

Evaluación de la personalidad de sujetos drogodependientes que solicitan tratamiento mediante el Big-Five Questionnaire

Personality assessment of drug-dependents who require treatment through the Big-Five Questionnaire

PEDRERO PÉREZ, E. J.

Psicólogo. Master en Drogodependencias. CAD-4, Plan Municipal contra las Drogas, Ayuntamiento de Madrid.

RESUMEN: *Objetivos:* Analizar la estructura de la personalidad de los usuarios de un Centro de Atención a Drogodependencias que demandan tratamiento por abuso o dependencia de alcohol, heroína o cocaína. Estimar la posible existencia de grupos de sujetos que presentan perfiles similares y medir las diferencias intergrupos en sus manifestaciones psicopatológicas.

Sujetos y método: 158 sujetos que solicitan tratamiento por abuso o dependencia de alcohol (n = 35), cocaína (n = 39) y heroína (n = 84), a los que se les administró el BFQ para estimar los 5 grandes rasgos de personalidad, el SCL-90-R y BDI para estimar las dimensiones de malestar que manifiestan. Se consideran también las variables sexo, edad, tiempo de consumo y edad de inicio. Se realizaron análisis de frecuencias, medidas de tendencia central, contraste de medias mediante análisis de varianza, comparaciones múltiples con la prueba de Scheffé y análisis de clusters exploratorio y no jerárquico.

Resultados: Se constatan las diferencias entre la muestra estudiada y la población normativa de referencia en las dimensiones de Estabilidad Emocional (a costa, sobre todo, de la subdimensión de Control de las Emociones), Tesón y Apertura Mental; se descarta la significación de las diferencias en función de la droga que motiva la demanda. Al realizar el análisis de cluster se identifican 8 perfiles que muestran

netas diferencias en sus manifestaciones psicopatológicas, además de en variables de consumo.

Discusión: Se discuten las limitaciones teóricas del modelo de los Big-Five y la necesidad de contemplar a la personalidad desde sus vertientes biológica, cognitiva y comportamental de modo integrado, al amparo de los hallazgos de la neurociencia cognitiva y su implicación en los procesos de matching o correcta asignación de recursos terapéuticos.

PALABRAS CLAVE: Personalidad. Modelos psicológicos. Alcoholismo. Trastorno por uso de sustancias.

ABSTRACT: *Objectives:* To analyze the structure of the personality of users of a Treatment Center for Drug Dependent who request treatment for alcohol, cocaine or heroine abuse or dependence. To estimate the possible existence of groups of subjects who present similar profiles and to measure the intergroup differences of their psychopathologic expression.

Subjects and method: 158 individuals who request treatment for alcohol (n = 35), cocaine (n = 39) and heroine (n = 84) abuse or dependence. The Big Five Questionnaire (BFQ, Caprara et al, 1993) was administered to all users in order to evaluate the 5 important personality traits. The SCL-90-R (Derogatis, 1983) and the BDI Beck et al, 1988 were also administered in order to assess the dimensions of uneasiness manifested. Variables such as gender, age, time of consumption and age at onset of consumption were also considered. Analysis of frequencies and measurement of central tendency, contrast of means by the analysis of variance, multiple comparisons with Scheffé test and cluster analysis have been performed.

Correspondencia:

EDUARDO J. PEDRERO PÉREZ
C/ Bergantín, 11, 5º B
28042 Madrid
e-mail: ejpedrero@yahoo.es

Results: We have observed differences between the sample studied and the standard reference population in the Emotional Stability dimension (especially related to the subdimension of Emotional Control), as well as Tenacity and Mental openness. Any significance of the differences is discarded in relation to the substance which generates the request. In the cluster analysis, eight different profiles are identified that show a net difference in their psychopathological pattern as well as in consumption variables.

Discussion: The discussion points out the theoretical limitations of the Big-Five model and the need to analyze the personality from its biological, cognitive and behavioral prospective in an integrated way, based on the cognitive neuroscience findings and their implication in the matching processes or correct assignment of the therapeutic processes.

KEY WORDS: Personality. Models. Psychological. Alcoholism. Substance-related disorders.

Introducción

El estudio de la personalidad y su relación con el consumo de sustancias se ha configurado en los últimos años como un tópico de especial interés para la investigación, en la medida en que su estudio se refiere a las características estables de los pacientes, no directamente dependientes de los efectos de las sustancias, que dotan a su conducta de cierto grado de consistencia transituacional y que permiten, además, su agrupación en torno a características comunes. Todo ello, en suma, proporciona, a su vez, elementos de trabajo para la intervención clínica sobre una base estable y consistente no habitual en un mundo tan mutable y diverso como el tratamiento de la drogodependencia. De hecho, se considera que tales factores estables tienen una gran importancia en la presentación, tratamiento y pronóstico de los trastornos psiquiátricos e incluso de enfermedades orgánicas, como es el caso de los trastornos psicósomáticos¹.

Tal estudio se ha realizado fundamentalmente desde dos perspectivas: el enfoque médico-clínico o modelo de enfermedad, presta especial atención a los trastornos de la personalidad y su relación con el consumo de sustancias. El modelo de rasgos estudia más habitualmente la personalidad normal, entendiendo que la normalidad y la psicopatología pueden considerarse conceptos relativos que representan puntos arbitrarios sobre un gradiente o *continuum*, sin que exista una línea divisoria clara entre ambos².

La investigación ha asumido, a su vez, dos métodos para estudiar la relación entre personalidad y abuso de sustancias: el categorial y el dimensional. El primero, más próximo a los modelos biologicistas y a la concepción de la drogodependencia y los trastornos de personalidad desde el modelo de enfermedad, utiliza para el diagnóstico técnicas basadas en la impresión clínica, entrevistas semiestructuradas –como la SDIP³– o estructuradas –como la SCID-II⁴–, aunque suelen utilizarse como pruebas complementarias autoinformes de criterio empírico como el MMPI⁵ y el MMPI-2⁶.

Desde una estrategia dimensional, pero teniendo como referencia las categorías diagnósticas DSM, y desde una perspectiva a caballo entre lo clínico y lo racional, se utiliza el MCMI-II⁷; algunos estudios han procurado el acercamiento entre esta visión dimensional y la concepción categorial⁸⁻¹⁰.

El análisis factorial ha proporcionado un nuevo paradigma para la investigación de la estructura de la personalidad, en la medida en que pretende, de forma atórica, el aislamiento de los factores que son comunes a todos los instrumentos anteriores en el estudio de la personalidad normal, alejándose de perspectivas clínicas. Inicialmente desarrollado por Eysenck y su cuestionario EPQ¹¹ y Catell, mediante el cuestionario 16-PF¹², este enfoque ha adquirido mayor relevancia en los últimos años a partir del paradigma de los Cinco Grandes factores, que se caracteriza por una particular concepción de la ciencia (empirismo), una particular metodología (análisis factorial), un particular modelo estructural (rasgos dimensionales) y una particular tradición investigadora (hipótesis léxica), y propugna que cualquier tipo de personalidad puede ser conceptualizada a partir de cinco amplias dimensiones ortogonales², aunque para la descripción de la personalidad se hace necesario desglosar esas cinco dimensiones en constructos más específicos, que denominan facetas o subdimensiones en el cuestionario NEO-PI-R¹³.

No parece clara aún la verdadera naturaleza de las cinco dimensiones: si se trata de la medida de la expresión de estructuras biológicas, o bien constructos psicológicos que reflejen, en alguna medida, la presencia de tales estructuras en función de patrones de conducta y la experiencia de los propios sujetos. Los autores del modelo no han fundamentado sus hallazgos en una teoría psicobiológica, a diferencia de sus predecesores, considerando que ni desde un punto de vista teórico ni desde la perspectiva empírica pueden asimilarse las dimensiones obtenidas mediante análisis factorial a estructuras o funciones concretas del sistema nervioso central, al menos en el estado de conocimiento actual sobre el funcionamiento del cerebro humano¹⁴. Esta

ateoricidad ha provocado algunas críticas en el sentido de considerar al modelo como un artefacto estadístico¹⁵, o una simple descripción que no facilita la comprensión del funcionamiento real de la personalidad¹⁶. Otras críticas hacen referencia a la insuficiencia de factores para explicar la estructura de la personalidad y el déficit científico que provoca la excesiva dependencia de los términos del lenguaje cotidiano¹⁷. Está en cuestión si la cifra adecuada para abarcar todas las facetas de la personalidad es de cinco, o si bastaría con las tres propuestas por Eysenck, aunque los estudios no apoyan consistentemente la superioridad de unos y de otros¹⁸.

