

## ORIGINAL

# Dependencia de la cocaína y trastornos de personalidad. Análisis de su relación en una muestra clínica

A. LÓPEZ DURÁN<sup>a</sup>, E. BECOÑA IGLESIAS<sup>a</sup>, L. CASETE FERNÁNDEZ<sup>b,c</sup>, M.T. LAGE LÓPEZ<sup>b</sup>, E. DÍAZ CASTRO<sup>b</sup>, J.M. GARCÍA JANEIRO<sup>d</sup>, A. SENRA COMESAÑA<sup>d</sup>, J. CANELO MARTÍNEZ<sup>e</sup>, C. ESTÉVEZ VORKAUF<sup>e</sup>, J. SOBRADELO LENS<sup>e</sup>, I. VIEITEZ FERNÁNDEZ<sup>e,f</sup>, M. LLOVES MORATINOS<sup>f</sup> Y A. MONEO MONTES<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. La Coruña. España.

<sup>b</sup>Unidad Asistencial ACLAD. La Coruña. España.

<sup>c</sup>Comunidad Terapéutica ACLAD. La Coruña. España.

<sup>d</sup>Unidad Asistencial del Ayuntamiento de Pontevedra. Pontevedra. España.

<sup>e</sup>Unidad Asistencial Alborada. Vigo. Pontevedra. España.

<sup>f</sup>Comunidad Terapéutica Alborada. Tomiño. Pontevedra. España.

**RESUMEN. Objetivo.** Los trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína son frecuentes e interfieren en el tratamiento de estas personas. En España todavía son escasos los estudios que se ocupan de evaluar esta relación. El objetivo del presente estudio es evaluar la presencia de trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína que están en tratamiento en Centros de Drogodependencias, y conocer si hay diferencias entre los sujetos que tienen trastornos de personalidad y los que no los tienen, en función de características sociodemográficas, psicopatológicas y de consumo de drogas.

**Material y métodos.** Utilizamos el MCMI-II para analizar la probabilidad de presencia de trastornos de personalidad. El estudio se realizó en 102 pacientes con dependencia de la cocaína.

**Resultados.** Un importante porcentaje de los sujetos presenta, al menos, un trastorno de personali-

dad (66,6%). Estos se diferencian del grupo de sujetos que no tienen trastorno de personalidad en las características psicopatológicas analizadas (depresión, ansiedad, etc.).

**Conclusiones.** La importante prevalencia de los trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína indica la necesidad de su evaluación al inicio del tratamiento.

**PALABRAS CLAVE:** cocaína, dependencia, MCMI-II, trastornos de personalidad.

## Cocaine dependence and personality disorders. Analysis in a clinical sample

**ABSTRACT. Objective.** The personality disorders in people with cocaine dependence are frequent and they interfere in the treatment of these persons. Few studies analyze this relationship in Spain. The present study aims to evaluate the presence of personality disorders in persons with cocaine dependence that are in treatment in Centers of Drug Dependence in Galicia (Spain) and to know if there are differences among both groups, with and without personality disorders, in relation to sociodemographic characteristics, psychopathology and drug consumption.

**Material and methods.** We use the MCMI-II to analyze the probability of presence of personality

### Correspondencia:

A. LÓPEZ DURÁN  
Universidad de Santiago de Compostela.  
Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología.  
Campus Universitario Sur.  
15782 Santiago de Compostela. España.  
Correo electrónico: alduran@usc.es

Recibido: 17-07-2006

Aceptado para su publicación: 11-06-2007

disorders. One hundred and two patients with cocaine dependence were included in the study.

**Results.** An important percentage of subjects present one or more personality disorder (66.6%), and they differ of the group without personality disorders in psychopathological characteristics (depression, anxiety, etc.).

**Conclusions.** The important prevalence of personality disorders in cocaine dependence persons indicates the evaluation to the beginning of treatment.

**KEY WORDS:** cocaine, dependence, MCMI-II, personality disorders.

## Introducción

En el manual diagnóstico y estadístico DSM-IV-TR<sup>1</sup> se definen los rasgos de personalidad como patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar. Se convierten en trastornos de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y se apartan acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tienen su inicio en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta, son estables en el tiempo y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. El DSM-IV-TR señala once trastornos de la personalidad: trastorno paranoide de la personalidad, trastorno esquizoide, trastorno esquizotípico, trastorno antisocial, trastorno límite, trastorno histriónico, trastorno narcisista, trastorno de la personalidad por evitación, trastorno de la personalidad por dependencia, trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y trastorno de la personalidad no especificado. Además, en su apéndice se proponen, para estudios posteriores, el trastorno depresivo de la personalidad y el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad.

La presencia de un trastorno psiquiátrico en personas con problemas con el consumo de drogas se denomina diagnóstico dual. Es, por lo tanto, un subtipo de comorbilidad<sup>2</sup>. La presencia de trastornos de la personalidad en personas con problemas con el consumo de drogas es un tema relevante, tanto por el alto porcentaje de prevalencia como por la necesidad de tenerlo en cuenta en el momento de planificar el tratamiento.

En el reciente estudio de Stinson et al<sup>3</sup> señalan que el 44,0% de las personas con algún trastorno por consumo de sustancias tiene un trastorno de personalidad. En el estudio *Epidemiological Catchment Area* (ECA) del *National Institute of Mental Health*, realizado con 20.291 sujetos, se analizó la prevalencia de los trastor-

nos psiquiátricos y por consumo de sustancias. El instrumento de evaluación utilizado fue la *Diagnostic Interview Scale*, basado en los criterios DSM-III. El 42,7% de los sujetos con abuso o dependencia de la cocaína presentan un trastorno de personalidad antisocial; en el caso de los consumidores de heroína es de un 36,7%, en los de cannabis un 14,7% y en los de alcohol un 14,3%<sup>4</sup>.

