

REVISIÓN

El tratamiento de la dependencia de la cocaína «guiado por la personalidad»

E.J. PEDRERO-PÉREZ

Centro de Atención a Drogodependientes (CAD) 4 San Blas. Instituto de Adicciones. Madrid-Salud.

RESUMEN. *Objetivo.* La presente revisión tiene por objetivo argumentar la importancia de los factores de la personalidad en el desarrollo y, principalmente, en el abordaje terapéutico de los trastornos adictivos.

Material y métodos. A partir de la propuesta de T. Millon, según la cual la terapia de los trastornos psicopatológicos debe estar guiada por las características de personalidad del paciente, se revisan los trabajos disponibles que vinculan adicción y personalidad a tres niveles: nivel clínico (trastornos y patrones de personalidad), nivel de rasgos (modelo de Cloninger) y nivel de variables de interacción psicosocial. Adicionalmente se constatan resultados de estudios realizados por el Grupo de Investigación del Centro de Atención a Drogodependientes (CAD 4, Ayuntamiento de Madrid).

Resultados. Se hacen constar los resultados más importantes, los trastornos y los rasgos más frecuentemente vinculados a la adicción y las aportaciones de las nuevas líneas de investigación neuropsicológica. Finalmente se propone un modelo integrado de comprensión y abordaje de la adicción.

Conclusiones. El conocimiento de la personalidad de cada paciente permite aplicar las diversas terapias ya conocidas, pero según ritmos individualizados y estableciendo objetivos realistas. La persona-

lidad, además, es un constructo que permite, e incluso exige, que los tratamientos deban efectuarse desde una perspectiva transdisciplinar y un método de trabajo interdisciplinar.

PALABRAS CLAVE: adicción, personalidad, trastornos de la personalidad, diagnóstico dual, rasgos de personalidad, terapia guiada por la personalidad, neuropsicología.

Personality guided treatment for cocaine dependence

ABSTRACT. *Objective.* Present revision tries to argue the importance of personality factors in the development and, mainly, the therapeutic treatment of the addictive disorders.

Material and methods. According to proposal of T. Millon, the therapy of psychopathological disorders must be guided by the patient's characteristics of personality. It reviewed available works that linked addiction and personality at three levels: clinical level (personality profiles and disorders), level of traits (Cloninger model) and level of psycho-social interaction variables. Additionally, results of some studies developed by the CAD 4 Investigation Team (City Council of Madrid) are added.

Results. It pointed out the most important results, more frequently traits and disorders linked to the addiction, as well as the contributions from the new line of neuropsychological investigation. Finally, it proposed an integrated model of understanding and treating the addiction.

Conclusions. The knowledge of the personality of each patient allows to applying the diverse well-known therapies, but according to individualized rhythms and to establishing realistic objectives. The

Correspondencia:

E.J. PEDRERO PÉREZ
CAD 4 San Blas.
Ayuntamiento de Madrid.
C/ Alcalá, 527.
28027 Madrid. España.
Correo electrónico: ejpedrero@yahoo.es

Recibido: 17-09-2008

Aceptado para su publicación: 22-09-2008

personality, in addition, is a construct that allows, and even demands, that the treatments must be developed from a transdisciplinary perspective and an interdisciplinary method of work.

KEY WORDS: addiction, personality, personality disorders, dual diagnosis, personality traits, personality guided therapy, neuropsychology.

Introducción

Los conceptos sobre adicción y temas relacionados han evolucionado enormemente en los últimos años, y ello se debe a que la propia complejidad del problema requiere de una permanente revisión. Conocemos en la actualidad muchos de los mecanismos que subyacen a la adicción, y los nuevos enfoques neuropsicológicos están trazando puentes entre los mecanismos biológicos cerebrales y las conductas adictivas.

Sin embargo, persiste un abismo entre la investigación y el trabajo clínico diario en la mayor parte de los centros. Los tratamientos psicológicos apenas han modificado, por regla general, las estrategias y modelos de intervención, que siguen siendo los mismos de hace tres o cuatro lustros, y ello a pesar de que se reconocen sus importantes limitaciones y los modestos resultados que ofrecen. La eficacia de los diversos tratamientos psicológicos de la adicción ha sido revisada a la luz de la evidencia científica¹.

Uno de los conceptos más vinculados al de adicción, y que más ha evolucionado también en los últimos años, es el de personalidad. Este concepto trata de estudiar el conjunto de variables cuya interacción determina el comportamiento manifiesto de las personas en diferentes escenarios. A falta de una definición universalmente aceptada, admitiremos la propuesta integradora de Millon, quien considera que la personalidad se concibe como *«un patrón complejo de rasgos psicológicos profundamente arraigados, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo, que surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y de aprendizaje y en última instancia comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, afrontar y comportarse de un individuo»*². La personalidad daría cuenta del individuo en su globalidad, partiendo de los elementos biológicos, pasando por las manifestaciones cognitivas, emocionales y motivacionales, para llegar a la conducta interpersonal en el ámbito social. Desde una perspectiva clínica, puede afirmarse que el

concepto de personalidad proporcionaría un esquema del individuo en todas sus dimensiones y sería coherente con una perspectiva multiaxial en el entendimiento de los procesos patológicos.

Diversos enfoques han propuesto diferentes relaciones entre la personalidad y las conductas adictivas. Para algunos, la personalidad o alguno de sus rasgos supondrían antecedentes directos del desarrollo de patrones adictivos. Para otros, el propio consumo de drogas modificaría determinados elementos biológicos, psicológicos o sociales que, en último término, se traducirían en cambios en la personalidad del adicto. Otros han definido y buscado sin éxito una «personalidad adictiva» que caracterizaría a quienes quedan atrapados en su relación con las drogas.

En nuestra experiencia, la personalidad es el mejor conjunto de variables estructuradas que puede dar cuenta de la manera en que una persona establece ciertas relaciones con las drogas. La autoadministración de sustancias es una conducta que se define por la relación que presenta con el resto de las conductas disponibles en el repertorio de cada sujeto. Por tanto, el estudio de la personalidad de un paciente nos ofrecerá datos sobre el sentido que tiene la droga en función de sus objetivos, metas y necesidades.

El autor que ha dedicado más esfuerzos a la comprensión de la personalidad humana es Theodore Millon. Y es él quien ha propuesto una modalidad terapéutica que ha denominado «guiada por la personalidad»³. La aplicación de su modelo se efectúa ya no sólo sobre trastornos del Eje II, sino también sobre algunos del Eje I, como la depresión⁴ y el trastorno de estrés postraumático⁵, aunque el modelo, aplicado desde el enfoque cognitivo conductual⁶, es potencialmente aplicable a cualquier trastorno psicológico, lo que incluiría a las conductas adictivas. Su aplicación es creciente en ámbitos psiquiátricos y clínicos orientados por los principios de la psiquiatría comportamental⁷, y la psicoterapia cognitivo-conductual, aunque difícilmente será aceptado por la psiquiatría biológica dominante.

Su planteamiento parte de la consideración del ser humano como una unidad de funcionamiento integrado, con todos los elementos interrelacionados: determinantes biológicos, emociones, rasgos, historial de aprendizaje, etc. Desde el punto de vista clínico, Millon utiliza la analogía del sistema inmunitario (fig. 1), según la cual, la personalidad representaría nuestro sistema defensivo para enfrentarnos al mundo; el ambiente representaría una fuente de amenazas para la homeostasis y el desarrollo del organismo; nuestra personalidad tendría como cometido contrarrestar estas amenazas y cuando la estructura de la personalidad se viera sobre-

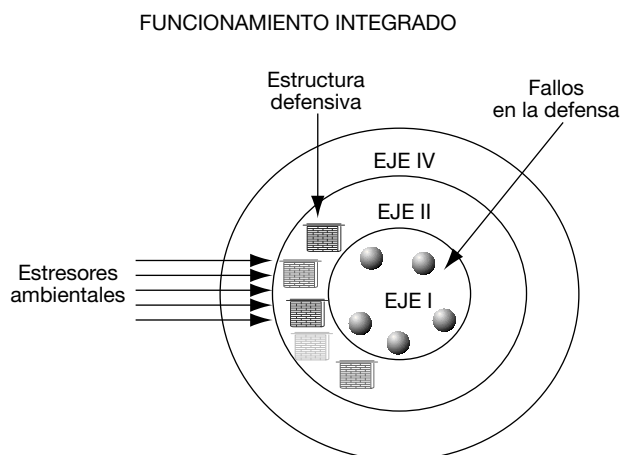


Fig. 1. Analogía de Millon.

pasada por las exigencias y amenazas ambientales se produciría un trastorno mental. En todo caso, éste sería más probable cuando nuestro sistema defensivo, nuestra personalidad, no se hubiera estructurado de forma sólida y competente. Dicho de otro modo, cuando los estresores del Eje IV sobrepasaran las defensas del Eje II se produciría un trastorno del Eje I.

Personalidad y adicción

La idea de vincular personalidad y adicción no es nueva. Ya en 1936, un autor español, Valenciano⁸, estimaba que «*El factor causal fundamental de las toxicomanías reside en la personalidad del toxicómano*». Algunas teorías, como la teoría transaccional de la adicción de Wills⁹, han vinculado el desarrollo de conductas adictivas con factores de socialización familiar, de modo que algunos rasgos de personalidad operarían como protectores, mientras que otros, en determinadas circunstancias familiares, supondrían riesgos en dos sentidos: el pobre aprendizaje de estrategias de autocontrol y las conductas de toma de riesgos. En presencia de estresores se favorecerían mecanismos de socialización secundaria que acercarían al sujeto al consumo y podrían cronificarlo. La teoría de Wills, inicialmente centrada en la idea de que el consumo de sustancias representaría principalmente una modalidad de afrontamiento del estrés, ha ido evolucionando hasta considerar que los rasgos de personalidad son factores de riesgo o protección frente al efecto de las sustancias.

