cada paciente, como para orientar las vías de intervención en la comunidad terapéutica.

### Referencias

- American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª ed.)*. Washington, D.C.: APA.
- American Psychiatric Association, (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Rev. T.)*. Washington, D.C.: APA.
- Bobenrieth, M.A. (2002). Normas para revisión de artículos originales en ciencias de la salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 509-523.
- Cangas, A. y Olivencia, J.J. (1999). Alteraciones de la personalidad asociadas a las conductas adictivas. *Apuntes de Psicología*, 17, 109-116.
- Cervera, G., Bolinches, F. y Valderrama, J.C. (1999). Trastornos de la personalidad y drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 1, 91-99.
- Craig, R., Bivens, A. y Olson, R. (1997). MCMI III Derived Typological Analysis of Cocaine and Heroin addicts. *Journal of Personality Assessment*, 69, 583-595.
- De Jong, CA., Van den Brink, W., Harteveld, F.M. y Van der Wielen, E.G. (1993). Personality disorders in alcoholics and drug addicts. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 87-94.
- Driessen, M., Veltrup, C., Wetterling, T., John, U. y Dilling, H. (1998). Axis I and axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 77-86.
- Fernández-Montalvo, J. y Landa, N. (2003). Comorbilidad del alcoholismo con los trastornos de personalidad. *Clínica y Salud*, 14, 27-41.
- Fernández-Montalvo, J., Landa, N., López-Goñi, J.J., Lorea, I. y Zarzuela, A. (2002). Trastornos de personalidad en alcohólicos: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 217-225.
- Fernández-Montalvo, J., Lorea, I., López-Goñi, J.J. y Landa, N. (2003). Trastornos de personalidad en adictos a la cocaína: un estudio-piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 79-98.
- Hesselbrock, M.H., Meyer, R.E. y Keener, J.J. (1985). Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1050-1055.
- Hunter, E., Powell, B., Penick, E., Nickel, J., Liskow, B., Centrell, P. y Landon, J. (2000). Comorbid Psychiatric Diagnosis and Long-Term Drinking Outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 41,334-338.
- Kranzler, H., Del Boca, F., Rousanville, B. (1995). Comorbid Psychiatric predicts three-year outcomes in alcoholics: A posttreatment natural history study. *Journal of Studies on Alcohol*, 3, 619-626.
- Loranger, A.W. (1995). *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Marlowe, D., Festinger, D., Kirby, K., Rubenstein, D. y Platt, J. (1998). Congruence of the

- MCMI-II and MCMI-III in cocaine dependence. *Journal of Personality Assessment*, 71, 15-28.
- 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.
- McMahon, R. y Richards, S. (1996). Profile patterns, consistency, and change in the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II in cocaine abusers. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 75-79.
- Millon, T. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory- II (MCMI II)*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T. y Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Montero, I. y León, O.G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/ International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508.
- Morgenstern, J., Langenbucher, J., Labouvie, E. y Miller, K. (1997). The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: Prevalence rates and relation to alcohol typology variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 74-84.
- Nace, E.P., Davis, C.W. y Gaspari, J.P. (1991). Axis II comorbidity in substance abusers. *American Journal of Psychiatry*, 149, 118-120.
- Nadeau, L., Landry, M. y Racine, S. (1999). Prevalence of personality disorders among clients in treatment for addiction. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 592-596.
- O'Brien, C.P., Woody, G.E. y McLellan, A.T. (1984). Psychiatric disorders in opioid-dependent patients. *Journal Clinical Psychiatry*, 45, 9-13.
- Perry, C.P. (1992). Problems and considerations in the valid assessment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1645-1653.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D., Loche, B., Keith, S., Judd, L. y Goodwin, F. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other Drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment çarea (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Rousanville, B.J., Weisman, M.M., Kleber, H. y Wilber, C. (1982). Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. *Archives of General Psychiatry*, 39, 161-168.
- Sánchez, E., Tomás, V. y Climent, A. (1999). Trastornos de personalidad en adictos a opiáceos. *Adicciones*, 11, 221-227.
- Sánchez, E., Tomás, V. y Morales, E. (2000). Evaluación psicopatológica de pacientes dependientes de cocaína. *Atención Primaria*, 26, 319-322.
- Schneider, U., Altman, A., Baumann, M., Bernzen, J. y Bertz, B. (2001). Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol dependence patients seeking treatment: The first multicentre study in Germany. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 219-223.
- Tomasson, K. y Vaglum, P. (1995). A nation-wide representative sample of treatment seeking alcoholics: A study of psychiatric comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 378-385.
- Verheul, R., Van den Brink W. y Hartgers, C. (1995). Prevalence of personality disorders among alcoholics and drug addicts: An overview. *European Addiction Research*, 1, 166-177.
- Weltzer, S. (1990). The Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI): A review. *Journal of Personality Assessment*, 55, 445-464.

- Widiger, T.A. y Sanderson, C. (1995). Toward a dimensional model of personality disorder in DSM-IV and DSM-V. En W. J. Livesley (Ed.) *The DSM-IV personality disorders* (pp. 433-458). Nueva York: Guildford.
- Wölver, W., Burtscheid, W., Redner, C., Schwartz, R. y Gaebel, W. (2001). Out-patient behaviour therapy in alcoholism: Impact of personality disorders and cognitive impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 30-37.