Un gran número de estudios realizados con población que está en tratamiento por problemas con el consumo de sustancias apuntan porcentajes muy altos de prevalencia de trastornos de la personalidad en consumidores de cocaína. Calsyn y Saxon<sup>5</sup> señalan que el 97% de los consumidores de cocaína en tratamiento ambulatorio tienen un trastorno de la personalidad. Para Weiss et al<sup>6</sup> un 74% de los consumidores de cocaína en tratamiento presentan al menos un trastorno de personalidad, y un 69% de estos los mantienen tanto en períodos de abstinencia como de consumo. Sonne y Brady<sup>7</sup> señalan que un 66,7% cumplen el criterio de trastorno de personalidad en el momento de entrada a tratamiento, y el 51% lo cumple tras doce semanas de tratamiento. Karan et al<sup>8</sup> concretan más y señalan que el 48% de los consumidores de cocaína en tratamiento ambulatorio tienen un trastorno de personalidad y el 18% tienen dos o más; entre los que reciben un tratamiento ambulatorio intensivo o están hospitalizados, el porcentaje de prevalencia asciende al 75%. Skinstad y Swain<sup>9</sup> recogen porcentajes de asociación entre el 30 y el 70% y Ochoa<sup>10</sup> porcentajes entre el 50 y el 74%. Sanz y Larrazabal<sup>11</sup> señalan, en un estudio realizado con una muestra española, un 64,3%. Conviene señalar que la prevalencia de los trastornos de la personalidad en la población sana se sitúan entre el 10-15%<sup>12</sup>.

En relación con cuáles son los trastornos de la personalidad más frecuentes entre los consumidores de cocaína, distintos estudios<sup>7,10,11,13,14</sup> apuntan hacia los trastornos límite y antisocial.

Respecto a la necesidad de tener en cuenta la asociación entre consumo de drogas y presencia de trastornos de personalidad para diseñar el tratamiento, Martínez y Trujillo<sup>15</sup> recogen las consecuencias de la presencia de trastornos de personalidad en los consumidores de drogas si no se aborda de forma adecuada: dificultad para alcanzar la abstinencia con frecuentes recaídas en el consumo, baja adherencia al tratamiento y abandono del mismo, consumos importantes de otras sustancias diferentes a la que motiva el tratamiento, uso abusivo y erróneo de los psicofármacos y deterioro de la relación paciente-terapeuta, entre otras. A esto hay que añadir que un importante proble-

ma de la asociación de la cocaína con determinados trastornos de personalidad, como el límite y el antisocial, es que con frecuencia aparecen conductas violentas<sup>16</sup>.

Uno de los principales problemas que encontramos al abordar la evaluación de los trastornos de personalidad en consumidores de drogas es el instrumento de evaluación que se utiliza. El Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II)<sup>17</sup> evalúa la presencia de patrones de personalidad, no realiza diagnóstico de trastorno de personalidad pero establece dos puntos de corte. El primero, tasa base (TB) superior a 74, indica sospecha de presencia de un trastorno, y una TB superior a 84, indica sospecha de presencia y gravedad de dicho trastorno. Sugiere la presencia de trastornos de personalidad y para confirmarlo se debe aplicar otro tipo de instrumento como las entrevistas diagnósticas. De esta manera reducimos el tiempo de evaluación, ya que administraríamos la entrevista indicada para el trastorno que sospechamos que presenta.

Muchos estudios han utilizado el MCMI-II en consumidores de drogas y más concretamente en consumidores de cocaína<sup>18</sup>. Calsyn y Saxon<sup>5</sup> lo utilizaron para evaluar los distintos trastornos de personalidad presentes en consumidores de cocaína y de opiáceos que inician tratamiento. El 90% de las personas con dependencia de la heroína y el 97% de los dependientes de la cocaína presentan un trastorno en el eje II. Concluyen que es un instrumento útil para el diagnóstico psiquiátrico en consumidores de cocaína y heroína. Campbell y Stark<sup>19</sup> evaluaron las características psicopatológicas y de personalidad en una muestra de consumidores de distintas sustancias en el momento de la entrada a tratamiento, con el fin de determinar si hay diferencias en función del tipo de sustancia consumida. Concluyeron que no hay perfiles diferentes en función de la sustancia consumida, excepto en el caso de los consumidores de anfetaminas.

Donat et al<sup>20</sup> utilizaron el MCMI para comparar tres grupos de consumidores diferentes: dependientes del alcohol, dependientes de la cocaína y dependientes de múltiples sustancias. Concluyen que las diferencias entre los tres grupos se establecen más en función del sexo, edad y raza que por la sustancia consumida. Craig y Weinberg<sup>21</sup> realizan una revisión de los estudios que han utilizado el MCMI (I y II) para evaluar a sujetos que abusan de sustancias. Consideran que el MCMI-II puede ser utilizado en esta población con distintas finalidades: identificar a sujetos que tienen un problema de abuso de drogas (escalas B, abuso de alcohol, y T, abuso de drogas), evaluar las características de personalidad de un paciente en el que ya co-