Personalidad como predisposición y estrés como factor desencadenante son dos elementos comunes en las más modernas teorías de la adicción, los denominados modelos de diátesis-estrés o vulnerabilidad-estrés.

Uno de esos modelos, formulado desde perspectivas menos conductuales y más clínicas, es el bioconductual de Verheul¹⁰, que establece tres vías de acceso a la adicción, vinculando cada una de ellas a déficit en determinados sistemas de neurotransmisión cerebral. La primera vía sería la desinhibición comportamental, vinculada a déficit serotoninérgicos, que favorecería socializaciones secundarias desadaptativas y entrada en procesos adictivos. La segunda vía vendría condicionada por una hiperreactividad al estrés, sustentada en disregulaciones de los sistemas gabaérgico y glutamatergico, que llevaría a la adicción como mecanismo de autorregulación de la ansiedad. La tercera vía sería la consecuencia del consumo repetido, que sensibilizaría ciertas vías neuronales, vinculadas a la dopamina y el sistema opioide. El modelo falla al atribuir la predisposición a sistemas de neurotransmisión discretos, cuando en la práctica la interrelación entre unos y otros es múltiple y las acciones de unos y otros son diversas en diferentes lugares del cerebro; y falla al predecir las drogas principales a las que llegará cada una de las vías, cuando el fenómeno más habitual es el del policonsumo y el factor principal la disponibilidad. Sin embargo, su aportación es interesante al poner de manifiesto que no hay una única vía de acceso a la adicción, sino diferentes caminos, y que la presencia de estrés psicosocial es uno de los elementos clave para perpetuar el consumo.

Principios generales

La propuesta principal de este enfoque es que cada persona se relaciona con la droga de un modo peculiar, se vincula a un tratamiento de un modo peculiar y, en general, se enfrenta a la vida de un modo peculiar. Y es el concepto de personalidad el que agrupa modos similares y, en último término, el que minimiza las variables a estudiar para formular un tratamiento individualizado. En palabras de Millon: el propósito último de la evaluación de la personalidad es reducir el número de hipótesis que el clínico debe manejar respecto a la intervención, visualizar los caminos a seguir para afrontar los problemas del paciente.

Desde esta perspectiva toman sentido las palabras de Millon: por ejemplo, la depresión en un trastorno narcisista de la personalidad es distinta de la depresión en un trastorno de la personalidad por dependencia. Dado que los narcisistas se consideran superiores a los demás, suelen deprimirse cuando se enfrentan a pruebas objetivas de fracaso o de falta de adecuación que son demasiado evidentes como para no tenerlas en cuenta. La

autoestima, por lo general excesiva, de estos pacientes se ve bruscamente mermada y esta situación genera sentimientos depresivos. En cambio, los individuos con trastornos de la personalidad por dependencia buscan la protección de personas a las que consideran fuertes, y a las que convierten en aliados instrumentales que se enfrenten a un mundo cruel. En estos casos, la depresión suele ser secundaria a la pérdida de un cuidador significativo. La utilidad del modelo multiaxial radica en que cada paciente es más que la suma de sus diagnósticos: ambos están deprimidos, pero por razones muy distintas. No los diferencian sus síntomas superficiales, sino el significado de sus síntomas en el contexto de sus personalidades subyacentes¹¹.

Del mismo modo puede analizarse la relación de cada paciente con la droga. Un narcisista posiblemente se considerará con el control de la sustancia. La evidencia de pérdida de control provocará un descenso brusco de la autoestima, con proliferación de síntomas depresivos, acaso precedidos de conductas hostiles. El dependiente, en cambio, se sabe a merced de la sustancia como de tantas otras circunstancias de la vida, y la evidencia de pérdida de control no será tan dramática, sino que confirmará una vez más su vivenciada pobreza de recursos. Lo que para el narcisista es una desconfirmación de su poder, para el dependiente será una confirmación de su debilidad.

De todo ello se deduce que las estrategias que deberemos poner en práctica con uno y otro tendrán que ser necesariamente diferentes. El narcisista responderá bien a pequeños desafíos que confirmen su capacidad para retomar el control. Si hacemos lo mismo con el dependiente, sólo conseguiremos hundirle más en su autoconcepto de incapacidad inherente. Para el dependiente el profesional debe representar la figura sólida que le irá mostrando el camino para salir del atolladero actual. Para el narcisista, hacer esto provocará inevitablemente una confrontación con el profesional. En este caso, será más conveniente hacer consciente al dependiente de sus capacidades e ir proponiendo metas intermedias fáciles de alcanzar.

En definitiva, se trataría, en un primer momento, de partir de los elementos de la personalidad que favorecieran a los objetivos, por más que aquéllos fueran en sí mismos disfuncionales. Por ejemplo, la tendencia al exceso de autoestima del narcisista puede ser de utilidad para incrementar su competencia percibida frente a la droga; la necesidad de contar con figuras referenciales fuertes del dependiente puede facilitar el establecimiento de un vínculo terapéutico con el profesional. En un segundo paso, la estrategia terapéutica utilizaría los estilos de afrontamiento de dificultades propios de

cada personalidad: el narcisista responderá mejor a pequeños desafíos: «¿Serías capaz de no consumir este fin de semana?»; mientras que el dependiente requeriría que la seguridad proviniera de la figura referencial y la tarea no entrañara una especial dificultad: «Yo creo que puedes ser capaz de no consumir este fin de semana, al menos durante el domingo». El tercer paso sería, a partir de los resultados acumulados, ir acumulando evidencia de que el narcisista tiene límites que debe conocer y que el dependiente es capaz de muchos logros frente a los que se siente incompetente.

La experiencia nos muestra que la individualización de los tratamientos psicológicos en adicciones se ha circunscrito al uso de una metodología idiográfica: el terapeuta se sienta frente al paciente y, durante varias sesiones, intenta recomponer su historia personal y su historia adictiva. Esto obliga a manejar multitud de variables, a organizar las múltiples relaciones entre ellas y a ocupar un tiempo precioso en construir la hipótesis idiográfica del comportamiento adictivo que se pretende modificar. Somos conscientes de que los dispositivos de atención cuentan con un tiempo muy limitado para atender a todos sus pacientes, especialmente los de carácter ambulatorio, que reciben a cientos de pacientes anualmente. Las comunidades terapéuticas, cuando no reciben una valoración exhaustiva de sus pacientes, deben dedicar una buena parte de lo que debiera ser espacio terapéutico a lo que en realidad son tareas evaluativas.

El estudio de la personalidad desde una perspectiva nomotética reduce el tiempo de evaluación, operativiza en pocos pasos un enorme número de variables y permite un avance muy rápido en el establecimiento de objetivos individualizados. Ahora bien, este estudio nomotético no debe limitarse a la obtención de una etiqueta diagnóstica: debe generar hipótesis diagnósticas dinámicas que, en último término, deben conseguir la descripción, explicación y un cierto grado de predicción del comportamiento global del paciente. Para ello, el estudio previo debe ser suficientemente amplio y abarcar todos los ejes diagnósticos. En palabras de Millon: es de suma importancia conseguir un retrato del cliente lo más completo posible, ya que si se ha descuidado información esencial será imposible conseguir la validez idiográfica.

Niveles de estudio de la personalidad

El estudio de la personalidad debe efectuarse a varios niveles. Este estudio, además, debe llevarse a cabo desde una perspectiva multidisciplinar.

Nivel clínico: los trastornos de la personalidad

El nivel más complejo es el clínico (fig. 2), que se focaliza en los trastornos o patrones de personalidad, que pueden definirse como el producto de la integración de todos los elementos biológicos, psicológicos y sociológicos, que tienen como resultado el comportamiento observable y el tipo de procesamiento de la información que efectúa el sujeto, y que pueden ser más o menos adaptativos: hablaremos respectivamente de patrones y trastornos. Es de enorme utilidad la simplificación que propone Millon: ¿Qué refuerzos busca el individuo? ¿Dónde procura encontrarlos? ¿Cómo actúa para poder optar por ellos? La personalidad puede reducirse, en último término, al modo en que los individuos buscan sus reforzadores y al modo en que se enfrentan a las dificultades que encuentran para obtenerlos¹.

Debemos tener en cuenta que los trastornos de la personalidad no son enfermedades en el sentido médico del término, sino que son entidades complejas y dinámicas que se han generado desde los primeros momentos de la vida, que parten de la expresión de elementos biológicos y del *feedback* recibido por el individuo, quien va moldeando su estilo de respuesta en múltiples situaciones y que, en último término, le resulta adaptativo en muchos escenarios, lo que favorece su persistencia¹. Por esta razón, los trastornos de la personalidad se han estudiado desde todas las perspectivas posibles: desde la modificación de los sustratos biológicos del trastorno, desde los elementos psicológicos que cada estilo, patrón o trastorno pone en juego de forma transituacional y desde los elementos relacionales que se ven implicados en la génesis y en la expresión

del patrón comportamental desadaptado^{10,12,13}. Del mismo modo, el tratamiento de estos trastornos ha buscado la efectividad a todos los niveles, farmacológico, psicoterapéutico y psicosocial¹⁴⁻¹⁶.

La conclusión, a día de hoy, es que no se ha establecido evidencia de que existan pautas farmacológicas eficaces para los trastornos de la personalidad en su conjunto, ni para uno de ellos en particular. Tampoco se ha establecido evidencia de que existan psicoterapias útiles para los trastornos de la personalidad, salvo en dos casos, a partir de muy pocos trabajos, y sólo para disminuir la severidad (terapia cognitiva de Beck) o para manejar mejor al paciente (terapia dialéctico-comportamental de Linehan para el trastorno límite de la personalidad, un claro ejemplo de terapia guiada por la personalidad). Algunos estudios sugieren que la suma de intervenciones (farmacológica más terapia cognitiva de Beck) ofrecen mejores resultados que cada una por separado¹⁷.