No obstante, diversos estudios han puesto de manifiesto la gran estabilidad temporal de las medidas obtenidas mediante este modelo¹⁹, su consistencia y replicabilidad y su aplicabilidad²⁰⁻²² y la posibilidad de generalizarlo a diversos entornos culturales²³⁻²⁵. De especial interés son los trabajos que se han realizado para traducir los trastornos de personalidad según la formulación DSM al esquema de este cuestionario²⁶⁻²⁹, especialmente en población drogodependiente³⁰, encontrándose la superioridad del modelo de cinco factores en la predicción de la severidad de los trastornos de personalidad³¹.

Este es el enfoque que se ha adoptado en el trabajo que se presenta a continuación.

Material y método

Objetivos

Analizar la estructura de la personalidad, según el modelo factorial de las cinco grandes dimensiones, de una muestra de sujetos que demandan tratamiento en un Centro de Atención a Drogodependencias por abuso o dependencia de heroína, cocaína o alcohol. Estimar las diferencias entre grupos según la droga que motiva la demanda. Estudiar la posible existencia de conglomerados de sujetos que presenten similitudes en su estructura de personalidad y ponerlo en relación con algunas variables psicológicas, sociodemográficas y de consumo.

Muestra

La muestra está compuesta por 158 sujetos que demandan tratamiento en el CAD 4 del Plan Municipal contra las Drogas de Madrid, por abuso o dependencia de alcohol, cocaína o heroína durante el año 2001. Estos sujetos han sido extraídos de forma aleatoria de la población total de 474 individuos que han demandado tratamiento en este Centro en el período mencionado; de esta muestra ha sido preciso excluir a dos sujetos con es-

quizofrenia grave y un tercero que no sabía leer (no obstante, el diagnóstico de esquizofrenia no ha supuesto en modo alguno un criterio de exclusión para el estudio, en el que se incluye a 4 sujetos con diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia documentado: uno del tipo paranoide -F20.0-, uno del tipo catatónico -F20.2-, uno del tipo residual -F20.5- y uno del tipo simple -F20.6-).

Instrumentos

1. Entrevista de Valoración Inicial, estructurada y estandarizada para todos los usuarios del servicio, que recoge datos sociodemográficos, legales, médicos, historia de consumo, historia de tratamiento por drogas o por problemas de salud mental y motivación para la solicitud de tratamiento. De ella se extraen, a los efectos de este estudio, las variables sexo, edad, droga que motiva la demanda, edad de inicio de consumo y tiempo de consumo de la sustancia principal.

2. Big Five Questionnaire (BFQ) de Caprara et al³², versión española de Bermúdez³³. Se trata de un cuestionario de autoinforme basado en el NEO-PI³⁴ y el NEO-PI-R³⁵, que pretende superar algunas inconsistencias de éstos, tales como irregularidades en la asignación de facetas a las dimensiones personales. El BFQ se postula más parsimonioso que sus predecesores, más escrupuloso en su ajuste a los principios teóricos de los cinco factores y proporciona una medida adicional de la tendencia del sujeto a distorsionar los datos y a ofrecer una imagen «falseada» de sí mismo. Además, este cuestionario está validado para población española y ofrece la posibilidad de presentar los resultados en puntuaciones T, según una distribución normal con media 50 y desviación típica 10, considerándose muy bajos los valores entre 25 y 34, bajos los comprendidos entre 35 y 44, promedio entre 46 y 54, altos entre 56 y 64 y muy altos entre 66 y 75.

3. Como pruebas complementarias se administraron el SCL-90-R³⁶, versión española de González de Rivera y colaboradores³⁷; y el BDI de Beck et al^{38,39}, versión española de Vázquez (en Sanz y Vázquez⁴⁰). El SCL-90-R es un cuestionario compuesto de 90 ítems, valorados cada uno en una escala de Likert de 0 (nada) a 4 (mucho), en relación a la magnitud en que la persona se ha sentido molesta por cada uno de los síntomas durante la última semana. Los 90 ítems proporcionan información en relación a nueve dimensiones sintomáticas (somatización, obsesión/compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo), así como a tres escalas generales: índice general sintomático (o de gravedad), total de síntomas positi-

Tabla 1. Variables demográficas y de consumo en la muestra general y según droga que motiva la demanda de tratamiento

	Total	Alcohol	Cocaína	Heroína
N	158	35	39	84
Edad				
Media	33,89	37,17	30,95	33,89
DT	7,15	7,82	6,19	6,75
Rango	17-54	23-52	22-52	17-54
Sexo				
Varones	110	26	25	59
Mujeres	48	9	14	25
Edad de inicio en el consumo				
Media	20,05	18,29	20,92	20,36
DT	5,33	5,88	4,95	5,17
Rango	10-45	10-31	14-37	12-45
Tiempo de consumo				
Media	13,76	18,59	10,05	13,54
DT	7,33	7,24	5,71	7,01
Rango	1-37	5-37	1-20	1-27

vos e índice de malestar. El BDI es un instrumento de autoinforme que consta de 19 ítems de elección múltiple con número variable de opciones, que puntúan entre 0 y 3, ampliamente utilizado para el estudio y detección de la sintomatología depresiva.

Variables

Variables sociodemográficas: edad, sexo, edad de inicio en el consumo de la droga que motiva la demanda y tiempo de consumo de esta sustancia.

Variables dependientes: dimensiones y subdimensiones del BFQ (Energía –dinamismo y dominancia–, Afabilidad –cordialidad y cooperatividad–, Tesón –escrupulosidad y perseverancia–, Estabilidad Emocional –control de las emociones y control de los impulsos–, Apertura Mental –apertura a la cultura y apertura a la experiencia– y Distorsión). Cuando se ha efectuado el estudio de conglomerados, éstas han pasado a ser variables independientes, siendo las dependientes las escalas y dimensiones del SCL-90-R y la puntuación del BDI.

Análisis de datos

Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 10.0 para Windows. Se realizaron análisis de frecuencias, medidas de tendencia central, contraste de medias mediante análisis de varianza, comparaciones múltiples con la prueba de Scheffé y análisis de clusters exploratorio y no jerárquico. Se considera que existen diferencias estadísticamente significativas si $p < 0,05$.

Resultados

En la tabla 1 se muestran las variables demográficas y de consumo de la muestra general y de los grupos según la sustancia que motiva la demanda de tratamiento.

En la tabla 2 se expresan los estadísticos descriptivos para la muestra general. Todos los resultados en adelante se expresarán en puntuaciones T del BFQ

Tabla 2. Comparación entre la muestra total y la submuestra de distorsionadores promedio

	Muestra sin distorsionadores	N = 78	RANGO	Muestra total	N = 158	RANGO	T = 1,99 P < 0,05
	Media	DT		Media	DT		
ENERGÍA	49,12	10,55	27-68	49,82	10,08	27-71	-0,49
Dinamismo	48,62	11,90	27-73	49,16	11,09	27-73	-0,34
Dominancia	49,95	7,61	27-69	50,53	8,34	27-73	-0,51
AFABILIDAD	47,18	9,47	29-66	48,54	10,17	29-73	-0,98
Cooperatividad	49,12	10,88	27-73	49,92	10,87	27-73	-0,53
Cordialidad	46,54	8,66	29-68	48,20	9,52	27-72	-1,29
TESÓN	44,88	11,72	27-73	45,79	11,09	27-73	-0,58
Escrupulosidad	46,33	10,72	27-73	47,14	10,81	27-73	-0,54
Perseverancia	44,90	10,92	27-66	45,74	10,28	27-66	-0,58
ESTABILIDAD EMOCIONAL	44,10	9,45	27-73	44,08	10,24	27-73	0,01
Control de las emociones	43,55	9,91	27-73	43,62	9,81	27-73	-0,05
Control de los impulsos	45,55	8,92	27-66	45,35	10,57	27-71	0,14
APERTURA MENTAL	47,19	10,31	27-71	47,20	9,83	27-71	-0,01
Apertura a la cultura	47,59	9,73	27-69	48,08	10,27	27-73	-0,35
Apertura a la experiencia	47,63	9,70	27-73	47,25	10,04	27-73	0,28
DISTORSIÓN	50,14	2,72	45-55	49,53	9,85	27-73	0,53