nocemos que hay problemas de abuso, y determinar si hay relación entre la puntuación obtenida y los resultados de un determinado programa o tratamiento. Además, estos autores consideran que las tasas de prevalencia de trastornos de personalidad que se obtienen con el MCMI son similares a las obtenidas con las entrevistas psiquiátricas estructuradas. También apuntan que este autoinforme puede estar sobrevalorando la presencia de paranoia entre los consumidores de sustancias. Establecen la existencia de cuatro *clusters*: el primero formado por sujetos con estilo narcisista o antisocial, el segundo con estilo pasivo-agresivo o evitativo, el tercero con estilo dependiente y el cuarto son sujetos con una psicopatología importante que pueden ser considerados pacientes psiquiátricos. McMahon et al<sup>22</sup> analizaron las características de personalidad y los estilos de afrontamiento en relación con los abandonos del tratamiento en sujetos con abuso de cocaína. Para determinar las características de personalidad utilizan el MCMI-II y señalan que es un cuestionario con validez, estabilidad, fiabilidad y clínicamente útil con sujetos con problemas con el consumo de sustancias. Estos autores concluyen que no se puede establecer un perfil determinado de personalidad que esté relacionado con el abandono de los programas de tratamiento. Flynn et al<sup>23</sup> utilizan el MCMI-II para evaluar la presencia de indicadores del deterioro psiquiátrico en una muestra en la que se compara a los sujetos en función de su «droga preferida», cocaína o heroína. Nadeau et al<sup>24</sup> encontraron utilizando el MCMI-I<sup>25</sup> que el 88,2% de los sujetos en tratamiento por problemas con el consumo de drogas tiene una TB superior a 84 en al menos una escala del eje II.

En España contamos con el estudio realizado por Mestre et al<sup>26</sup>, en el que compararon a través del MCMI-II las características de personalidad de consumidores de cocaína y consumidores de heroína que demandan desintoxicación de dichas sustancias. Encontraron diferencias significativas en las escalas de personalidad límite y evitativa, en las que los consumidores de cocaína tienen puntuaciones más altas. Pedrero et al<sup>27</sup> también utilizaron este instrumento para evaluar la prevalencia y la intensidad de los trastornos de personalidad en una muestra de consumidores de distintas sustancias con diagnóstico de abuso o dependencia. Encontraron que el 83% de los sujetos tienen una puntuación TB superior a 74 en, al menos, una de las escalas, y en los consumidores de cocaína los más frecuentes son el pasivo-agresivo y el dependiente, y en las escalas de personalidad patológica destaca la límite. Pedrero y Segura<sup>28</sup> evaluaron la relación entre la presencia de trastornos de personalidad a partir de la uti-

lización del MCMI-II y la dificultad en el manejo clínico. De la muestra total de 78 sujetos, 13 son consumidores de cocaína. Concluyen que son los patrones autodestructivo, límite, histriónico y evitativo, los que tienen una mayor dificultad de manejo entre los pacientes con problemas por consumo de sustancias. Pedrero<sup>14</sup> evaluó la presencia de trastornos de personalidad en una muestra de 166 sujetos en tratamiento ambulatorio por consumo de drogas. Entre las conclusiones obtenidas destaca que los resultados son similares a los obtenidos con la versión anterior del MCMI, y a los de otros estudios realizados con el MCMI-II.

Por lo tanto, el importante número de estudios que ha utilizado el MCMI-II para evaluar a consumidores de drogas nos ha llevado a seleccionar este instrumento para la realización del presente estudio.

El objetivo del presente estudio es evaluar, con el MCMI-II, en personas con dependencia de la cocaína que están en tratamiento en centros de drogodependencias, si hay diferencias en función de las características sociodemográficas, psicopatológicas y del consumo de drogas entre los sujetos con sospecha de trastorno de personalidad y los que no lo presentan.

## Material y métodos

### Participantes

Fueron evaluados para la realización del estudio 119 sujetos que estaban en tratamiento en seis centros públicos de tratamiento de drogodependencias de Galicia, pero 17 fueron eliminados por diversas razones. Un sujeto no cumplía los criterios para el diagnóstico de dependencia de la cocaína evaluados con la SCID-I<sup>29</sup>, y tres sujetos llevaban más de seis semanas de abstinencia, por lo que fueron eliminados del estudio. Doce cuestionarios fueron eliminados por superar el índice de sinceridad 590 en el MCMI-II y uno por ser el índice de validez igual a 2.

Por lo tanto, la muestra final del estudio está formada por 102 sujetos, 87 hombres y 15 mujeres, con diagnóstico de dependencia de la cocaína y que estaban en tratamiento en centros públicos de drogodependencias de Galicia. De los 102 participantes, 89 estaban en tratamiento ambulatorio y 13 en tratamiento residencial.

La muestra fue seleccionada entre el 23 de septiembre de 2003 y el 28 de abril de 2005. Los criterios de inclusión en el estudio fueron: estar en tratamiento por consumo de cocaína como droga principal, existencia de dependencia de la cocaína según los criterios del

DSM-IV-TR y llevar un mínimo de tres y un máximo de seis semanas de abstinencia en el consumo de cocaína. Los criterios de exclusión fueron la presencia de alteraciones psicóticas graves y la incapacidad de responder a los instrumentos de evaluación utilizados.

### Instrumentos

Se ha utilizado el MCMI-II para evaluar los patrones de personalidad y determinados síndromes clínicos, en su versión española de Millon<sup>17</sup>. Consta de 175 ítems con respuesta dicotómica (verdadero o falso). Una puntuación TB superior a 74 indica sospecha de presencia de un trastorno, y superior a 84 indica sospecha de presencia y severidad de dicho trastorno. Utilizamos para el presente estudio el punto de corte de TB superior a 84 para determinar una mayor probabilidad de presencia de trastorno de personalidad.

Para analizar las variables sociodemográficas y características del consumo de cocaína elaboramos una serie de ítems que administrábamos al inicio de la evaluación. Estos ítems evaluaban, entre otros aspectos: sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, urgencias hospitalarias, edad del primer consumo de cocaína, frecuencia en el consumo de cocaína en los 6 meses previos al inicio del tratamiento, vía principal de consumo, realización de tratamientos previos por consumo de drogas, consumo de heroína alguna vez en su vida, presencia de problemas relacionados con el consumo de cocaína (cardiovasculares, por la vía de consumo utilizada, depresivos, y déficit cognitivos), y cuánto le ha afectado el consumo de cocaína en el ámbito laboral y familiar, en las amistades, la pareja, salud física, salud mental y problemas con la justicia.

Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV (SCID) diseñada en su versión española por First et al<sup>29</sup>, para evaluar la dependencia de la cocaína.

Test para la Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT), diseñado por Saunders et al<sup>30</sup>, para evaluar la existencia de consumos de alcohol de riesgo y la sospecha de dependencia del alcohol. La versión española que utilizamos es la de Contel et al<sup>31</sup>.

Otra herramienta ha sido el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la versión que utilizamos es la de Beck et al<sup>32</sup> en su versión española de Vázquez y Sanz<sup>33</sup>, y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), en su versión española de Spielberger et al<sup>34</sup>.

El cuestionario de 90 síntomas revisado (SCL-90-R) nos ha servido para evaluar el malestar subjetivo y determinados síntomas, en su versión española<sup>35</sup>. Utilizamos las puntuaciones de los tres índices generales:



índice general sintomático (IGS), total de síntomas positivos (TSP) e índice de malestar (IM).

Se realizó una evaluación global del paciente por el terapeuta de referencia a los tres y seis meses de la evaluación inicial. Cuando se evalúa a un sujeto, su psicólogo debe determinar en una escala tipo Likert de cero a cuatro cómo considera que se encuentra el sujeto en las áreas psicopatológica, familiar/social, laboral y judicial. A los tres y seis meses de la evaluación inicial el psicólogo debe cubrir nuevamente este cuestionario e indicar además si el sujeto ha realizado nuevos consumos de cocaína desde la evaluación inicial (a través de la realización de analíticas de orina semanales), y si muestra adherencia al tratamiento (el terapeuta determina si el paciente ha asistido a las citas). Para determinar la existencia de nuevos consumos y para la validación de la abstinencia se realizaron analíticas de orina a los tres y seis meses de la evaluación inicial en todos los sujetos.

### Procedimiento

Los pacientes eran seleccionados consecutivamente por los psicólogos de los centros de drogodependencias, entre septiembre de 2003 y abril de 2005. Si cumplían los criterios de inclusión en el estudio eran citados para ser evaluados por nosotros independientemente. Todos los sujetos firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio.

La evaluación inicial se realizó en 102 sujetos que estaban en tratamiento. El criterio utilizado para determinar el momento de la evaluación era el mantenimiento de la abstinencia en el consumo de cocaína un mínimo de tres semanas.

A los tres y seis meses no se vuelven a administrar los instrumentos psicométricos de la evaluación inicial al paciente. Únicamente se pasa la «evaluación global» al terapeuta, por lo que tenemos información de la evolución del paciente y adherencia al tratamiento, según el terapeuta, y mantenimiento de la abstinencia (con las analíticas de orina).

Respecto a las tasas de abstinencia, a los tres meses no conocemos en 14 sujetos si habían vuelto a consumir cocaína o no (porque abandonaron tratamiento, fueron derivados o no hay análisis de orina). A los seis meses no tenemos datos de nuevos consumos en 19 sujetos. A los tres meses disponemos de datos de 88 sujetos y a los seis de 83.

Respecto a las evaluaciones que hacen los terapeutas, a los tres meses contamos con la evaluación de 94 sujetos y a los seis meses de 82. No tenemos la eva-

luación de aquellos sujetos que abandonaron tratamiento, fueron derivados a otros centros o cambiaron de terapeuta.

A los tres meses fueron evaluadas 6 personas de las que no teníamos datos de abstinencia en el consumo de cocaína (porque no realizaron los controles de orina), pero consideramos no desechar esa información porque los resultados de evolución y tasas de abstinencia se utilizan de forma independiente en una parte del estudio.

### Tratamiento estadístico

Se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 14.0). Se realizaron análisis de frecuencias, tablas de contingencia con el estadístico Chi cuadrado y análisis discriminante, utilizando el método de introducción por pasos sucesivos.

## Resultados

El 66,6% (n = 68) de la muestra presenta una puntuación TB superior a 84 en al menos una de las escalas de los patrones básicos de personalidad o en las escalas de personalidad patológica. Por lo tanto, este es el porcentaje de la muestra que tiene probabilidad de presentar un trastorno de la personalidad. Además, según Millon, una TB superior a 84 también indica severidad en el trastorno.

El 33,8% tiene una puntuación superior a 85 en solo una de las escalas, el 30,8% en dos de las escalas, el 25% en tres escalas, y el 10,4% restante tiene una puntuación superior a 84 en más de tres escalas.

Las escalas básicas de la personalidad en las que un mayor número de sujetos tienen una TB superior a 84 son (tabla 1): la pasivo/agresiva, un 33,3% (n = 34); la antisocial, un 22,5% (n = 23); y la narcisista, un 18,6% (n = 19). En las escalas de personalidad patológica destaca la escala límite, con un 7,8% de la muestra (n = 8).

El siguiente análisis que realizamos fue comparar a los sujetos que tienen probabilidad de presencia de algún trastorno de la personalidad (n = 68) con los que no la tienen (n = 34), en función de diversas variables sociodemográficas, características del consumo de drogas y características psicopatológicas (tablas 2, 3, 4 y 5).

Entre las variables sociodemográficas que fueron analizadas (sexo, edad, estado civil, nivel de estudios alcanzado y situación laboral al iniciar el tratamiento), ninguna ha sido estadísticamente significativa.