Lo que tienen en común la inmensa mayoría de los trabajos disponibles es el hecho de haber tomado como referencia el modelo clasificatorio categorial y haber focalizado las actividades terapéuticas hacia los trastornos considerados como entidades discretas y estables. Existe en la actualidad un fuerte rechazo a esta manera de conceptualizar los trastornos de la personalidad y una tendencia creciente a proponer que el Eje II del sistema de clasificación para las enfermedades mentales (DSM-V) sea dimensional o, cuando menos, mixto, combinando criterios fijos con consideraciones dimensionales. La agenda de la *American Psychiatric Association* (APA) para el DSM-V mantiene activo un grupo de estudio para valorar estas condiciones y for-

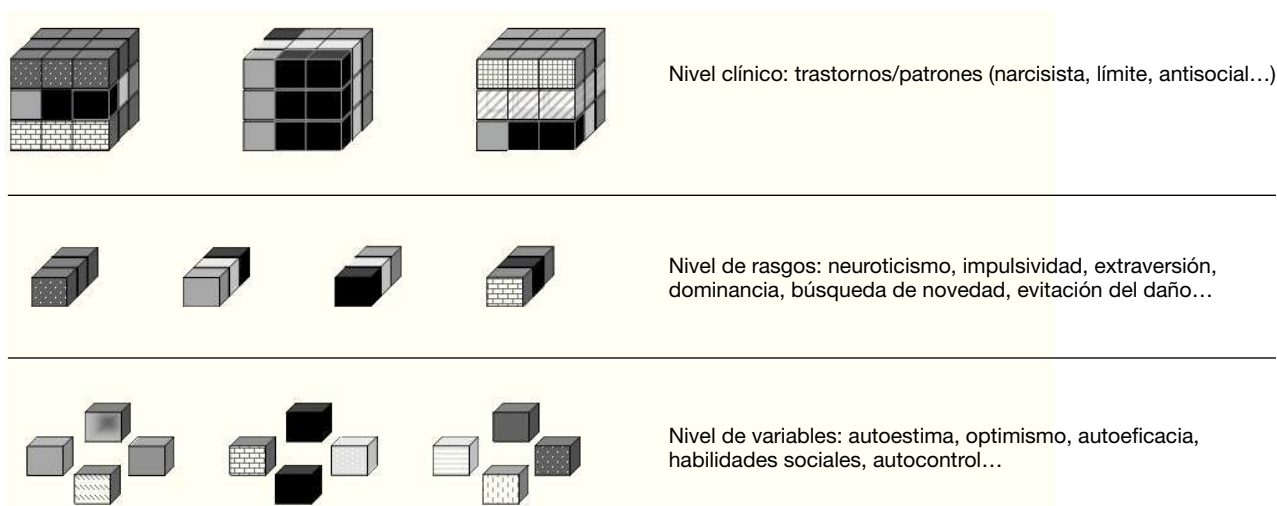


Fig. 2. Niveles de estudio de la personalidad.

mulaciones recientes, como la de Widiger¹⁸, miembro de ese grupo de la APA, apuntan a la integración de los diversos modelos de personalidad disponibles en un modelo unificado que sería la base del Eje II de la nueva clasificación diagnóstica.

A partir de nuestros datos, obtenidos en nuestro centro de trabajo, hemos formulado un modelo de relación entre los trastornos de la personalidad en adictos. Utilizando las respuestas al MCMI-II extraídas de una muestra de 787 sujetos que iniciaron tratamiento por abuso o dependencia de sustancias, efectuamos un análisis bidimensional de las puntuaciones. Esta técnica estadística permite distribuir en un plano las diferentes dimensiones a partir de las similitudes y diferencias contenidas en los datos, transformándolas en distancias. De este modo, obtenemos la figura que se muestra en la figura 3, en la cual observamos que puede identificarse un núcleo central formado por los tres trastornos que Millon considera más severos (esquizotípico, límite y paranoide), que alejado de este núcleo central se sitúa el obsesivo/compulsivo y que en torno a cada uno de los tres más severos orbitan otros trastornos de menor severidad. Así, en la órbita del esquizotípico se situarían el autodestructivo (equivalente al actualmente en estudio trastorno depresivo de la personalidad), el esquizoide y el evitativo (según Millon, y a diferencia de la consideración de los *clusters* DSM, el trastorno por evitación formaría parte del espectro de la esquizofrenia, como los anteriores). En torno al límite orbitarían el antisocial, el negativista y el agresivo/sádico (actualmente no admitido por el DSM). Y junto al paranoide se situarían el narcisista y el histriónico. El dependiente y el obsesivo/compulsivo representarían, de algún modo, una patología con características opuestas a las de los anteriores, o moda-

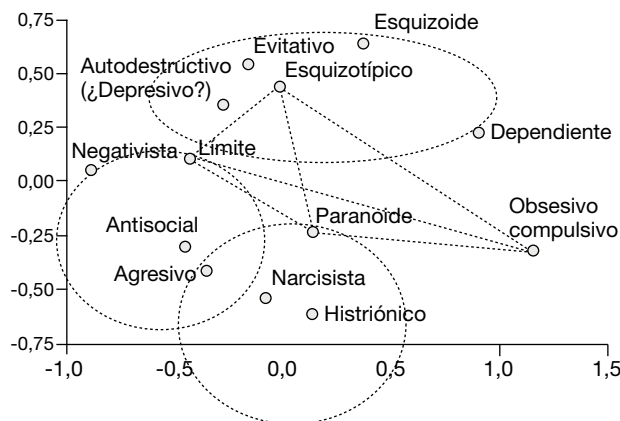


Fig. 3. Escalamiento bidimensional de las escalas del MCMI-II (n = 787).

lidades plásticas menos severas y más próximas a configuraciones normales.

Una representación tridimensional forzada (fig. 4) podría ofrecernos la imagen de un tetraedro. En él podemos empezar a denominar ejes y vértices. Los trastornos de la órbita del esquizotípico se caracterizan por su rechazo de los elementos relacionales, su repliegue interpersonal o su aislamiento. Configuran lo que hemos denominado «polo asocial».

Junto al límite se agrupan todos aquellos trastornos que se caracterizan por su impulsividad y su agresividad en las relaciones interpersonales: el antisocial, con su enfrentamiento permanente a la reglamentación social, el agresivo/sádico, especialmente focalizado en la hostilidad interpersonal, y el negativista y su oscilación entre la agresión y la pasividad configurarían lo que hemos denominado «polo antisocial».

El vértice superior, ocupado por el trastorno paranoide, estaría relacionado con los trastornos narcisista e histriónico y también con el agresivo/sádico, aunque éste se situaría en un territorio intermedio entre este polo y el antisocial. Representarían el espectro de trastornos cuya característica principal es una focalización excesiva en la propia autoimagen, representando mayor severidad cuanto mayor fuera la hostilidad y el antagonismo percibido de los otros.

El vértice inferior estaría ocupado por el trastorno obsesivo/compulsivo, caracterizado por su adecuación estricta e invariable a la normativa social vigente, su conformismo y su defensa a ultranza de la normativización. Junto a él se situaría el trastorno por dependencia,

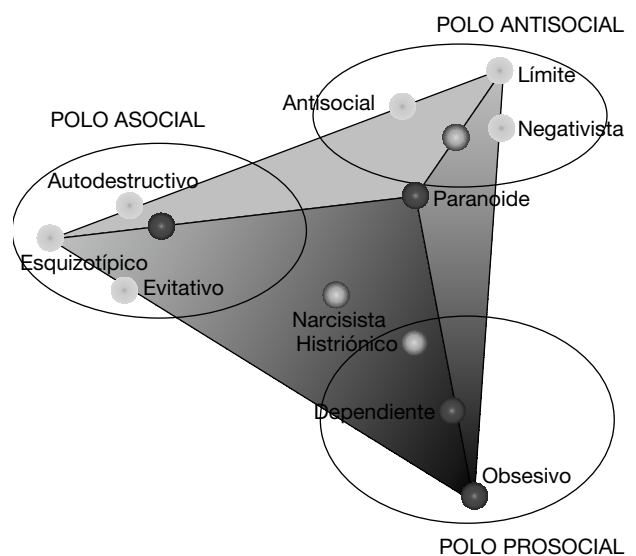


Fig. 4. Representación gráfica de la organización espacial de los trastornos de la personalidad.

también inusualmente dócil y remiso a transgredir normativas, y necesitado permanentemente de un anclaje social. Por ello, hemos denominado a este vértice «polo prosocial».

La mencionada agenda de investigación de la APA para el DSM-V ha realizado, entre otros muchos estudios, uno dirigido a conocer las dimensiones que subyacen comúnmente a todos los modelos de personalidad actualmente propuestos¹⁹. Su hallazgo consiste en identificar cuatro dominios que son comunes a todos los modelos: a) extroversión-introversión; b) oposicionismo-amabilidad; c) compulsividad-impulsividad, y d) estabilidad emocional-desregulación emocional. Debemos comprobar si nuestro modelo da respuesta a estas cuatro dimensiones.

En nuestro modelo, el eje extraversión-introversión se identifica fácilmente: en el polo asocial se agrupan los trastornos caracterizados por la introversión, mientras en el polo antisocial se congregan aquellos que muestran correlaciones más fuertes con extraversión.

Identificamos también un eje oposicionismo/conformidad entre el polo antisocial y el prosocial.

También puede identificarse el eje compulsión-impulsividad, representado en un extremo precisamente por el trastorno obsesivo/compulsivo y, en el otro extremo, los trastornos del polo antisocial, caracterizados por una impulsividad de ataque, y al otro lado los del polo asocial, caracterizados por una impulsividad de huida.

Adicionalmente, hallamos una dimensión que hemos denominado «realismo/psicoticismo», que tendría en un polo el trastorno obsesivo/compulsivo de la personalidad, fuertemente realista y pragmático, mientras que en el opuesto se situarían los trastornos del espectro de la esquizofrenia.