Tabla 3. Descriptivos de la muestra según la droga que motiva la demanda

	Alcohol			Cocaína			Heroína		
	MEDIA	DT	RANGO	MEDIA	DT	RANGO	MEDIA	DT	RANGO
ENERGÍA	48,51	9,53	31-68	51,82	10,99	27-69	49,43	9,84	27-71
Dinamismo	48,20	11,17	27-69	50,92	12,23	29-73	48,74	10,53	27-73
Dominancia	48,97	7,39	37-63	52,23	8,75	27-73	50,39	8,47	31-73
AFABILIDAD	50,09	10,16	34-63	51,44	9,66	27-73	46,56	10,08	31-73
Cooperatividad	49,91	11,17	27-73	52,51	10,60	32-73	48,73	10,79	27-73
Cordialidad	50,63	9,31	34-71	49,97	9,05	29-68	46,37	9,54	27-72
TESÓN	43,54	11,94	27-73	46,74	12,39	29-73	46,29	10,06	27-68
Escrupulosidad	44,20	11,40	27-73	47,72	11,13	29-73	48,10	10,32	27-68
Perseverancia	44,60	11,19	27-73	46,74	11,46	29-66	45,75	9,36	27-66
ESTABILIDAD EMOCIONAL	46,23	9,75	27-69	42,82	9,97	27-73	43,76	10,54	27-73
Control de las emociones	45,49	9,69	27-73	42,13	10,32	27-73	43,54	9,60	27-72
Control de los impulsos	47,11	9,41	27-68	44,38	10,29	27-66	45,06	11,17	27-71
APERTURA MENTAL	46,03	8,84	31-63	48,51	10,89	27-71	47,08	9,76	27-66
Apertura a la cultura	47,83	9,96	27-66	48,79	10,67	27-73	47,85	10,31	27-66
Apertura a la experiencia	46,00	8,11	32-66	49,38	11,13	27-73	46,79	10,21	27-71
DISTORSIÓN	50,60	9,86	34-73	49,36	8,79	29-73	49,15	10,37	27-68

para la baremación en población española –tablas diferentes para varones y mujeres³³–. Puesto que existe la variable Distorsión, que puede alterar el perfil de la muestra estudiada, realizamos la comparación de medias entre la muestra total y la submuestra de sujetos cuya distorsión se sitúa en el promedio (entre 44 y 54). Como se observa en la tabla 2 no se aprecian diferencias significativas entre las medias de ambos grupos ($p < 0,05$ en contraste bilateral).

En la tabla 3 se expresan los estadísticos descriptivos de los resultados en el BFQ según la droga que motiva la demanda de tratamiento.

Efectuado un análisis de varianza (ANOVA) no aparecen diferencias significativas entre los grupos según la droga principal en ninguna dimensión ni subdimensión del BFQ. Lo mismo sucede cuando se efectúa la prueba de Scheffé sobre los grupos emparejados ($p < 0,05$).

Sin embargo, sí se aprecian diferencias al comparar a la muestra obtenida con la población normativa: con un nivel de confianza del 99% se observan puntuaciones menores, estadísticamente significativas, en las dimensiones de tesón, estabilidad emocional, apertura mental y todas sus subdimensiones (salvo apertura a la cultura). Si ampliamos el margen de error hasta el 5% aparece significación para las subdimensiones de cordialidad y apertura a la cultura (ver tabla 4). En la figura 1 se puede observar la distribución porcentual de frecuencias en relación con las cuatro categorías (de muy bajo a muy alto) de la distribución normativa.

En la tabla 5 se muestran las diferencias de medias en las dimensiones y subdimensiones entre hombres y mujeres, encontrándose una puntuación significativamente más alta de los varones en la dimensión de tesón y, muy especialmente, en la subdimensión de perseverancia.

En cuanto a la edad, se aprecia una correlación positiva ($p < 0,01$) entre ésta y la dimensión de Estabilidad Emocional ($r = 0,3$) así como con sus dos subdimensiones ($r = 0,26$ y $0,27$), y negativa con la subdimensión de Dominancia ($r = -0,24$).

Tabla 4. Significación estadística de las diferencias de medias entre la muestra y la población general (media 50, d.t. 10)

	z	p < 0,05 Z = 1,96	p < 0,01 Z = 2,58
ENERGÍA	-0,22		
Dinamismo	-1,01		
Dominancia	0,64		
AFABILIDAD	-1,76		
Cooperatividad	-0,10		
Cordialidad	-2,17	Sig.	
TESÓN	-5,07	Sig.	Sig.
Escrupulosidad	-3,44	Sig.	Sig.
Perseverancia	-5,13	Sig.	Sig.
ESTABILIDAD EMOCIONAL	-7,13	Sig.	Sig.
Control de las emociones	-7,68	Sig.	Sig.
Control de los impulsos	-5,60	Sig.	Sig.
APERTURA MENTAL	-3,37	Sig.	Sig.
Apertura a la cultura	-2,31	Sig.	
Apertura a la experiencia	-3,31	Sig.	Sig.
DISTORSIÓN	-0,57		

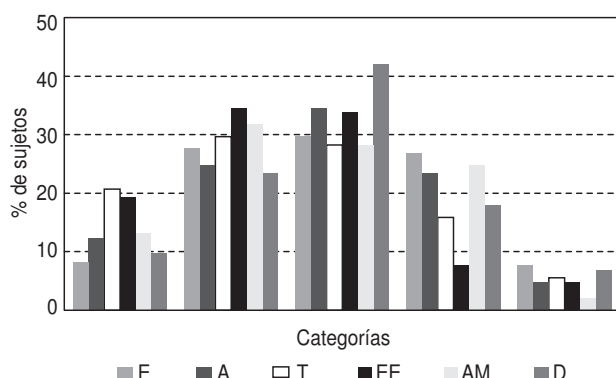


Figura 1. Distribución de frecuencias de las puntuaciones en las dimensiones del BFQ según categorías en referencia a la distribución normativa.

La edad de inicio muestra una correlación significativa ($p < 0,05$) con las subdimensiones de Control de

Tabla 5. Diferencias entre varones y mujeres en dimensiones y subdimensiones del BFQ ($p < 0,05$)

	SEXO	N	Media	D.T.	F	Sig
ENERGÍA	V	110	50,09	9,89	0,27	0,61
	M	48	49,19	10,57		
Dinamismo	V	110	49,65	11,17	0,70	0,40
	M	48	48,04	10,93		
Dominancia	V	110	50,38	8,26	0,12	0,73
	M	48	50,88	8,59		
AFABILIDAD	V	110	48,61	10,82	0,01	0,90
	M	48	48,40	8,60		
Cooperatividad	V	110	50,64	11,68	1,22	0,27
	M	48	48,42	8,42		
Cordialidad	V	110	47,89	9,49	0,23	0,63
	M	48	48,42	9,53		
TESÓN	V	110	47,06	10,22	4,88*	0,03
	M	48	42,88	12,50		
Escrupulosidad	V	110	47,44	11,26	0,44	0,51
	M	48	46,18	10,62		
Perseverancia	V	110	47,39	9,74	7,90**	0,01
	M	48	42,20	10,91		
ESTABILIDAD EMOCIONAL	V	110	43,86	10,20	0,15	0,69
	M	48	44,56	10,44		
Control de las emociones	V	110	43,87	9,80	0,24	0,63
	M	48	43,04	9,90		
Control de los impulsos	V	110	44,37	10,47	1,82*	0,18
	M	48	47,31	10,77		
APERTURA MENTAL	V	110	47,49	9,68	0,31	0,58
	M	48	46,54	10,26		
Apertura a la cultura	V	110	48,58	10,53	0,88	0,35
	M	48	46,92	9,66		
Apertura a la experiencia	V	110	46,88	9,89	0,49	0,48
	M	48	48,10	10,44		
DISTORSIÓN	V	110	49,14	9,85	0,56	0,45
	M	48	50,42	9,90		

*Significativo al NC = 95%.