En las variables relacionadas con el consumo de drogas encontramos diferencias significativas entre las personas que tienen sospecha de presencia de trastor-

**Tabla 1.** Porcentaje de sujetos con una puntuación TB superior a 84 en las escalas de personalidad del MCMI-II

Escalas del MCMI-II	TB > 85	
	n	%
<b>Escalas básicas de personalidad</b>		
Esquizoide	7	6,9
Fóbica	10	9,8
Dependiente	6	5,9
Histriónica	10	9,8
Narcisista	19	18,6
Antisocial	23	22,5
Agresivo/Sádica	14	13,7
Compulsiva	3	2,9
Pasivo/Agresiva	34	33,3
Autodestructiva	11	10,8
<b>Escalas de personalidad patológica</b>		
Esquizotípica	1	1,0
Límite	8	7,8
Paranoide	3	2,9

MCMI: Inventario Clínico Multiaxial de Millon; TB: tasa base.

no de la personalidad y los que no la tienen, en varias. En los problemas derivados del consumo de cocaína, el 70,6% de las personas con sospecha de trastorno de la personalidad (n = 48) afirma que el consumo de cocaína les ha producido déficit cognitivos, frente al 47,1% (n = 16) de los que no tienen trastorno de personalidad que afirman tener dichos déficit ( $\chi^2_{(1)} = 5,368$ ,  $p < 0,05$ ). En la variable «Cuánto le ha afectado el consumo de cocaína...» en diversas áreas, encontramos diferencias significativas en las áreas de pareja y en salud mental. El 60,3% de las personas con sospecha de trastorno de la personalidad (n = 41) afirman que el consumo de cocaína les ha afectado mucho-muchísimo en sus relaciones de pareja, frente al 50,0% (n = 17) de los que no tienen trastorno de personalidad ( $\chi^2_{(2)} = 6,741$ ,  $p < 0,05$ ). Respecto a la salud mental, el 44,8% de las personas con sospecha de trastorno de la personalidad (n = 30) afirma que el consumo de cocaína ha afectado mucho-muchísimo a su salud mental, frente al 17,6% (n = 6) de los que no tienen trastorno de personalidad ( $\chi^2_{(2)} = 7,241$ ,  $p < 0,05$ ). En el resto de las variables sociodemográficas y características del consumo de drogas evaluadas no hemos encontrado diferencias significativas entre las personas con dependencia de la cocaína con y sin presencia de trastorno de la personalidad.

**Tabla 2.** Variables sociodemográficas en función de la sospecha o no de presencia de trastorno de personalidad

Variables	MCMI-II				$\chi^2$
	TB < 85		TB ≥ 85		
	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>					
Hombre	30	88,2	57	83,8	0,352
Mujer	4	11,8	11	16,2	
<b>Edad</b>					
De 18 a 30 años	15	44,1	36	52,9	0,706
De 31 años en adelante	19	55,9	32	47,1	
<b>Estado civil</b>					
Soltero	16	47,1	48	70,6	5,765
Casado/en pareja	10	29,4	13	19,1	
Otros	8	23,5	7	10,3	
<b>Nivel de estudios</b>					
Estudios primarios	8	23,5	15	22,1	2,291
ESO 1ª etapa/EGB/FPI	21	61,8	34	50,0	
ESO 2ª etapa/BUP/Bachiller/Estudios Universitarios	5	14,7	19	27,9	
<b>Situación laboral al empezar tratamiento</b>					
Trabajando	21	61,8	32	47,1	2,032
En paro	10	29,4	29	42,6	
Otros	3	8,8	7	10,3	

MCMI: Inventario Clínico Multiaxial de Millon; TB: tasa base.

**Tabla 3.** Variables relacionadas con el consumo de drogas en función de la sospecha de presencia o no de trastorno de la personalidad

Variables	MCCI-II				$\chi^2$
	TB < 85		TB ≥ 85		
	n	%	n	%	
Edad primer consumo					
Entre 14 y 17 años	8	23,5	21	30,9	0,647
Entre 18 y 24 años	21	61,8	37	54,4	
25 años o más	5	14,7	10	14,7	
Frecuencia consumo					
Menos de una vez a la semana	7	20,6	8	11,8	2,159
Una o más veces a la semana	14	41,2	25	36,8	
Diariamente	13	38,2	35	51,5	
Vía principal consumo					
Esnifada	29	85,3	50	73,5	2,087
Fumada	3	8,8	8	11,8	
Inyectada	2	5,9	10	14,7	
¿Consumió heroína en alguna ocasión?					
No	26	76,5	46	67,6	0,850
Sí	8	23,5	22	32,4	
¿Realizó tratamientos previos?					
No	17	50,0	38	55,9	0,316
Sí	17	50,0	30	44,1	
Urgencias hospitalarias por consumo de drogas					
No	31	91,2	51	76,1	3,348
Sí	3	8,8	16	23,9	
Problemas derivados del consumo					
Cardiovasculares					
No	31	91,2	63	92,6	0,068
Sí	3	8,8	5	62,5	
Derivados de la vía de consumo utilizada					
No	18	52,9	33	48,5	0,176
Sí	16	47,1	35	51,5	
Trastornos depresivos					
No	10	29,4	23	33,8	0,202
Sí	24	70,6	45	66,2	
Trastornos de ansiedad					
No	9	26,5	19	27,9	0,025
Sí	25	73,5	49	72,1	
Déficit cognitivos					
No	18	52,9	20	29,4	5,368*
Sí	16	47,1	48	70,6	
¿Cuánto te ha afectado el consumo de cocaína a...?					
Ámbito laboral					
Nada-casi nada	5	14,7	15	22,1	1,431
Poco-bastante	13	38,2	19	27,9	
Mucho-muchísimo	16	47,1	34	50,0	
Amistades					
Nada-casi nada	9	26,5	13	19,1	1,662
Poco-bastante	17	50,0	31	45,6	
Mucho-muchísimo	8	23,5	24	35,3	
Familia					
Nada-casi nada	7	20,6	6	8,8	3,154
Poco-bastante	10	29,4	19	27,9	
Mucho-muchísimo	17	50,0	43	63,2	
Pareja					
Nada-casi nada	1	2,9	10	14,7	6,741*
Poco-bastante	16	47,1	17	25,0	
Mucho-muchísimo	17	50,0	41	60,3	
Salud física					
Nada-casi nada	6	17,6	21	30,9	4,510
Poco-bastante	21	61,8	27	39,7	
Mucho-muchísimo	7	20,6	20	29,4	
Salud mental					
Nada-casi nada	7	20,6	9	13,4	7,241*
Poco-bastante	21	61,8	28	41,8	
Mucho-muchísimo	6	17,6	30	44,8	
Problemas legales					
Nada-casi nada	26	76,5	49	72,1	1,321
Poco-bastante	6	17,6	10	14,7	
Mucho-muchísimo	2	5,9	9	13,2	