La desregulación emocional, neuroticismo en otros modelos, puede ser considerada un elemento común a todos los trastornos de la personalidad.

La utilidad de este modelo no radica simplemente en la distribución espacial de los trastornos: considerados como entidades dinámicas, podemos conocer hacia qué punto podría producirse una descompensación en situación de intenso estrés. Este concepto de descompensación también está previsto en la teoría de Millon²⁰. Si tomamos como ejemplo el trastorno negativista de la personalidad (fig. 5), o bien podemos esperar que, en situación de intenso estrés, su estructura de personalidad se desmantele hasta extremos, mostrando un comportamiento que podría ser diagnosticado como límite. O bien, atribuir la causa de sus problemas a los otros, de quienes el negativista recela habitualmente, hasta desarrollar un comportamiento característico del trastorno paranoide. O

bien, descargar su hostilidad hacia los otros, quebrantando normas y despreciando los mecanismos habituales de convivencia y, en definitiva, reuniendo criterios para ser diagnosticado de trastorno antisocial. O bien, focalizar esa hostilidad en personas próximas en su ambiente habitual, con lo que manifestaría un comportamiento agresivo/sádico con ellas. Estos mecanismos han sido estudiados y publicados en la revista *Trastornos Adictivos*²¹ y podrían justificar dos hechos contradictorios: que cuando se utilizan instrumentos y procedimientos categoriales los trastornos más prevalentes en la población adicta son el límite y el antisocial; mientras que mediante el uso de instrumentos y procedimientos dimensionales con frecuencia es el trastorno negativista el más prevalente. Posiblemente, la situación actual de «en estudio», en el apéndice del DSM-IV, favorece, paradójicamente, que no se tenga en cuenta al trastorno negativista y que las personas que serían acreedoras de este diagnóstico sean adjudicadas al límite, si predomina la inestabilidad emocional, o al antisocial, si predominan las conductas agresivas y hostiles. Lo que nuestro modelo propone es una perspectiva dinámica y la necesidad de conocer el estado de estrés de la persona que es evaluada, y que suele ser máximo en los momentos iniciales del tratamiento.

Los trastornos que se sitúan más próximos a la base, obsesivo/compulsivo, dependiente, histriónico y narcisista, representarían trastornos menores y con una menor desestructuración y, en consecuencia, más próximos a la normalidad y más accesibles al tratamiento. Así parece confirmarse en estudios como el de Ana López Durán y colaboradores²², donde aprecian que la mejor evolución corresponde al patrón dependiente y la peor a los patrones límite y antisocial.

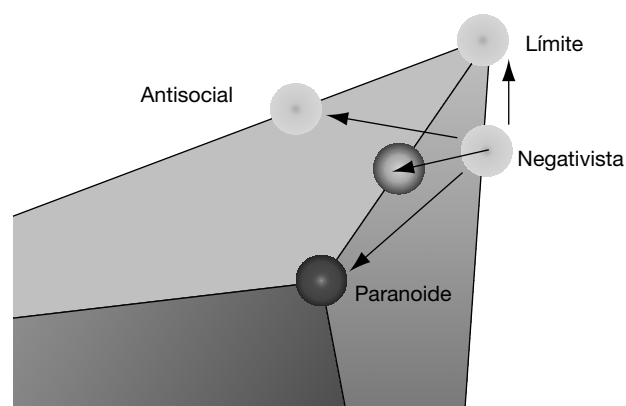


Fig. 5. Vías de descompensación del trastorno negativista de la personalidad.

Los trastornos del polo antisocial son los más frecuentes en consumidores de cocaína que solicitan tratamiento, como aparece en estudios en diversos lugares de España. Así aparece en el estudio de Ana López Durán y Elisardo Becoña²³ en Galicia, a partir del pase del MCMI-II, y así aparece también en los datos de nuestro equipo en Madrid²⁴, utilizando el mismo cuestionario y además entrevistas diagnósticas.

Tomemos para la presente exposición estos dos polos, el asocial y el antisocial. ¿Debería ser igual el tratamiento que dispensáramos a unos y otros pacientes? Si utilizamos, por ejemplo, el modelo de tratamiento psicoterapéutico propuesto por Sánchez Hervás²⁵ en *Trastornos Adictivos* ¿deberíamos desarrollarlo al margen del conocimiento del tipo de personalidad de los destinatarios? ¿Tiene el mismo potencial de beneficiarse de este tratamiento una persona con un trastorno límite de la personalidad que una con un trastorno por dependencia? ¿Deberán ser los ritmos de incorporación al programa los mismos? ¿Deberá ser la intensidad del trabajo terapéutico la misma? ¿Son esperables los mismos resultados?

Nivel intermedio: los rasgos de la personalidad

Si bajamos un nivel en el esquema de estudio de la personalidad que habíamos trazado al inicio, descenderemos del nivel clínico al de rasgos. Utilizaremos el modelo de Cloninger²⁶, que distingue entre dimensiones temperamentales, más ligadas a mecanismos biológicos

(genéticos, neurológicos, metabólicos) y dimensiones caracteriales, más vinculadas a mecanismos de aprendizaje.

La población adicta en tratamiento se caracteriza principalmente por sus diferencias con la población no clínica en tres rasgos: presentan mayores niveles de búsqueda de novedad y de evitación del daño, ambos temperamentales, y menores en autodirección, caracterial (fig. 6). Si seguimos comparando ahora los polos asocial y antisocial encontraremos que tienen características muy diferentes (fig. 7): ambos comparten niveles muy bajos de Autodirección, pero mientras en el polo antisocial predominan los niveles muy elevados de búsqueda de novedad, en el polo asocial lo que predomina netamente es la evitación del daño. Cloninger vincula la búsqueda de novedad con el sistema dopaminérgico y la evitación del daño con el serotoninérgico. Esto supone, de entrada, que probablemente la intervención farmacológica no debiera ser la misma en ambos casos.

La autodirección hace referencia a la capacidad adquirida de controlar la propia conducta y orientarla a metas y objetivos personales, utilizar adecuadamente los propios recursos, estar en posesión de un autoconcepto positivo y un proyecto personal definido y actuar en congruencia con ellos. Está relacionada con una autoestima positiva y un historial de apego consistente, pero en último término supondría la capacidad de prescindir, durante la etapa de la adolescencia, de la heteronomía precedente y formular

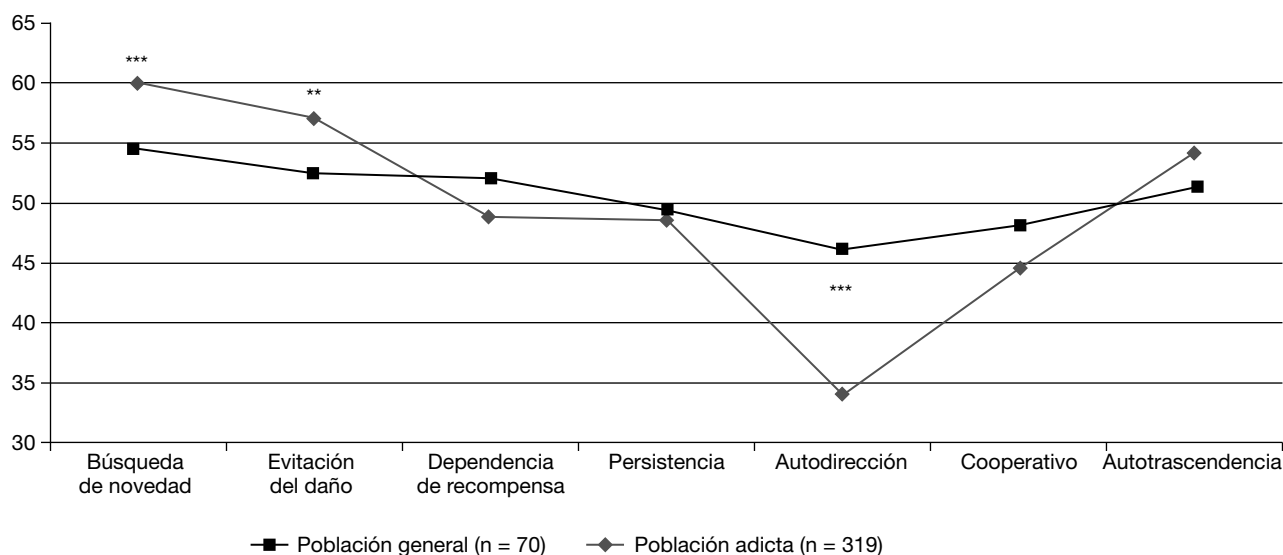


Fig. 6. Diferencias en dimensiones temperamentales y caracteriales entre adictos y población general. Controlando sexo, edad y nivel de estudios.

p < 0,001; **p < 0,01; ***p < 0,05.