**Significativo al NC = 99%.

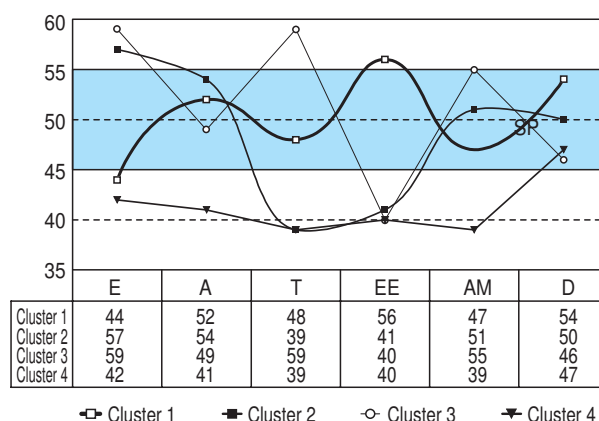


Figura 2. Perfiles de los cuatro clusters obtenidos a partir de sus medias en dimensiones del BFQ

los Impulsos ($r = 0,173$) y de Apertura a la Experiencia ($r = 0,21$). Al mismo nivel de significación aparecen correlaciones entre el tiempo de consumo y las subdimensiones de Cooperatividad ($r = 0,17$), Dominancia ($r = -0,2$) y Control Emocional ($r = 0,2$).

Se realiza un análisis de conglomerados sobre el total de los resultados, de carácter exploratorio y no jerárquico. Se elige el análisis de 4 conglomerado por ser el que muestra una máxima diferenciación entre las variables críticas, minimizando al máximo las distancias medias a los centros del conglomerado. Los resultados se observan en la figura 2

La distribución de los sujetos en cada uno de los clusters en función de la droga que motiva la demanda puede observarse en la tabla 6. Los sujetos que demandan tratamiento por cocaína se agrupan preferentemente en los clusters 1 y 3 y están pobremente representados en el cluster 2; quienes demandan tratamiento por alcohol responden más a las características del cluster 2 y menos a las del cluster 1, y los consumidores de heroína se agrupan con más homogeneidad aunque preferentemente en los clusters 2 y 4 y menos en el cluster 3.

Tabla 6. Distribución de sujetos en cada uno de los clusters en función de la droga que motiva la demanda de tratamiento

	ALCOHOL		COCAÍNA		HEROÍNA	
	n	%	n	%	n	%
Cluster 1	5	14,7	12	35,3	17	50,0
Cluster 2	11	30,6	4	11,1	21	58,3
Cluster 3	8	21,1	13	34,2	17	44,7
Cluster 4	11	22,0	10	20,0	29	58,0
Muestra total	35	22,2	39	24,7	84	53,2

Tabla 7. Media de las variables demográficas y de consumo en cada cluster

	Edad	% Varones	Tiempo de consumo	Edad de inicio
Cluster 1	31,79	79,41	12,56	19,26
Cluster 2	37,41	73,53	16,64	20,48
Cluster 3	32,67	69,70	11,94	20,79
Cluster 4	32,77	56,82	13,05	19,71

En la tabla 7 pueden observarse las características de cada grupo en relación a la edad, sexo y variables de consumo. Puede apreciarse cómo la media de edad es significativamente superior (prueba de Scheffé) en el cluster 2, que es también el que está compuesto por sujetos que llevan más tiempo consumiendo, mientras que el cluster 1 agrupa a más varones y el 4 a más mujeres. No hay diferencias significativas entre los clusters en relación a la edad en que se inició el consumo.

Para establecer diferencias entre los clusters se atiende a los resultados obtenidos por los sujetos en dos pruebas complementarias, el SCL-90-R, que nos da cuenta de la sintomatología manifestada en cada grupo; y el BDI, que nos proporciona una medida de la sintomatología depresiva. Al efectuar un ANOVA aparecen diferencias significativas en todas las escalas y dimensiones (tabla 8).

Los valores medios y la desviación típica de cada cluster en cada una de las dimensiones del SCL-90-R y del BDI, se muestran en la tabla 9.

Si eliminamos a los sujetos que puntúan alto (> 55) o bajo (< 45) en la variable Distorsión (N = 54), el análisis de cluster confirma la existencia de los 4 conglomerados anteriormente descritos para la muestra total, correlacionando el A 0,86, el B 0,67, el C 0,86 y el D 0,87.

Realizamos también el análisis de 8 clusters por ser el que maximiza las diferencias en las variables criterio (SCL-90-R y BDI). En la tabla 10 se ponen en relación los centros de cada uno de los 8 clusters con cada una del resto de variables.

Comentario

La muestra utilizada se asemeja en lo fundamental al universo descrito por el SEIPAD para todo el territorio español⁴¹, si bien este estudio no hace referencia a quienes demandan tratamiento por problemas con el alcohol, y la muestra aquí estudiada presenta un mayor porcentaje de sujetos que demandan tratamiento por consumo de cocaína, aunque se apunta en aquél una tendencia en este sentido.

Tomada la muestra en su conjunto, sólo aparecen diferencias con la población normativa en la dimensión de Estabilidad Emocional, si bien, al aplicar estadísticos estas diferencias se extienden a las dimensiones de Tesón, Estabilidad Emocional y Apertura Mental. Estos resultados coinciden sólo parcialmente con los de otro estudio con el mismo cuestionario⁴² en el que, con una muestra de 47 sujetos adictos a heroína, y a partir de las puntuaciones directas en el BFQ, la inestabilidad emocional sólo presenta cifras significativamente bajas en el grupo de mujeres y la magnitud de las diferencias es mayor en las otras dos dimen-

Tabla 8. ANOVA de las puntuaciones obtenidas en el SCL-90-R y el BDI por cada uno de los cuatro cluster

		Suma de cuadrados	Media cuadrática	F	Sig.
SOM	Inter-grupos	14,10	4,70	6,40	0,00
	Intra-grupos	110,93	0,73		
	Total	125,04			
OBOCO	Inter-grupos	11,52	3,84	5,56	0,00
	Intra-grupos	104,29	0,69		
	Total	115,81			
SENIN	Inter-grupos	14,97	4,99	7,29	0,00
	Intra-grupos	103,39	0,68		
	Total	118,36			
DEP	Inter-grupos	22,12	7,37	7,58	0,00
	Intra-grupos	146,87	0,97		
	Total	168,99			
ANS	Inter-grupos	18,10	6,03	7,04	0,00
	Intra-grupos	129,31	0,86		
	Total	147,41			
HOST	Inter-grupos	13,12	4,37	6,23	0,00
	Intra-grupos	105,94	0,70		
	Total	119,07			
AF	Inter-grupos	10,68	3,56	5,61	0,00
	Intra-grupos	95,83	0,63		
	Total	106,51			
IP	Inter-grupos	8,90	2,97	3,33	0,02
	Intra-grupos	134,52	0,89		
	Total	143,42			
PSI	Inter-grupos	8,70	2,90	5,83	0,00
	Intra-grupos	75,09	0,50		
	Total	83,79			
IGS	Inter-grupos	12,99	4,33	7,97	0,00
	Intra-grupos	82,11	0,54		
	Total	95,11			
TSP	Inter-grupos	10.804,53	3.601,51	9,68	0,00
	Intra-grupos	56.189,63	372,12		
	Total	66.994,15			
IM	Inter-grupos	4,96	1,65	3,90	0,01
	Intra-grupos	64,09	0,42		
	Total	69,05			
BDI	Inter-grupos	1.591,82	530,61	6,77	0,00
	Intra-grupos	10.901,43	78,43		
	Total	12.493,25			

Tabla 9. Medias y desviaciones típicas en las escalas del SCL-90-R y en el BDI para cada uno de los 4 cluster