MCCI: Inventario Clínico Multiaxial de Millon; TB: tasa base.\*p &lt; 0,05.

**Tabla 4.** Variables psicopatológicas en función de la sospecha de presencia o no de trastorno de la personalidad

Variables	MCMI-II				$\chi^2$
	TB < 85		TB $\geq$ 85		
	n	%	n	%	
<b>AUDIT</b>					
No presenta problemas con el alcohol	14	41,2	25	36,8	0,268
Consumos de alcohol de riesgo	16	47,1	33	48,5	
Sospecha de dependencia del alcohol	4	11,8	10	14,7	
<b>STAI</b>					
Ansiedad estado					
En la media de la población normal o por debajo	26	76,5	22	32,4	17,708***
Por encima de la media de la población normal	8	23,5	46	67,6	
Ansiedad rasgo					
En la media de la población normal o por debajo	18	52,9	14	20,6	11,020**
Por encima de la media de la población normal	16	47,1	54	79,4	
<b>BDI</b>					
No hay sospecha de depresión	33	97,1	41	60,3	15,384***
Hay sospecha de presencia de depresión	1	2,9	27	39,7	
<b>Tablas de SCL-90-R</b>					
Normal	20	58,8	13	19,1	18,227***
Témporo-mandibular	10	29,4	26	38,2	
Psiquiátrica	4	11,8	29	42,6	

AUDIT: Trastornos por Uso de Alcohol; BDI: Inventario de depresión de Beck; MCMI: Inventario Clínico Multiaxial de Millon; SCL-90-R: Cuestionario de 90 síntomas revisado; STAI: Inventario de ansiedad estado-rasgo; TB: tasa base.  
\*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001

**Tabla 5.** Puntuaciones medias en las escalas del SCL-90-R

Escalas del SCL-90-R	MCMI-II				t
	TB < 85		TB $\geq$ 85		
	Media	DT	Media	DT	
Somatización	0,42	0,44	0,76	0,71	-2,592*
Obsesión/compulsión	0,62	0,54	1,15	0,71	-3,794***
Sensibilidad interpersonal	0,51	0,55	0,96	0,70	-3,229**
Depresión	0,53	0,49	1,21	0,78	-4,614***
Ansiedad	0,40	0,44	0,88	0,76	-3,414**
Hostilidad	0,32	0,38	0,78	0,71	-3,479**
Ansiedad fóbica	0,21	0,28	0,51	0,62	-2,655**
Ideación paranoide	0,55	0,57	1,06	0,60	-4,081***
Psicoticismo	0,31	0,37	0,46	0,35	-4,374***
Índice general sintomático	0,46	0,35	0,95	0,56	-4,676***
Total de síntomas positivos	27,35	15,52	44,57	18,07	-4,747***
Índice de malestar	1,48	0,41	1,90	0,53	-4,049***

DT: desviación típica; MCMI: Inventario Clínico Multiaxial de Millon; SCL-90-R: Cuestionario de 90 síntomas revisado; TB: tasa base.  
\*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001.

En el grupo de variables psicopatológicas que hemos evaluado es donde hemos encontrado un mayor número de diferencias significativas entre ambos grupos. En ansiedad estado, el 67,6% de las personas con trastorno de la personalidad (n = 46) tienen una pun-

tuación por encima de la media de la población general, frente al 23,5% (n = 8) de los que no tienen trastorno de personalidad ( $\chi^2_{(1)} = 17,708$ , p < 0,001). En ansiedad rasgo, el 79,4% de las personas con trastorno de la personalidad (n = 54) tiene una puntuación por



encima de la media de la población general, frente al 47,1% (n = 16) de los que no tienen trastorno de personalidad ( $\chi^2_{(1)} = 11,020$ ,  $p < 0,01$ ).

En el BDI utilizamos el punto de corte de 19 señalado por Beck et al<sup>36</sup> para establecer la sospecha de presencia de depresión. El 39,7% de las personas con trastorno de la personalidad (n = 27) presenta sospecha de depresión, frente al 2,9% (n = 1) de los que no tienen trastorno de personalidad ( $\chi^2_{(1)} = 15,384$ ,  $p < 0,001$ ).