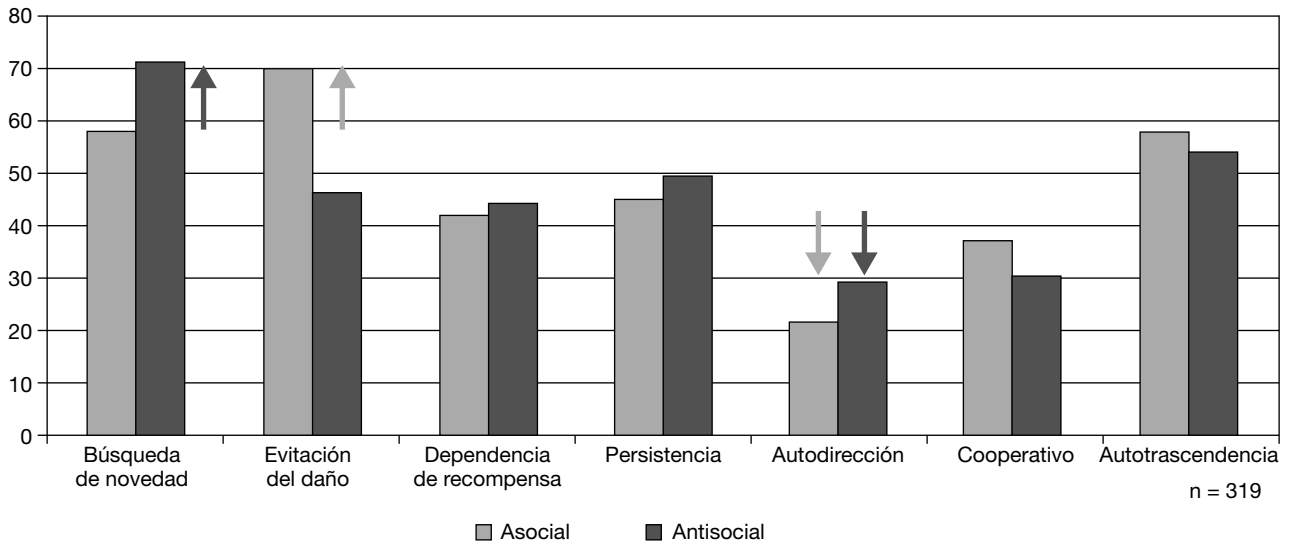


Fig. 7. Diferencias en rasgos entre los sujetos con personalidades en los polos asocial y antisocial.

un estilo autónomo de gestión de los propios recursos, así como la aceptación de los límites de la conducta personal.

Cloninger ha formulado una tipología caracterial, derivada de la combinación de sus tres dimensiones propuestas. Recientemente hemos publicado un trabajo en la *Revista Española de Drogodependencias*²⁷ en el que se muestran resultados que señalan a los tipos caracteriales de Cloninger como potentes predictores de los trastornos de la personalidad, y muy especialmente las dimensiones de autodirección y coo-

peratividad. La mayor parte de las personas a las que atendemos en los centros se asemejan al tipo caracterial desorganizado, con baja autodirección, baja cooperatividad y alta autotrascendencia (fig. 8). La autodirección requiere necesariamente de una intervención psicoterapéutica, mientras que la cooperatividad debería combinar ésta con una acción educativa. La autotrascendencia es una dimensión poco investigada, pero parece operar como un agravante cuando las dos anteriores son bajas, y como un coadyuvante cuando son elevadas.

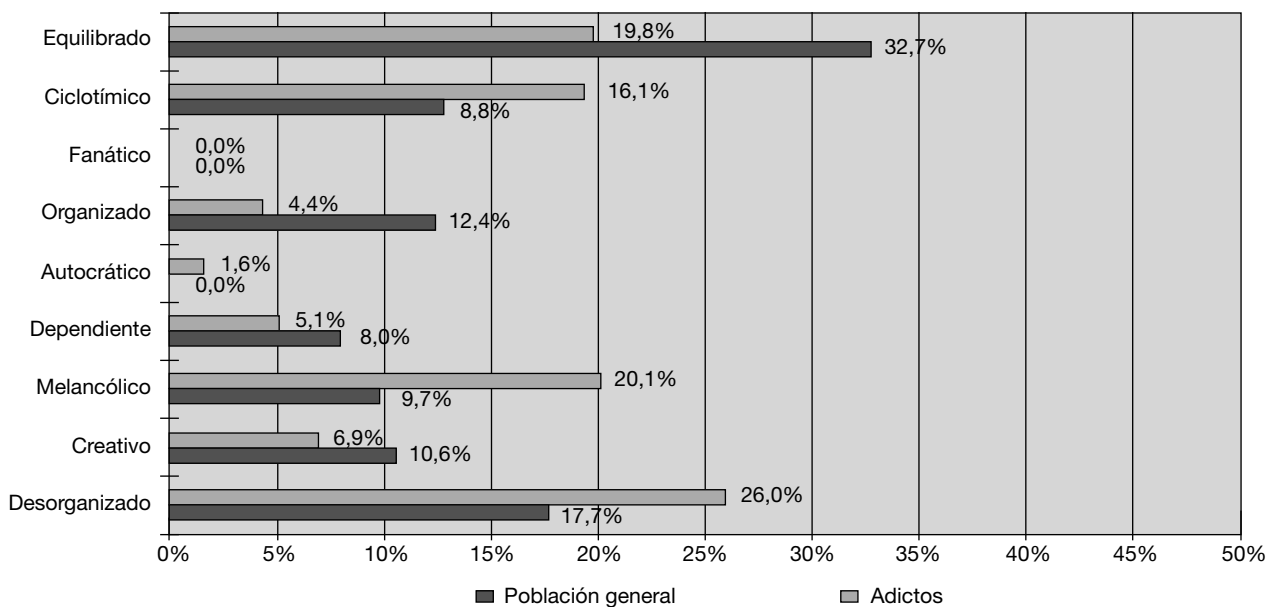


Fig. 8. Diferencias en tipos caracteriales entre adictos y población general. Tomada de Pedrero Pérez EJ²⁷.

Seguimos en el nivel intermedio de rasgos y, sin duda, ya es más fácil tratar los rasgos que subyacen a un trastorno de la personalidad que a éste en su globalidad. Pero aún podemos bajar un nivel más y buscar qué aparece tras desmenuzar ese rasgo de autodi-rección.

Nivel molecular: variables psicosociales

El cuestionario de variables de interacción psicosocial (VIP)²⁸ nos permite estudiar las variables psicológicas a su nivel más molecular. Volvemos a comparar a los sujetos típicos de los polos asocial y antisocial. Encontramos (fig. 9) que los del polo asocial muestran carencias mucho más marcadas: niveles críticamente bajos de autoestima y de optimismo (ambos, potentes predictores de depresión) y una pobreza importante en habilidades sociales. Recordemos que este polo agrupa a los trastornos esquizoide (definido por Millon como «patrón asocial»), por evitación («patrón de repliegue»), depresivo («patrón de rendición») y esquizotípico («patrón excéntrico»). Los trastornos del polo antisocial se caracterizan principalmente por su pobre capacidad para el autocontrol de su conducta, pero también por sus mayores niveles de autoeficacia general y sus sobradas habilidades sociales. De hecho, algún estudio ha puesto de manifiesto que la pretendida y tan frecuentemente diagnosticada «conducta antisocial» de los adictos tendría que ver más con una plasticidad comportamental que se traduciría en un «comportamiento callejero», enorme-

mente adaptativo, sustentado en una fuerte dotación de habilidades sociales²⁹.

Podemos plantearnos también, en este nivel más molecular de la personalidad, qué estrategias utilizan unos y otros para afrontar el estrés y las dificultades en general. Comparamos también ambos polos y encontramos (fig. 10) que ambos grupos hacen poco uso de las estrategias activas y prosociales, pero mientras que los sujetos típicos del polo asocial hacen un uso principal y exagerado de las estrategias de evitación, los del polo antisocial tienen preferencia por las estrategias de corte agresivo y antisocial. Es decir, mientras los asociales eluden la confrontación, y en ello gastan la mayor parte de sus energías, los antisociales prefieren resolver los conflictos atacando a otros o utilizándolos para resolver los propios problemas. Dentro del modelo multiaxial propuesto por Hobfoll y su equipo³⁰, ambos grupos se situarían en cuadrantes opuestos y, en todo caso, muy alejados de lo que es propio de la población general.

El estilo propio de cada patrón de personalidad nos indica también la función principal que cumple la autoadministración de sustancias. Los patrones más simples tienen también razones simples para hacer uso de las drogas. Así, es fácil comprender que una persona con un patrón o trastorno por dependencia puede incrementar masivamente el uso de sustancias que habitualmente tomaba en dosis menores frente a una ruptura de pareja o un divorcio, o la pérdida de un progenitor al que se encontraba fuertemente vinculado. Es más probable que un narcisista incremente las

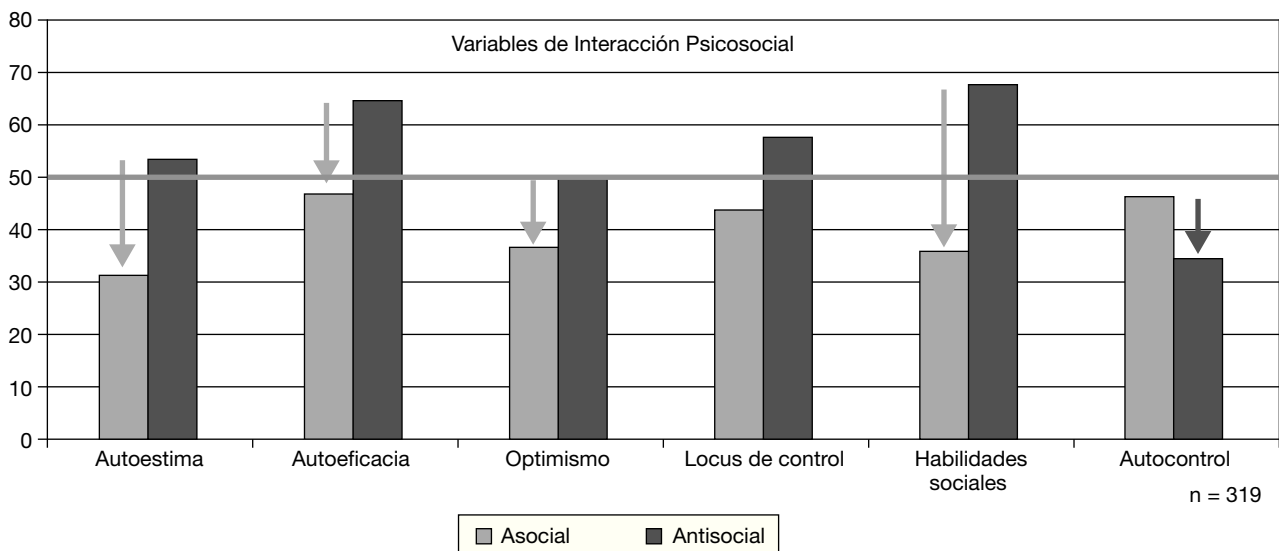


Fig. 9. Diferencias en variables psicológicas entre adictos y población general.