		SOM	OB/CM	SEN INT	DEP	ANS	HOST	A FOB	ID PA	PSIC	IGS	TOT S+	IM	BDI
Cluster A	Media	1,24	1,48	1,17	1,61	1,29	1,24	0,67	1,38	0,95	1,27	42,59	1,99	16,10
	DT	0,90	0,86	0,80	1,11	0,92	0,91	0,81	0,98	0,74	0,81	28,76	0,74	8,46
Cluster B	Media	0,55	1,10	0,75	1,00	0,66	0,46	0,22	0,73	0,44	0,70	24,87	1,64	10,25
	DT	0,52	0,81	0,47	0,79	0,85	0,46	0,42	0,57	0,43	0,51	25,22	0,50	7,25
Cluster C	Media	1,31	1,77	1,30	1,97	1,38	1,10	0,67	1,44	1,00	1,39	45,30	2,28	19,01
	DT	0,87	0,72	0,88	0,95	0,81	0,80	0,72	0,93	0,62	0,64	27,40	0,57	9,50
Cluster D	Media	1,53	1,95	1,71	2,18	1,66	1,35	1,04	1,77	1,29	1,67	51,50	2,29	23,12
	DT	0,94	0,87	0,97	0,93	1,03	1,01	0,98	0,97	0,84	0,81	29,63	0,67	14,83

siones. En la muestra que presenta este trabajo, la dimensión de Estabilidad Emocional es la que ofrece niveles más claros de significación en todos los grupos,

Tabla 10. Valores medios para cada cluster de: A) Dimensiones del BFQ; B) Escalas e Índices del SCL-90-R; C) BDI; D) Número de sujetos en cada cluster; E) Porcentaje de sujetos que demandan tratamiento por alcohol (A), cocaína (C) o heroína (H) en cada cluster. F) Porcentaje de varones y mujeres, y G) Tiempo de consumo, edad de inicio en el consumo y edad en el momento de solicitar tratamiento

		CLUSTERS								MEDIA
		1	2	3	4	5	6	7	8	
BFQ	E	58	45	49	38	44	59	60	42	51,82
	A	41	59	44	45	54	57	55	36	51,44
	T	53	41	48	36	50	37	61	38	46,74
	EE	34	36	48	47	61	44	44	37	42,82
	AM	52	39	41	50	49	55	58	34	48,51
	D	42	42	60	46	53	52	48	47	49,36
SCL-90-R	SOM	1,4	1,6	1,2	0,9	0,3	1,4	1,0	1,5	1,2
	OBCO	1,5	2,2	1,6	1,5	0,7	1,9	1,4	2,1	1,6
	SINT	1,5	1,8	1,0	1,1	0,5	1,3	1,0	2,0	1,3
	DEP	2,0	2,4	1,5	1,5	0,6	2,2	1,3	2,4	1,7
	ANS	1,5	1,9	1,1	1,1	0,3	1,4	1,1	1,9	1,3
	HOST	1,6	1,4	0,9	0,5	0,3	1,0	1,0	1,7	1,1
	ANFOB	0,8	1,2	0,5	0,5	0,1	0,8	0,5	1,1	0,7
	IDPA	1,6	2,0	1,2	1,1	0,6	1,3	1,2	2,0	1,4
	PSIC	1,1	1,5	0,8	0,7	0,2	1,1	0,8	1,5	1,0
	IGS	1,5	1,8	1,2	1,1	0,5	1,5	1,1	1,8	1,3
	TSP	47,9	56,6	31,9	33,9	18,7	49,3	39,8	61,7	42,5
	IM	2,2	2,6	2,0	1,8	1,5	2,3	1,9	2,5	2,1
	BDI	20,9	19,7	15,3	29,5	7,2	21,1	13,5	30,0	19,6
	n =	19	15	28	18	17	21	20	20	158
	% A	15,8	40,0	17,9	22,2	35,3	23,8	10,0	20,0	22,2
	% C	15,8	40,0	21,4	22,2	11,8	23,8	45,0	20,0	24,7
	% H	68,4	20,0	60,7	55,5	52,9	52,4	45,0	60,0	53,2
	M	15,8	33,3	37,2	33,3	23,5	40,1	25,0	35,0	30,4
	V	84,2	66,7	64,3	66,7	76,5	61,9	75,0	65,0	69,6
	r ² consumo	14,2	14,4	13,9	13,2	17,1	12,9	10,2	12,3	13,8
	edad inicio	17,9	19,8	20,4	22,4	20,2	20,7	20,4	18,3	20,0
	edad	32,1	33,9	35	35,6	37,3	33,6	30,6	30,7	33,9

lo que sí coincide con los hallazgos de otros estudios que utilizan otros cuestionarios, como el EPQ⁴³⁻⁴⁵, aunque en estos casos también se encuentra significación de las diferencias en la escala de Psicoticismo: si nos atenemos a las correlaciones halladas por los autores del BFQ entre las escalas de éste y del EPQ³³, el Psicoticismo se correspondería con una baja puntuación en Afabilidad y Tesón, menos significativa en Estabilidad Emocional, y una alta Distorsión; aunque este patrón pueda presentarse en algunos casos (y se asemeja, en cierto modo, a uno de los clusters que estudiaremos más adelante) no es significativo en la muestra general. Sí lo es, en cambio, en el caso del Neuroticismo que correlaciona $-0,66$ con la escala de Estabilidad Emocional, y también con la escala de Apertura Mental ($-0,29$). Otros trabajos encuentran diferencias en las tres escalas del EPQ⁴⁶ que no se corresponden con los resultados de este estudio.

Se hace preciso considerar qué estamos midiendo en realidad al estudiar las dimensiones: aunque los autores del modelo no formulan una teoría que soporte los hallazgos, éste está emparentado con otros modelos que sí lo hacen, como el de Eysenck, y los resultados de las medidas, desde ambas perspectivas, así lo indican. Deberemos considerar que de lo que estas dimensiones nos informan es de ciertas características del sistema nervioso central (arousal/activación y función serotoninérgica, entre otras) con una alta estabilidad temporal y transituacional, sujetos en gran medida a una determinación genética, que vendrían a suponer diferencias manifiestas en la estructura y funcionamiento cerebral de base casi estrictamente biológica⁴⁷. Sin embargo, la hipótesis léxica otorga al propio sujeto las capacidades de observación y descripción de tales cuestiones, de modo que aunque consideremos cuestiones como el consenso léxico y la capacidad discriminativa de los ítems, hemos de admitir una variabilidad de las medidas en función de sesgos propios del observador de difícil tipificación. Así, la correlación

hallada en la muestra estudiada entre la edad y diversas dimensiones y subdimensiones del test puede deberse tanto a cambios evolutivos en el SNC a lo largo del tiempo, como a cambios en los criterios de autoevaluación de los sujetos, derivados de la experiencia. O a ambos, lo que vendría a suponer, por encima de la consistencia temporal, que la personalidad debe contemplarse principalmente desde su dimensión adaptativa, como un complejo entramado de estructuras y funciones al servicio de la supervivencia y la reproducción⁴⁸.

Cuando se considera la droga que motiva la demanda como variable independiente, no se observan diferencias significativas en ninguna de las escalas o subdimensiones, lo que viene a indicar una no selectividad de la sustancia en función de determinadas características de personalidad. Este dato iría en contra de hipótesis como la de la automedicación¹ según la cual los sujetos seleccionan la sustancia en función del malestar provocado por la sintomatología derivada de su patología previa, y es coherente con lo encontrado en otros estudios en el que no aparece selectividad para la elección de la sustancia⁴⁹. Sin embargo, cuando se considera la droga en relación con los perfiles de los diferentes conglomerados, sí aparecen diferencias, lo que hace pensar que, al margen del concepto de enfermedad mental en que se sustenta esta hipótesis, sí existe una funcionalidad de la droga en relación a los diferentes patrones de personalidad, sean estos tipificables como patológicos o no.