Con el SCL-90-R analizamos dos aspectos. En primer lugar, comparamos ambos grupos en función de las tablas de población en las que se sitúan (normal, témporo-madibular y psiquiátrica), y a continuación comparamos las puntuaciones medias de ambos grupos en las distintas escalas de este cuestionario. El 42,6% de las personas con trastorno de la personalidad (n = 29)

se sitúan en la tabla de población psiquiátrica (sujetos con patología psiquiátrica franca, probablemente encuadrable en un diagnóstico psiquiátrico específico<sup>35</sup>), frente al 11,8% (n = 4) de los que no tienen trastorno de personalidad ( $\chi^2_{(1)} = 18,277$ ,  $p < 0,001$ ). En todas las escalas del SCL-90-R se han obtenido diferencias significativas, siendo superior la puntuación media de las personas dependientes de la cocaína con sospecha de trastorno de personalidad en todas ellas (tabla 5): en somatización las medias son 0,42 (desviación típica [DT] = 0,44) y 0,76 (DT = 0,71) ( $t_{(100)} = -2,592$ ;  $p < 0,05$ ); en obsesión/compulsión 0,62 (DT = 0,54) y 1,15 (DT = 0,71) ( $t_{(100)} = -3,794$ ;  $p < 0,001$ ); en sensibilidad interpersonal 0,51 (DT = 0,55) y 0,96 (DT = 0,70) ( $t_{(100)} = -3,229$ ;  $p < 0,01$ ); en depresión 0,53 (DT = 0,49) y 1,21 (DT = 0,78) ( $t_{(100)} = -4,614$ ;  $p < 0,001$ ); en ansiedad

**Tabla 6.** Sospecha de presencia de trastornos de la personalidad y consumo de cocaína a los 3 (n = 88) y 6 (n = 83) meses de la evaluación inicial

	Inferior a 85		Superior o igual a 85		$\chi^2$
	n	%	n	%	
Consumo a los 3 meses de la evaluación					
No	15	51,7	36	61,0	0,689
Sí	14	48,3	23	39,0	
Consumo a los 6 meses de la evaluación					
No	8	30,8	24	42,1	0,969
Sí	18	69,2	33	57,9	

**Tabla 7.** Evaluación realizada por el terapeuta en la evaluación inicial (n = 97), a los 3 meses (n = 94) y a los 6 meses (n = 82)

	Inferior a 85		Superior o igual a 85		t
	Media	DT	Media	DT	
<b>En el momento de la evaluación inicial</b>					
Psicopatología	1,25	0,84	1,67	0,90	-2,237*
Área familiar/social	1,34	1,09	1,70	1,11	-1,521
Área laboral	1,06	1,08	1,45	1,19	-1,491
Área judicial	0,28	0,81	0,50	0,90	-1,199
<b>A los tres meses de la evaluación inicial</b>					
Psicopatología	0,83	0,82	1,25	0,93	-2,109*
Área familiar/social	0,87	0,80	1,30	1,11	-1,914
Área laboral	0,62	0,86	1,29	1,22	-2,637*
Área judicial	0,19	0,74	0,44	0,87	-1,367
<b>A los seis meses de la evaluación inicial</b>					
Psicopatología	0,84	0,85	1,36	0,89	-2,490*
Área familiar/social	1,00	1,15	1,45	1,28	-1,526
Área laboral	0,88	1,30	1,39	1,26	-1,670
Área judicial	0,12	0,61	0,45	0,82	-1,769

DT: desviación típica.

\* $p < 0,05$ .

0,40 (DT = 0,44) y 0,88 (DT = 0,76) ( $t_{(100)} = -3,414$ ;  $p < 0,01$ ); en hostilidad 0,32 (DT = 0,38) y 0,78 (DT = 0,71) ( $t_{(100)} = -3,479$ ;  $p < 0,01$ ); en ansiedad fóbica 0,21 (DT = 0,28) y 0,51 (DT = 0,62) ( $t_{(100)} = -2,655$ ;  $p < 0,01$ ); en ideación paranoide 0,55 (DT = 0,57) y 1,06 (DT = 0,60) ( $t_{(100)} = -4,081$ ;  $p < 0,001$ ) y en psicoticismo 0,31 (DT = 0,37) y 0,46 (DT = 0,35) ( $t_{(100)} = -4,374$ ;  $p < 0,001$ ). En los índices generales el resultado es el mismo. En IGS las medias son 0,46 (DT = 0,35) y 0,95 (DT = 0,56) ( $t_{(100)} = -4,676$ ;  $p < 0,001$ ), en el TSP 27,35 (DT = 15,52) y 44,57 (DT = 18,07) ( $t_{(100)} = -4,747$ ;  $p < 0,001$ ) y en eIIM 1,48 (DT = 0,41) y 1,90 (DT = 0,53) ( $t_{(100)} = -4,049$ ;  $p < 0,001$ ).

Otro de los aspectos que evaluamos fue la evolución de estos sujetos a los tres y seis meses de la evaluación inicial (tablas 6 y 7). Como criterio utilizamos el mantenimiento de la abstinencia en el consumo de cocaína y la evaluación que realiza el terapeuta en el momento de la evaluación inicial, a los tres y a los seis meses de la misma. En el mantenimiento de la abstinencia no hay diferencias significativas entre el grupo de personas dependientes de la cocaína con trastorno de personalidad y el grupo sin trastorno de personalidad. Respecto a la evaluación que realiza el terapeuta hay diferencias significativas en el área psicopatológica en la evaluación inicial, a los tres y a los seis meses. En los tres casos, los terapeutas consideran que los sujetos con sospecha de trastorno de la personalidad tienen un peor funcionamiento en el área psicopatológica: en el momento de la evaluación inicial los sujetos con una TB inferior a 85 tienen una puntuación media de 1,25 (DT = 0,84) y los de una TB superior a 84 de 1,67 (DT = 0,90) ( $t_{(95)} = -2,237$ ;  $p < 0,05$ ). A los tres meses de la evaluación inicial los sujetos con una TB inferior a 85 tienen una puntuación media de 0,83 (DT = 0,82) y los de una TB superior a 84 tienen de 1,25 (DT = 0,93) ( $t_{(92)} = -2,109$ ;  $p < 0,05$ ). A los seis meses de la evaluación inicial los sujetos con una TB inferior a 85 tienen una puntuación media de 0,84 (DT = 0,85) y los de una TB superior a 84 de 1,36 (DT = 0,89) ( $t_{(80)} = -2,490$ ;  $p < 0,05$ ). También hay diferencias significativas en el área de funcionamiento laboral a los tres meses de la