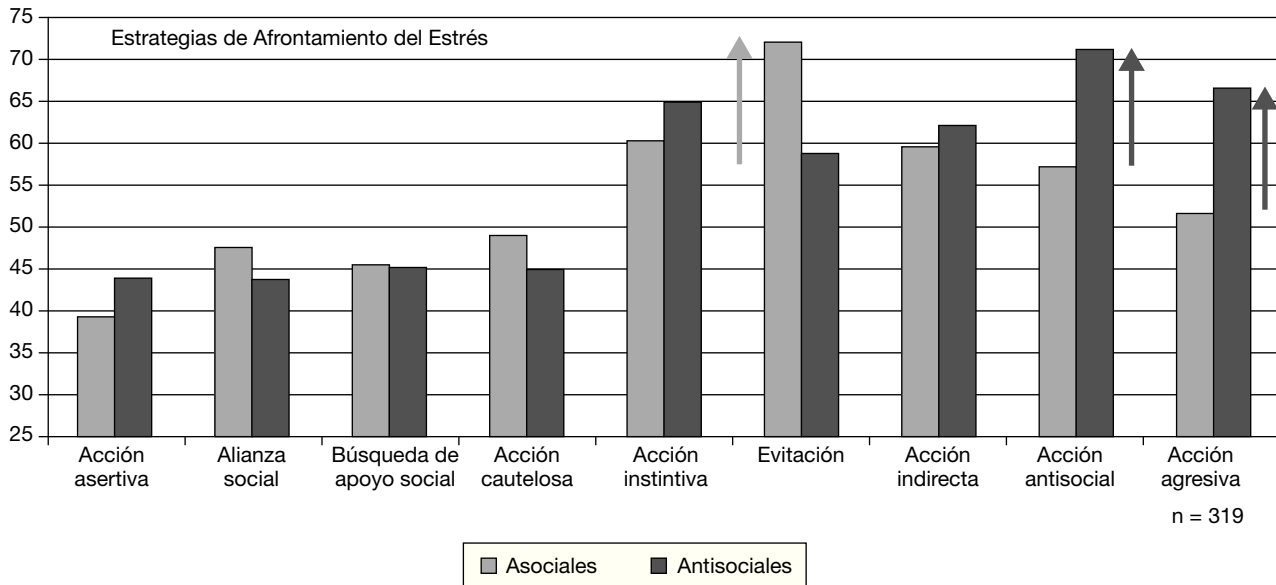


Fig. 10. Diferencias en afrontamiento del estrés entre adictos y población general.

dosis ante situaciones que desafían gravemente su pretendida superioridad o que un histriónico lo haga cuando no es capaz de concitar la atención y obtener los refuerzos de los que se nutre por parte de los otros. Los patrones más complejos, en cambio, en tanto que su patrón se configura a partir de rasgos de diversos patrones, tiene más probabilidades de incrementar o reanudar el consumo frente a una mayor gama de circunstancias. Así, por ejemplo, un negativista recurrirá a la droga cuando detecte peligros ambientales para su precaria autoestima, o se sienta controlado por otros, o para reducir su malestar crónicamente vinculado a su ambivalencia afectiva. Este modelo explicaría la pretendida comorbilidad entre trastornos y el hecho frecuente de que una persona reciba, a la vez, cuatro o cinco trastornos en el Eje II, lo que tiene una nula capacidad informativa de cara a su tratamiento. El modelo de Millon, interpretado de este modo, permite la asignación a un único patrón o trastorno de la personalidad que, en el caso de los más complejos, englobaría síntomas de los de nivel inferior, pero no requeriría de su diagnóstico al contenerlos jerárquicamente.

Nivel neurocognitivo

Nos falta aún un elemento a considerar: los efectos de las propias sustancias. Aparte de su capacidad reforzante positiva o negativa, las sustancias modifican el sustrato biológico de la personalidad. Estamos hablando de lo que actualmente se denomina «persona-

lidad frontal»³¹. La corteza del lóbulo frontal es la estructura encargada de la planificación de tareas y toma de decisiones. A partir de complejos circuitos, se establecen planes, se organizan los recursos para conseguir metas, se prevén las consecuencias, se monitorean las posibilidades de éxito, se focaliza la atención en los elementos clave del proceso, se supervisa el desarrollo del plan y se modifica si no está dando los resultados esperados. Éste sería el sustrato biológico de lo que con anterioridad hemos denominado «rasgo caracterial de autodirección» (fig. 11). Aunque hablamos de sustrato biológico, esta función es una capacidad humana que requiere de entrenamiento permanente y que se desarrolla especialmente durante la adolescencia, al término de la cual, la persona debe estar ya en condiciones de tomar sus propias decisiones, de establecer sus propios planes y de desarrollarlos de forma autónoma.

El consumo repetido de sustancias altera las funciones ejecutivas y la capacidad del individuo para tomar decisiones adaptativas. Así lo han propuesto diversos modelos neurocognitivos como el de Damasio y Bechara³² o el de Robinson y Berridge³³. Por tanto, en el proceso de rehabilitación deberemos tener en cuenta que no sólo habremos de intervenir sobre el *software*, sino también sobre el *hardware*, aunque la distinción entre uno y otro, al igual que la distinción entre lo biológico y lo ambiental, son artificios instrumentales más que diferencias reales³⁴.

Una de las principales diferencias entre los efectos de las sustancias y otras causas de disfunción ejecu-

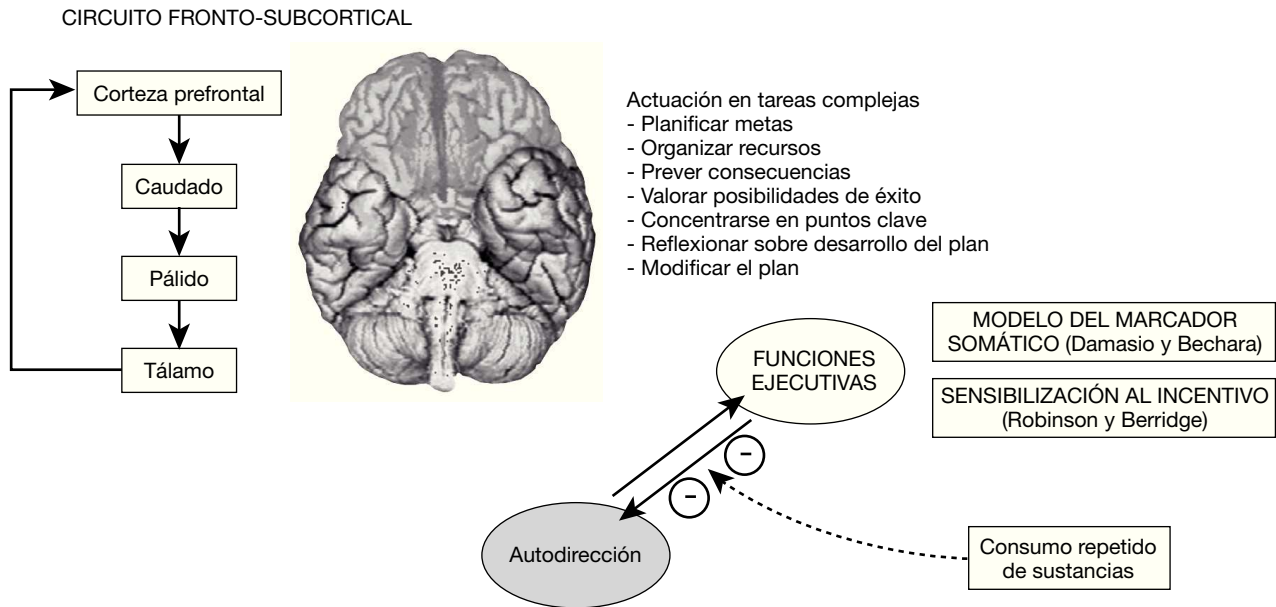


Fig. 11. Circuitos frontales y adicción.

tiva es que aquéllos, los provocados por la administración repetida de sustancias, son en su mayor parte reversibles, y lo son más rápidamente si se efectúan intervenciones de entrenamiento neurocognitivo, como así lo muestran diversos trabajos publicados, como el de Selby y Azrin³⁵, en el que a los 40 meses de abstinencia continuada los sujetos rendían igual que los controles en tareas que implicaban memoria a corto y largo plazo y funciones ejecutivas. Pero también tendremos en cuenta que durante el tiempo de recuperación y, principalmente, en las primeras fases del proceso de tratamiento, estas funciones permanecerán alteradas y que el paciente, más allá de su voluntad, seguirá procesando y decidiendo mal, es decir, con muchos errores de procesamiento y múltiples decisiones no ajustadas a los datos de que dispone. Así nos lo recuerda Antonio Verdejo: «*La existencia de déficits neuropsicológicos puede limitar o interferir la capacidad de los individuos drogodependientes para asimilar los contenidos y las actividades de programas de rehabilitación que tienen un fuerte componente educativo o cognitivo*»³⁶.

Pero cabe la pregunta: los déficit neurocognitivos ¿son causa o consecuencia de la administración repetida de sustancias? Es decir, el hecho de que algunas personas que prueban las drogas sean capaces de abandonar o controlar el consumo, y otras queden atrapadas ¿puede deberse a un mal funcionamiento previo de sus funciones ejecutivas? ¿O es sólo la repetición del consumo la que altera estas funciones en personas sin disfunción ejecutiva?