Con todos estos datos la variable que parece más directamente relacionada con el consumo de sustancias es la inestabilidad emocional —a costa, sobre todo, del control emocional y mucho menos del control de los impulsos—, lo que situaría a la droga como un mecanismo para evitar o escapar del malestar que tal vulnerabilidad emocional provoca. Aunque hemos de considerar que la labilidad emocional es previa al consumo, en tanto que disposición con fuerte determinación genética, es preciso hacer referencia nuevamente a la perspectiva evolutiva, en la medida en que los primeros contactos con las sustancias (tanto aquella que motiva la demanda como las que la precedieron en la escalada) se producen —en la mayor proporción de casos— en la adolescencia donde, por una parte, la personalidad está en fase intensa de construcción y, por otra, la acción directa sobre el SNC, en lo que se ha denominado «ventana plástica» o fase de profunda remodelación cortical⁵⁰, puede modificar, alterar o colaborar a la configuración estable de su funcionamiento. Esto dotaría a la sustancia de una doble dimensión: por una parte, actuaría como elemento activo en la construcción cerebral y, por otro, operaría como estrategia de afrontamiento amortiguadora de las consecuencias emocio-

nales. La primera cuenta con apoyo en recientes hallazgos en relación al consumo de estimulantes y su efecto sobre la configuración dendrítica neuronal y la función serotoninérgica⁵¹⁻⁵³ así como del viejo concepto de neuroadaptación y su verificación mediante técnicas de neuroimagen^{54,55}. En relación a la segunda, algunos trabajos apuntan en esta dirección, estimando que las cinco dimensiones de personalidad son los mejores predictores disponibles para la reactividad emocional bajo condiciones de estrés⁵⁶ en las cuales, el consumo de sustancias es un recurso de afrontamiento⁵⁷. De entre todas, esta es la dimensión que aparece más relacionada con el desarrollo de conductas de salud inadecuadas, mayor sintomatología, mayor frecuencia de acontecimientos diarios y sucesos vitales estresantes y, en definitiva, con la predisposición a desarrollar conductas de riesgo para la salud^{58,59}.

No es, sin embargo, la Estabilidad Emocional la única dimensión que presenta diferencias significativas con la población normativa (no conviene olvidar que cerca del 40% de los sujetos de la muestra obtienen puntuaciones promedio o superiores): también las dimensiones de Tesón y Apertura Mental aparecen sensiblemente diferenciadas. La Energía (eje Introversión/Extraversión) presenta una distribución simétrica y mesocúrtica, estando, por tanto, ambos polos idénticamente representados. Lo mismo sucede con la dimensión de Afabilidad, aunque con un mayor apuntamiento central. El tesón, en cambio, se distribuye de forma asimétrica con desplazamiento hacia sus valores más bajos; esta dimensión parece asociarse a la predisposición para iniciar y mantener conductas orientadas al logro de metas propuestas⁶⁰ y podría operar como eficaz predictor de adherencia al tratamiento⁶¹. La Apertura Mental presenta un desplazamiento similar hacia sus valores más bajos, en sentido contrario al que haría suponer su correlación con la búsqueda de sensaciones⁶², de modo que en la muestra estudiada, al igual que en otras⁴² los drogodependientes en tratamiento muestran rechazo a la experimentación de nuevas experiencias.

En relación a las sustancias, y aunque el análisis estadístico no refleje significación, se aprecia una tendencia a la extraversión en los consumidores de cocaína, al contrario que los bebedores. Por el contrario, los alcohólicos parecen tener una menor vulnerabilidad emocional que el resto de consumidores y también una menor apertura mental: en ninguno de los grupos se constata una tendencia a la búsqueda de sensaciones (como correlato de la Apertura Mental) asociada a su conducta de consumo. Cabe preguntarse una vez más si determinadas personalidades buscan o seleccionan de-

terminadas sustancias o si son las drogas (y el contexto en el que se consumen) las que producen modificaciones en la estructura de la personalidad de sus usuarios. La respuesta es de indudable interés, especialmente desde la perspectiva preventiva, pero su investigación se topa con graves limitaciones metodológicas.

El análisis de conglomerados nos proporciona información sobre los perfiles de los grupos de consumidores. Cuando utilizamos cuatro clusters encontramos un grupo que se repite en todos los análisis previos efectuados: el cluster 4 agrupa a sujetos con baja puntuación en todas las dimensiones (distorsión promedio); se trataría de personas con graves carencias en su estructura de personalidad. Contrariamente, el cluster 1 nos muestra la agrupación de sujetos que presentan puntuaciones promedio en todas las dimensiones, observándose únicamente una cierta tendencia a la introversión y una estabilidad emocional elevada. Los clusters 2 y 3 muestran a grupos de individuos que tienen en común una personalidad extravertida y dificultades emocionales, aunque les diferenciarían puntuaciones extremas en la dimensión de Tesón. Los resultados son de interés en relación a la programación de intervenciones rehabilitadoras y la asignación de recursos de tratamiento o *matching*: algunos estudios evidencian que los sujetos con carencias más severas (no sólo en el plano psicológico, sino en el ámbito social, cultural, económico, etc.; aunque todos ellos suelen presentarse unidos) se benefician en mayor medida de recursos residenciales, como las Comunidades Terapéuticas, en tanto que quienes no presentan carencias tan acusadas lo hacen por igual en recursos ambulatorios o residenciales⁶³⁻⁶⁵. Hipotéticamente, entonces, el cluster 4 sería el que integraría a los sujetos potencialmente beneficiarios de un programa de tratamiento en régimen de Comunidad Terapéutica, en tanto los otros grupos podrían evolucionar adecuadamente en régimen ambulatorio. Sin embargo, es preciso considerar el *matching* en relación no sólo a los dispositivos de tratamiento, sino también a las estrategias terapéuticas más adecuadas, en función del análisis funcional de la conducta: las técnicas de autocontrol emocional estarían más indicadas para los dos grupos que presentan fuerte inestabilidad emocional; el entrenamiento en habilidades sociales para aquéllos que parecen utilizar la droga como elemento favorecedor del contacto social; la terapia ocupacional para aquellos sujetos con bajo tesón y tendencia a la intolerancia a la frustración; la intervención educativa para aquéllos con baja apertura mental, etc. De este modo, no sólo se seleccionarían los dispositivos más adecuados, sino también el tiempo, la intensidad, la duración y la programación de técnicas

que favorecieran un mejor aprovechamiento de los recursos⁶⁶; todo ello, sin duda, atendiendo simultáneamente a otras variables, así como a intervenciones concurrentes, como la farmacológica.

Más información nos proporciona aún el análisis de 8 clusters: la incorporación de otras medidas facilita la comprensión de las manifestaciones psicopatológicas asociadas a cada agrupación. El cluster 1 aparece compuesto por sujetos extravertidos, poco afables y con gran inestabilidad emocional, que además muestran un alto nivel de depresión, gran sensibilidad interpersonal y hostilidad; su nivel de malestar general es medio-alto, se iniciaron precozmente en el consumo y está compuesto principalmente por varones heroínómanos. Aunque no es el propósito de este trabajo, es de destacar que tal perfil se asemeja al encontrado en sujetos diagnosticados de Trastorno de Personalidad Antisocial^{28 29}.

El cluster 2 está formado por sujetos muy afables, con poco tesón, gran inestabilidad emocional y mínima apertura mental; es el grupo que presenta mayores niveles de malestar a costa de la totalidad de las escalas, aunque su depresión es menor si se mide con un instrumento de enfoque más cognitivo, como es el BDI; lo forman en mayor medida consumidores de cocaína y alcohol y su perfil se asemejaría en gran medida al encontrado en el Trastorno de Personalidad Dependiente.

El cluster 3 nos mostraría a sujetos estables emocionalmente, pero poco afables y cerrados mentalmente, que no manifestarían excesivo malestar y distorsionarían sus datos de autoinforme; su nivel de depresión sería bajo y estaría compuesto principalmente por mujeres de más edad consumidoras de heroína. Su desconfianza y su patrón de síntomas sugeriría una asociación con el Trastorno de Personalidad Pasivo/Agresiva.

El cluster 4 lo formarían sujetos introvertidos y con poco tesón, pero estables emocionalmente, con sintomatología leve pero muy elevada puntuación en depresión si esta se mide con el BDI (muy superior a la que refleja el SCL-90-R, lo que sugiere un mayor componente cognitivo de su disforia); compuesto principalmente por sujetos que iniciaron tardíamente el consumo y tienen más edad. Posiblemente no sean subsidiarios de un diagnóstico en el eje II, sino que utilicen la droga para facilitar su ámbito relacional y tengan serias dificultades para revertir el hábito.