Existe un cuestionario cuya validación abordamos en este momento, la *Frontal System Behavior Scale*³⁷ o Escala de Comportamiento Frontal, que pregunta a los sujetos sobre su funcionamiento frontal actual y sobre cómo era antes de iniciar el consumo de sustancias. Lo hemos administrado a dos muestras, una de población clínica, adictos que inician tratamiento, y otra de pobla-

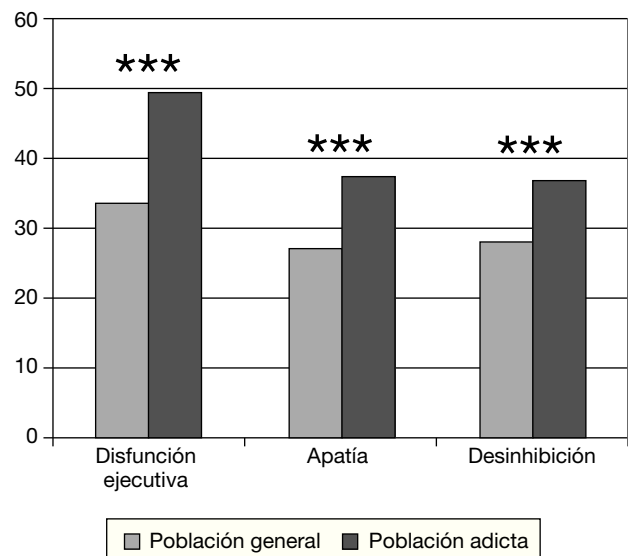


Fig. 12. Diferencias entre adictos (n = 66) y población general (n = 119) en las puntuaciones actuales de la Escala de Comportamiento Frontal controlando sexo, edad y nivel de estudios.

p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

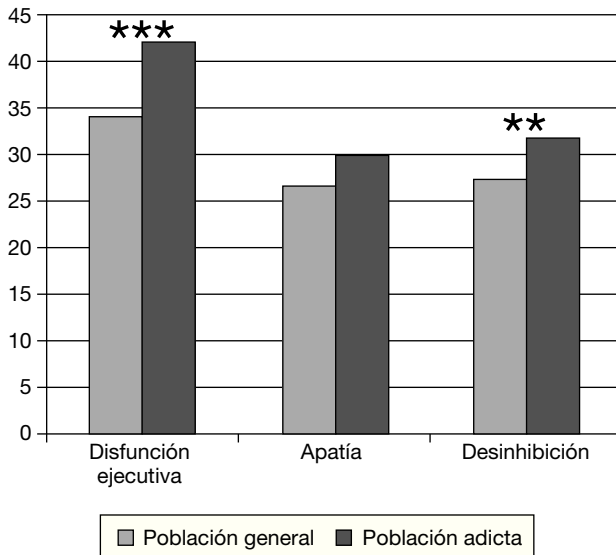


Fig. 13. Diferencias entre las puntuaciones actuales de la población general (n = 119) y en el pasado de los adictos (n = 66) de la Escala de Comportamiento Frontal controlando sexo, edad y nivel de estudios.
p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

ción no clínica. Cuando comparamos el funcionamiento actual en ambas muestras (fig. 12), encontramos que los síntomas disejecutivos son significativamente más elevados en población adicta, en las 3 escalas: disfunción ejecutiva (dorsolateral), apatía (mesial) y desinhibición (orbitofrontal). Y cuando preguntamos por el funcionamiento antes del consumo y lo comparamos con el que declara la población general (fig. 13), encontramos que las diferencias se mantienen, aunque disminuye su magnitud y su significación estadística. Esto sugiere que los déficit ejecutivos y las dificultades para autodirigir la propia vida son previos al consumo y se agravan con éste.

En su conjunto, los datos sugieren que la disfunción ejecutiva puede ser un antecedente directo de la adicción a sustancias, y que tal disfunción ejecutiva puede tener un origen innato (por ejemplo, en el TDAH) o adquirido y, en este caso, lo que traduciría es un desarrollo inadecuado, ineficaz o incompleto de las estructuras íntegras, y que podría deberse a una multitud de factores: pobre historial de apego en la infancia, elevados niveles de estrés psicosocial, eventos aislados con gran impacto estresante, déficits educativos, pobreza estimular en el ambiente, etc. Ello se traduciría durante la adolescencia en dificultad en la toma de decisiones, en carencias notables en el rasgo de autodirección y el acceso a un consumo de sustancias con características desadaptativas, no orientado a metas, no planifi-

cado, fuera del control del sujeto por falta de autosupervisión, sin prever consecuencias ni valorar riesgos y con una pobre capacidad para modificar la conducta adictiva. De este modo, el consumo se mantendría por bucles conductuales semejantes a los presentados por los sujetos con trastorno obsesivo compulsivo, en el que la idea de consumir operaría como el pensamiento intrusivo y la autoadministración de la droga como conducta neutralizadora.

Pero también cabe otra explicación, no alternativa sino complementaria. El propio consumo de sustancias podría ser el elemento que dismantelara la capacidad de autodirigir la propia vida. O, dicho de otro modo, que cambiara la personalidad del adicto. En un reciente estudio³⁸, explorando factorialmente los resultados del MCMI-II obtenidos por 749 adictos, el factor principal encontrado en el cuestionario agrupaba un buen número de ítems que comenzaban con frases como «en los últimos años», «desde hace uno o dos años», «hace algunos años», etc. Por ello, este factor fue denominado «cambio de personalidad» en la medida en que refleja sintomatología de nueva aparición o recientemente experimentada por el sujeto y, en último término, una transformación experimentada sobre el autoconocimiento previo. Esto sugiere una similitud con el denominado «trastorno orgánico de la personalidad», que se caracteriza por el hecho de que los sujetos entrevistados no sitúan el núcleo central del cambio en una disposición estable a comportarse de un cierto modo, sino en algo que irrumpe en la personalidad previa del paciente, modificándola, y no es, por tanto, una desviación estadística de la normalidad sino una transformación cualitativa. Sugiere también lo que Goldberg³⁹ denomina «cambio de personalidad por lesión dorsolateral de la corteza frontal», y que en el caso de los adic-

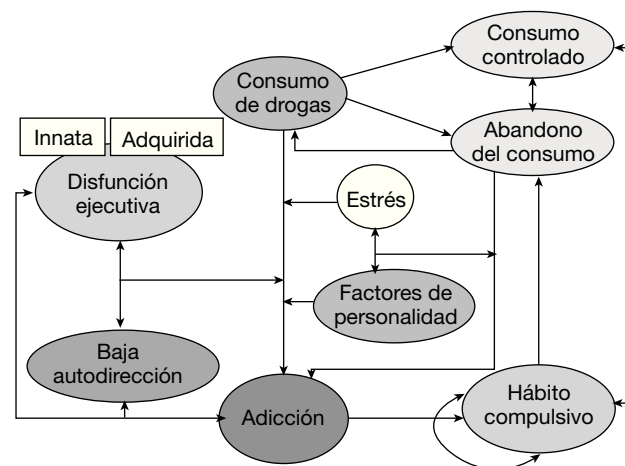


Fig. 14. Modelo integrado de adicción, personalidad y estrés.

tos a sustancias podría estar relacionado con alteraciones vasculares secundarias a los efectos continuados de las drogas.

Modelo integrado

A partir de todos los datos podemos construir un modelo integrado (fig. 14): el consumo de sustancias puede realizarse de forma experimental, esporádica o frecuente, pero, en la mayor parte de los casos, de forma controlada, al menos durante las primeras fases. En un momento determinado la persona puede decidir abandonar el consumo y hacerlo sin reclamar ayuda profesional o de ningún otro tipo, como también ocurre en la inmensa mayoría de los casos, como muestran los recientes trabajos del equipo de la Universidad de Oviedo⁴⁰. En otros casos, y en presencia de déficit de personalidad frontal y de un pobre desarrollo caracterial y la interferencia de otros rasgos de personalidad, la persona puede quedar atrapada en un consumo incontrolado. Este consumo se va perpetuando por bucles de obsesión compulsión que quedan fuera del espacio decisional de la persona⁴¹. El propio consumo incrementa las dificultades para controlar la propia conducta, interfiriendo en el funcionamiento ejecutivo. Si se rompe el hábito compulsivo, generalmente ya en un contexto terapéutico, la persona puede abandonar el consumo o, en algunos casos, recobrar el control. En situación de abstinencia, la acumulación de factores estresantes, en interrelación con determinados rasgos de personalidad y determinados déficit neurocognitivos, puede reactivar el consumo con diversos fines y restablecer el hábito compulsivo.

En definitiva, lo que este enfoque sugiere es dejar de centrar la atención en la sustancia y focalizarla en el individuo: en sus características de personalidad que van a marcar su margen de mejora potencial, su ritmo de incorporación al programa, la intensidad de la intervención que podemos aplicar y los tiempos en que las diversas intervenciones van a ser efectivas. En su relación con el contexto, prestaremos atención a los elementos ambientales que pueden ser fuentes de estrés y en la manera en que el individuo los afronta y contrarresta. Y en su relación con la sustancia nos interesaremos principalmente por los mecanismos cerebrales de toma de decisiones y de actividad planificada que pueden ser el sustento de la adicción, pero también el sustento cerebral de su abandono.

La intervención debe partir de las propias características del sujeto, aprovechar sus condiciones, más o menos adaptativas, para ir alcanzando logros gradualmente más ambiciosos que nos permitan, a su vez, ir

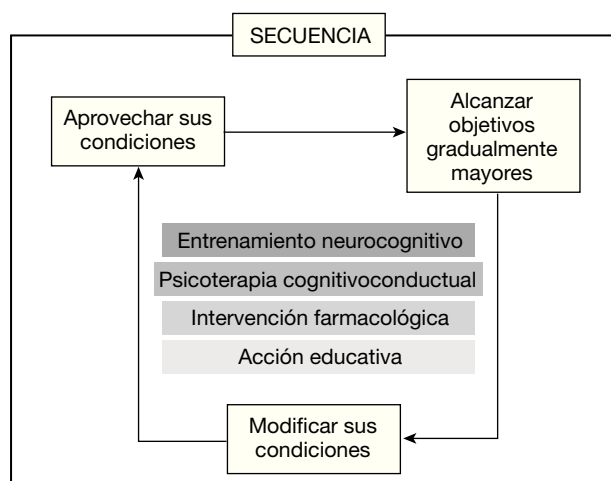


Fig. 15. Modelo de intervención guiado por la personalidad. La personalidad del paciente puede sugerirnos el tiempo, la intensidad y el ritmo de la intervención.

modificando las características disfuncionales (fig. 15). Como ya hemos comentado al principio, al intervenir con una persona con personalidad narcisista podemos aprovecharnos de su propensión a responder a los desafíos, de modo que pequeños logros supongan ganancias en autoestima, pero nos sirvan también para ir mostrando al paciente los límites dentro de los cuales puede moverse y fuera de los cuales no va a ser capaz de ejercer control.

Esta secuencia de intervenciones debe incluir una variada gama de enfoques y estrategias: el entrenamiento neurocognitivo puede realizarse desde la terapia ocupacional, trabajando la planificación de actividades cotidianas con sentido para el sujeto; la psicoterapia puede

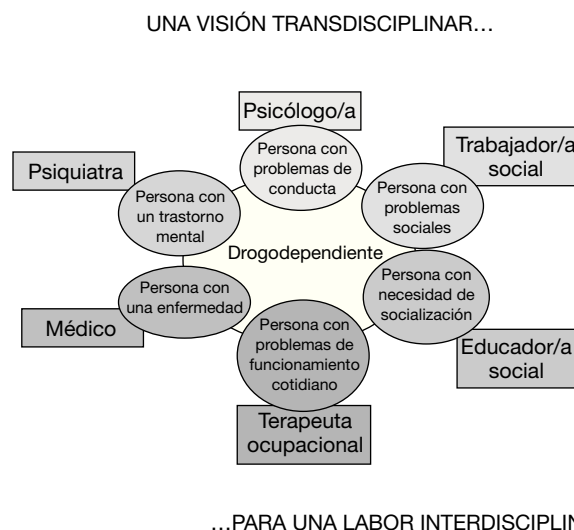


Fig. 16. Modelo transdisciplinar de la intervención en adicciones.

trabajar las habilidades de resolución de problemas, las estrategias de afrontamiento y la toma de decisiones, además de las áreas carenciales específicas de cada patrón de personalidad al que se enfrente, en el contexto de un programa de prevención de recaídas; los médicos pueden aplicar terapias farmacológicas que favorezcan la estabilidad emocional, el control de impulsos y la recuperación de los déficit de funcionamiento cerebral; y los educadores sociales pueden abordar los déficit en la socialización de los sujetos y su libre desenvolvimiento en su entorno social de referencia.

Este enfoque requiere de la participación de muy diversas disciplinas. Cada una de ellas observará el problema desde su propia perspectiva, pero ninguna debe aspirar al dominio sobre las demás. Sólo una visión transdisciplinar puede permitir que, en la práctica, se produzca una intervención interdisciplinar que permita coordinar todos los esfuerzos en dirección a un objetivo común (fig. 16).

El autor declara que no existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Becoña E, Cortés MT, Pedrero EJ, Fernández Hermida JR, Casete L, Bermejo MP, et al. Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Guías clínicas Sociodrogalcohol basadas en la evidencia científica. Barcelona: Sociodrogalcohol; 2008.
2. Millon T, Davis RD. Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson; 1998.
3. Millon T. Personality-guided therapy. Nueva York: Wiley; 1999.
4. Bockian NR. Personality-guided therapy for depression. Washington, DC: American Psychological Association; 2006.
5. Everly GS Jr, Lating JM. Personality-guided therapy for posttraumatic stress disorder. Washington, DC: American Psychological Association; 2003.
6. Rasmussen PR. Personality-guided cognitive-behavioral therapy. Washington, DC: American Psychological Association; 2005.
7. Harper RG. Personality-guided therapy in behavioral medicine. Washington, DC: American Psychological Association; 2004.
8. Valenciano L. Sobre la personalidad de los morfínistas en archivos de neurobiología en la guerra civil (1936). Archivos de Neurobiología. 1997Supl1:271-304. Citado en: Cerver G, Bolinches F, Valderrama JC. Trastornos de la personalidad y drogodependencias. Trastornos Adictivos. 1999;3:91-9.
9. Wills TA, Dishion TJ. Temperament and adolescent substance use: a transactional analysis of emerging self-control. J Clin Child Adolesc Psychol. 2004;33:69-81.
10. Verheul R, van den Brink W. Causal pathways between substance use disorders and personality pathology. Austr Psychol. 2005;40:127-36.
11. Millon T, Grossman S, Millon C, Meagher S, Ramat R. Trastornos de la personalidad en la vida moderna (2ª ed). Barcelona: Masson; 2006.
12. Roca Benassar M, coordinador. Trastornos de personalidad. Barcelona: Ars Medica; 2004.
13. Beck AT. Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad 2ª ed. Barcelona: Paidós; 2005.
14. Pérez de los Cobos J. Tratamiento farmacológico de los trastornos adictivos y cambios de personalidad concomitantes a una adicción. Trastornos Adictivos. 2001;3:25-32.
15. Quiroga E, Erraste JM. Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. Psicothema. 2001;13:393-406.
16. Lana Moliner F. Trastornos de personalidad y conductas adictivas. Intervenciones psicosociales. Actas Esp Psiquiatr. 2001;29(1):58-66.
17. Fisher MS, Bentley KJ. Two group therapy models for clients with a dual diagnosis of substance abuse and personality disorder. Psychiatr Ser. 1996;7:1244-50.
18. Widiger TA. Dimensional models of personality disorders. World Psychiatry. 2007;6:15-9.
19. Widiger TA, Simonsen E. The American Psychiatric Association's research agenda for DSM-V. J Pers Disord. 2005;19:103-9.
20. Choca J. Evolution of millon's personality prototypes. J Pers Assess. 1999;72:353-64.
21. Pedrero EJ, López-Durán A, Olivar Á. El trastorno negativista de la personalidad y su relación con el abuso de sustancias. Trastornos Adictivos. 2006;8:22-41.
22. López-Durán A, Becoña E, Lloves M, Moneo A, Vieitez I, Cancelo J, et al. Evolución del tratamiento y consumo en personas con dependencia de la cocaína, a los doce meses, en función de la psicopatología asociada y el funcionamiento cotidiano. Adicciones. 2007;19:251-66.
23. López-Durán A, Becoña E. Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. Psicothema. 2006;18:578-83.
24. Puerta C. Trastornos de personalidad en adictos a cocaína: diferencias de género. Ponencia en la Jornada Mujer, Cocaína y Patología Dual. Madrid, 2007.
25. Sánchez-Hervás E, Tomás V, Morales E. Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. Trastornos Adictivos. 2004;6:159-66.
26. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatr. 1993;50:975-90.
27. Pedrero EJ, Olivar Arroyo Á, Puerta C. El carácter como predictor de trastornos de la personalidad en adictos: la tipología caracterial de Cloninger y su abordaje psicosocial. Rev Esp Drogodep. 2007;32(3):342-69.
28. Pedrero EJ, Pérez M, de Ena S, Garrido C. Validación del Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP): hacia un modelo de tratamiento de las conductas adictivas «guiado por la personalidad». Trastornos Adictivos. 2005;7:166-86.
29. Lavelle T, Hammersley R, Forsyth A. Personality as an explanation of drug use. J Drug Issues. 1991;21(3):603-14.
30. Dunahoo CL, Hobfoll SE, Monnier J, Hulsizer MR, Johnson R. There's more than rugged individualism in coping. Part 1: Even the Lone Ranger had Tonto. Anxiety Stress Coping. 1998;11:137-65.

31. Joseph R. Frontal lobe psychopathology: mania, depression, confabulation, catatonia, perseveration, obsessive compulsions, and schizophrenia. *Psychiatry*. 1999;62:139-71.
32. Bechara A. Risky business: emotion, decision-making, and addiction. *J Gambl Stud*. 2003;19(1):23-51.
33. Robinson TE, Berridge KC. Addiction. *Annu Rev Psicol*. 2003;54:25-53.
34. Damasio A. El error de Descartes. Barcelona: Editorial Crítica; 2001.
35. Selby MJ, Azrin RL. Neuropsychological functioning in drug abusers. *Drug Alcohol Depend*. 1998;50:39-45.
36. Verdejo A. Funciones ejecutivas y toma de decisiones en drogodependientes: rendimiento neuropsicológico y funcionamiento cerebral [tesis doctoral]. Universidad de Granada; 2006.
37. Grace J, Malloy P. Frontal Systems Behavior Scale (FrSBe): Professional Manual. Lutz: Psychological Assessment Resources; 2001.
38. Pedrero EJ. Dimensiones de los trastornos de personalidad en el MCMI-II en adictos a sustancias en tratamiento. *Adicciones*. En prensa 2008.
39. Goldgerg E. The executive brain. Oxford: Oxford University Press; 2001. [Edición española: El cerebro ejecutivo. 2ª ed. Madrid: Drakontos; 2004].
40. Carballo JL, Fernández-Hermida JR, Secades R, García-Rodríguez O, Erraste JM, Alhalabí S, et al. Recuperación natural del abuso de alcohol y drogas ilegales en una muestra española. *Int J Clin Hlth Psych*. 2007;7:661-78.
41. Hyman SE, Malenka RC. Addiction and the brain: the neurobiology of compulsion and its persistence. *Nat Rev Neurosci*. 2001;2:695-703.