El cluster 5 está integrado por sujetos con una alta estabilidad emocional e introvertidos. Su malestar es mínimo en todas las escalas y según todos los instrumentos. Se trata, sobre todo, de varones bebedores con mucho tiempo de consumo y edad avanzada. Podría tratarse de bebedores sociales con complicaciones de índole social (presión familiar, problemas en el trabajo).

El cluster 6 lo forman sujetos extrvertidos y afables, pero con poca tenacidad y emocionalmente inestables. Manifiestan un alto nivel de malestar, con muchas somatizaciones, patrón de pensamiento obsesivo-compulsivo y depresión (que se confirma con el BDI). Compuesto principalmente por mujeres, se asemeja, aunque no en su totalidad, al patrón observado en el Trastorno Límite de Personalidad.

El cluster 7 lo componen sujetos extrvertidos, afables, muy tenaces y de mente abierta, pero inestables emocionalmente. No manifiestan apenas sintomatología, consumen principalmente cocaína, llevan poco tiempo de consumo y son más jóvenes. Hipotéticamente se trataría de sujetos normales, pero vulnerables emocionalmente y, en consecuencia, más sensibles a los efectos neurovegetativos de las drogas.

El cluster 8 presenta a sujetos bajos en todas las escalas, con una estructura de personalidad especialmente lábil, que manifiestan un intenso malestar a costa de todas las escalas, y un nivel crítico de depresión. Se trata, en su mayor parte, de heroinómanos jóvenes que se iniciaron precozmente en el consumo, el cual posiblemente haya interferido gravemente en el proceso de consolidación de su personalidad, y que hipotéticamente presentarían un mayor número de diagnósticos tanto en el eje I como en el II.

Todas estas conclusiones son, obviamente, tentativas y provisionales, puesto que las muestras son pequeñas y no se han utilizado instrumentos sensibles a los trastornos del eje II, pero indican la existencia de patrones de personalidad que confirman sus diferencias a través de medidas ajenas al propio BFQ. Existen ya múltiples hallazgos que permiten esperar que en un futuro no muy lejano puedan establecerse con exactitud los sustratos neurobiológicos que confirmen la verdadera naturaleza de estas dimensiones⁶⁷: si, por ejemplo, se confirmara que el neuroticismo (inestabilidad emocional), como propone Eysenck, tiene relación con un patrón de activación diferencial (hipersensibilidad) del sistema nervioso vegetativo, debería ensayarse la combinación de fármacos que modularan la respuesta autónoma con técnicas de intervención cognitiva que proporcionarán

al sujeto la capacidad de amortiguar los efectos de la hiperreactividad. Algunos trabajos en los últimos años han abordado este enfoque neurocognitivo en relación al mantenimiento de la conducta adictiva, destacando la importancia de las vías dopaminérgicas y las atribuciones que los sujetos efectúan sobre un proceso sobre el que carecen de control⁶⁸⁻⁷⁰.

En todo caso, y a la vista de los datos de este estudio y otros similares, pueden formularse algunas conclusiones provisionales:

— no todos los sujetos que demandan tratamiento por abuso de sustancias presentan patrones de personalidad que puedan categorizarse como patológicos.

— en una gran parte de los casos la droga puede operar como modulador de alguna de las áreas carenciales de la personalidad.

— la investigación de los rasgos de personalidad desde la perspectiva dimensional puede proporcionar hipótesis explicativas que cubran todo el espectro de sujetos que demandan tratamiento y, aún, de aquellos que aún no lo han hecho o no lo harán; determinados perfiles pueden originar patrones de comportamiento e interacción netamente desadaptativos, disfuncionales y generadores de malestar, pero no otros, que también han de ser objeto de atención.

— tanto el estudio científico como el abordaje terapéutico de los perfiles de personalidad y el abuso de sustancias deben atender simultáneamente a los factores biológicos y a las manifestaciones comportamentales, siendo un reduccionismo inadecuado, ineficaz y anticientífico prescindir de cualquiera de ellos, e incluso considerarlos meramente complementarios, cuando sólo la consideración conjunta, como manifestaciones diferentes de un mismo hecho, puede favorecer su comprensión y corrección.

Agradecimiento

A Sol de Ena, María Pérez y Concha Garrido, psicólogas del CAD-4, sin cuya colaboración no hubiera sido posible realizar este trabajo.

Bibliografía

1. Tejero Pociello A, Casas Brugué M. Trastornos de la personalidad en pacientes adictos a los opiáceos: incidencia, modelos explicativos de interrelación y repercusiones clínico asistenciales. En: Casas M, coord. Trastornos psíquicos en las toxicomanías. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, 1992.
2. Millon T, Davies RD. Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson, 1998.
3. Pfohl B, Stangl D, Zimmerman M. Structured interview for DSM-III personality disorders, SDIP. 2ª ed. Unpublished Manual. Iowa: College of Medicine, 1983.
4. Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M. Instruction manual for the structured clinical interview for DSM-III-R (SCID). Nueva York: NY State Psychiatric Institute, 1987.

5. Hathaway SR, McKinley JC. Cuestionario de personalidad MMPI. Madrid: TEA, 1975.
6. Butcher JN, Dahlstrom WG, Graham JR, Tellegen A, Kaemmer B. Manual for the restandardized Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI-2. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1989.
7. Millon T. MCMI-II. Inventario clínico multiaxial de Millon-II. Manual. Versión española de Ávila-Espada (Dir.). Madrid: TEA, 1999.
8. Flynn PM, McCann JT, Faibbank JA. Issues in the assessment of personality disorder and substance abuse using the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II). *J Clin Psychol* 1995;51(3):415-21.
9. McMahon RC, Richards SK. Profile patterns, consistency, and change in the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II in cocaine abusers. *J Clin Psychol* 1996;52(1):75-9.
10. Mestre L, Risco P, Catalán A, Ibarra O. Perfiles de personalidad Millon: comparación de pacientes adictos a opiáceos y a cocaína. *Trast Adict* 2001;3(4):64-5.
11. Eysenck HJ, Eysenck SBG. Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (Junior and adult). Londres: Hodder & Stoughton (Adaptación española: Eysenck HJ, Eysenck SBG. Cuestionario de personalidad para niños (EPQ-J) y adultos (EPQ-A). Madrid: TEA, 1986).
12. Catell RB. Cuestionario factorial de personalidad, 16-Pf. Madrid: TEA, 1975.
13. Costa PT, McCrae RR. The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *J Pers Dis* 1992;6:343-59.
14. McCrae RR, Costa PT. Trait explanations in Personality psychology. *Eur J Pers* 1995;9(4):231-52.
15. Mischel W. Introduction to Personality. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston, 1976.
16. Block J. A contrarian view of the Five-Factor approach to personality description. *Psychol Bull* 1995;117(2):187-215.
17. Davis RD, Millon T. Personality Change: metatheories and Alternatives. En: Heatherton TF, Weinberger JL, ed. Can personality change? Washington DC: American Psychological Association, 1994.
18. Peñate W, Ibáñez I, González M. La cuantía y naturaleza de las dimensiones básicas de la personalidad: una aproximación empírica. *Anal Modific Conducta* 1999;25(99):103-30.
19. Costa PT, McCrae RR. Personality in adulthood: a six-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory. *J Pers Soc Psychol* 1988;54:853-63.
20. Hogan R. Personality Psychology: back to basics. En: Aronoff J, Rabin A, Zucker R, ed. The emergence of personality. Nueva York: Springer, 1987.
21. Wiggins J, Pincus A. Personality: structure and assessment. *Ann Rev Psychol* 1992;43:473-504.
22. De Raad B. An expedition in search of a fifth universal factor: key issues in the lexical approach. *Eur J Pers* 1994;8(4):229-50.
23. Borkenau P, Ostendorf F. NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae. Göttingen: Hogrefe, 1993.
24. Caprara GV, Perugini M. Personality described by adjectives: the generalizability of the Big-Five to the Italian lexical context. *Eur J Pers* 1994;8(5):357-69.
25. Avia MD, Sanz J, Sánchez-Bernardos ML, Martínez Arias MR, Silva F, Graña JL. The five-factor model II. Relations of the NEO-PI with other personality variables. *Pers Individ Dif* 1995;19(1):81-97.
26. Widiger TA, Trull TJ, Clarkin JF, Sanderson C, Costa PT. A description of the DSM-III-R and DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality. En: Costa PT, Widiger TA, ed. Personality disorders and the five-factor model of personality. Washington: American Psychological Association, 1994.
27. Widiger TA, Sanderson C. Toward a dimensional model of personality disorder in DSM-IV and DSM-V. En: Livesley WJ, ed. The DSM-IV personality disorders. Nueva York: Guilford Press, 1985.
28. Sánchez Bernardos ML. Los trastornos de la personalidad y el modelo de los Cinco Factores: relaciones empíricas. *Clin Salud* 1995;6(2):175-88.
29. Widiger TA, Frances AJ. Toward a dimensional model for the personality disorders. En: Costa PT, Widiger A, ed. Personality disorders and the Five-Factor model of personality. 2ª ed. Washington: American Psychological Association, 2002.
30. Brooner RK, Schmidt CW, Herbst JH. Personality trait characteristics of opioid abusers with and without comorbid personality disorders. En: Costa PT, Widiger A, ed. Personality disorders and the Five-Factor model of personality. 2ª ed. Washington: American Psychological Association, 2002.
31. Ball A. Big Five, alternative five, and seven personality dimensions. Validity in substance-dependents patients. En: Costa PT, Widiger A, ed. Personality disorders and the Five-Factor model of personality. 2ª ed. Washington: American Psychological Association, 2002.
32. Caprara GV, Barbaranelli C, Borgogni L, Perugini M. The «Big-Five Questionnaire»: a new questionnaire to assess the five factor model. *Pers Individ Dif* 1993;15, 281-8.
33. Caprara GV, Barbaranelli C, Borgogni L. BFQ. Cuestionario «Big Five» (Versión española de J. Bermúdez). Madrid: TEA Ediciones, 1995.
34. Costa PT, McCrae RR. The NEO Personality Inventory Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1985.
35. Costa PT, McCrae RR, Dye DA. Facet scales for Agreeableness and Conscientiousness : A revision of the NEO Personality Inventory. *Pers Individ Dif* 1991;12:887-98.
36. Derogatis L. SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual. Clin Psychometr Res, 1983.
37. González de Rivera JL, Derogatis LR, Cuevas C. The spanish version of the SCL-90-R. Normative data in general population. *Clin Psychometr Res*, 1989.
38. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press, 1979.
39. Beck AT, Steer RA, Garbin MC. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1988;8:77-100.
40. Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema* 1998;10(2):303-18.
41. Plan Nacional Sobre Drogas. Principales resultados de los indicadores admisiones a tratamiento, urgencias y mortalidad por consumo de sustancias psicoactivas. Informe 1999 [Consultado el 10-12-2001]. URL: <http://www.mir.es/pnd/doc/observat/seipad.htm>.

42. Berrocal C, Ortiz-Tallo M, Fierro A, Jiménez JA. Variables clínicas y de personalidad en adictos a heroína. *Anu Psicol* 2001;32(1):67-87.
43. Wilson GD. Personality and social behaviour. En: Eysenck HJ, ed. *A model for Personality*. Berlin: Springer-Verlag, 1981.
44. Gossop MR, Eysenck SBG. A further investigation into the personality of drug addicts in treatment. *Br J Addict* 1983;75:305-11.
45. Doherty O, Matthews G. Personality characteristics of opiate addicts. *Pers Individ Dif* 1988;9(1):171-2.
46. Saiz Martínez PA, González MP, Jiménez L, Delgado Y, Liboreiro MJ, Granda B, et al. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y rasgos de personalidad en jóvenes de enseñanza secundaria. *Adicciones* 1999;11(3):209-20.
47. Brocke B, Battmann W. The Arousal-Activation theory of Extraversion and Neuroticism: a systematic analysis and principal conclusions. *Adv Behav Res Therap* 1992;14:211-46.
48. Buss DM. Evolutionary Personality Psychology. *Ann Rev Psychol* 1991;42:459-91.
49. Leibenluft E, Fiero PL, Bartko JJ, Moul DE, Rosenthal NE. Depressive symptoms and the self-reported use of alcohol, caffeine, and carbohydrates in normal volunteers and four groups of psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1993;150:294-301.
50. Cervera G, Haro G, Martínez-Raga J, Bolinches F, De Vicente P, Valderrama JC. Los trastornos relacionados con el uso de sustancias desde la perspectiva de la psicopatología y las neurociencias. *Trast Adict* 2001;3(3):164-71.
51. McCann UD, Szabo Z, Scheffel U, Dannals RF, Ricaurte GA. Positron emission tomographic evidence of toxic effect of MDMA («Ecstasy») on brain serotonin neurons in human beings. *Lancet* 1998;352(9138):1433.
52. Boot BP, McGregor IS, Hall W. MDMA (Ecstasy) neurotoxicity: assessing and communicating the risks. *Lancet* 2000;355(9217):1818.
53. Reneman L, Boon J, De Bruin K, Reitsma JB, De Wolff FA, Gunning WB, et al. Effects of dose, sex, and long-term abstinence from use on toxic effects of MDMA (ecstasy) on brain serotonin neurons. *Lancet* 2001;358(9296):1864.
54. George MS, Anton RF, Bloomer C, Teneback C, Drobos DJ, Lorberbaum JP, et al. Activation of prefrontal cortex and anterior thalamus in alcoholic subjects on exposure to alcohol-specific cues. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58(4):334-41.
55. Kilts CD, Schweitzer JB, Quinn CK, Gross RE, Faber TL, Muhammad F, et al. Neural activity related to drug craving in cocaine addiction. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:334-41.
56. Vollrath M. Personality and stress. *Scand J Psychol* 2001;42(4):335-47.
57. Wills TA. Stress and coping factors in epidemiology of substance use. En: Kozlowski LT, Annis HM, et al, ed. *Research advances in alcohol and drug problems*, vol 10. Nueva York: Plenum Press, 1990.
58. Van Heck GL. Personality and physical health: toward an ecological approach to health-related personality research. *Eur J Pers* 1997;11:415-43.
59. Bermúdez Moreno J, Pérez García AM. *Psicología de la Personalidad*. Madrid: UNED, 2001.
60. McCrae RR, Costa PT. Adding Liebe und Arbeit: The full Five-Factor Model and well-being. *Pers Soc Psychol Bull* 1991;17:227-32.
61. Booth-Kewley S, Vickers RR. Associations between major domains of personality and health behavior. *J Pers* 1994;62:281-98.
62. Zuckerman M, Kuhlman DM, Joireman J, Teta P. A comparison of three structural models for personality: the big three, the big five, and the alternative five. *J Pers Soc Psychol* 1993;65(4):757-68.
63. Hser Y. A referral system that matches drug users to treatment programs: existing research and relevant issues. *J Drug Issues* 1995;25:153-168.
64. Simpson DD, Joe GW, Fletcher BW, Hubbard RL, Anglin MD. A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:510-4.
65. Melnick G, De Leon G, Thomas G, Kressel D. A client-treatment matching protocol for therapeutic communities: first report. *J Subst Abuse Treat* 2001;21:119-28.
66. Aguilar I. Retención en Comunidad Terapéutica: la CT Profesional de Barajas. *Adicciones* 1997;9(2):181-94.
67. Cervera G, Rubio G, Haro G, Bolinches F, De Vicente P, Valderrama JC. La comorbilidad entre los trastornos del control de los impulsos, los relacionados con el uso de sustancias y los de la personalidad. *Trast Adict* 2001;3(1):3-10.
68. Berridge KC, Robinson TE. The mind of an addicted brain: Neural sensitization of wanting versus liking. *Curr Dir Psychol Sci* 1995;4(3):71-6.
69. Di Chiara G, Tanda G, Bassareo V, Pontieri F, Acquas E, Fenu S, et al. Drug addiction as a disorder of associative learning: role of nucleus accumbens shell/extended amygdala dopamine. En: McGinty JF, ed. *Advancing from the ventral striatum to the extended amygdala: implications for neuropsychiatry and drug use*. New York: New York Academy of Sciences, 1999.
70. Robbins TW, Everitt BJ. Interaction of the dopaminergic system with mechanisms of associative learning and cognition: implications for drug abuse. *Psychol Sci* 1999;10(3):199-202.