**Tabla 9.** Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas

	Función
Por mis problemas con el consumo de cocaína mi relación de pareja se ha visto afectada	-0,384
STAI estado	0,616
BDI	0,636

BDI: Inventario de depresión de Beck; STAI: Inventario de ansiedad estado-rasgo.

evaluación inicial, los sujetos con una TB inferior a 85 tienen una puntuación media de 0,62 (DT = 0,86) y los de una TB superior a 84 de 1,29 (DT = 1,22) ( $t_{(85)} = -2,637$ ;  $p < 0,05$ ). Por lo tanto, las personas con trastorno de personalidad tienen un peor funcionamiento en el área laboral a los tres meses.

El análisis discriminante que realizamos, utilizando como variable de agrupación la presencia o no de un trastorno de personalidad (tablas 8, 9 y 10) sobre las variables analizadas en el estudio, señala que con la puntuación en las variables STAI estado, BDI y problemas en la relación de pareja derivados del consumo de cocaína podemos clasificar correctamente (presencia-ausencia de trastorno de personalidad) al 75,5% de los sujetos evaluados (Lambda de Wilks = 0,694,  $\chi^2 = 35,961$ ;  $p < 0,001$ ).

## Discusión

El 66,6% de las personas con dependencia de la cocaína que están en tratamiento y que hemos evaluado para el presente estudio tienen una puntuación TB superior a 84 en al menos una de las escalas de personalidad del MCMI-II. Entre las escalas básicas de personalidad destacan la pasivo-agresiva y la antisocial, y entre las escalas de personalidad patológica destaca la escala límite.

Este porcentaje de trastornos de personalidad es similar al encontrado en otros estudios que han utilizado instrumentos de evaluación diferentes. Weiss et al<sup>6</sup>, utilizando como instrumento de evaluación la entrevista

**Tabla 8.** Variables incluidas en el análisis

	Tolerancia	F para salir	Lambda de Wilks
STAI estado	0,812	10,206	0,789
BDI	0,787	10,556	0,769
Por mis problemas con el consumo de cocaína mi relación de pareja se ha visto afectada	0,897	4,137	0,723

BDI: Inventario de depresión de Beck; STAI: Inventario de ansiedad estado-rasgo.

**Tabla 10.** Porcentaje de sujetos clasificados correctamente en las variables significativas del análisis discriminante (con o sin trastorno de personalidad)

¿Tiene algún trastorno de personalidad? (TB superior a 84)?	Grupo de pertenencia pronosticado		Total
	No	Sí	
No (%)	76,5	23,5	100,0
Sí (%)	25,0	75,0	100,0

Clasificados correctamente el 75,5% de los casos agrupados originales. TB: tasa base.

diagnóstica para trastornos de personalidad SCID-II, obtuvieron que el 74% de las personas con dependencia de la cocaína tienen, al menos, un trastorno de personalidad. Sonne y Brady<sup>7</sup> también utilizaron la SCID-II y encontraron que el 66,7% de los sujetos de una muestra con dependencia de la cocaína cumple los criterios de, al menos, un trastorno de personalidad. Sanz y Larrazabal<sup>11</sup> utilizando el IPDE (*International Personality Disorder Examination*)<sup>37</sup> encontraron en personas con dependencia de la cocaína que un 64% presentaba trastornos de personalidad, de los que el 59,1% presenta más de uno. En nuestro estudio el 66,2% presenta más de un trastorno de personalidad.

La destacada prevalencia del trastorno pasivo-agresivo en el presente estudio (denominado más recientemente como trastorno negativista) también coincide con los resultados de estudios previos<sup>14,19,23,24,27,28</sup>. Una posible explicación a estos altos porcentajes la encontramos en el estudio publicado recientemente de Pedrero et al<sup>38</sup>.

Otro de los análisis que realizamos fue determinar si hay diferencias entre el grupo de personas con sospecha de trastorno de personalidad y sin presencia de dicho trastorno, en función de las características sociodemográficas, de consumo y psicopatológicas. No encontramos diferencias en ninguna de las variables sociodemográficas evaluadas. Respecto a las características del consumo de drogas, encontramos que las personas con trastorno de personalidad consideran que el consumo de cocaína les ha causado más problemas a nivel cognitivo, y les ha afectado más en las relaciones de pareja y en su salud mental, que las personas que no presentan trastorno de personalidad.

Las variables en las que encontramos más diferencias entre ambos grupos son las psicopatológicas. Las personas con trastorno de personalidad tienen una mayor probabilidad de tener puntuaciones en ansiedad rasgo y estado por encima de la media de la población sana, sospecha de presencia de depresión evaluada con el BDI, situarse en las tablas de población psiquiátrica del SCL-90-R, y puntuaciones más altas en todas las escalas de síntomas que evalúan este cuestionario. No

encontramos diferencias entre ambos grupos respecto a la existencia de problemas con el consumo de alcohol.

Respecto a la presencia de nuevos consumos de cocaína a los tres y seis meses de la evaluación inicial, tampoco encontramos diferencias entre ambos grupos. Este dato no coincide con lo apuntado por Martínez y Trujillo<sup>15</sup> sobre la existencia de frecuentes recaídas en el consumo y dificultad para alcanzar la abstinencia en los consumidores con trastorno de personalidad. En cuanto a la evaluación que realiza el terapeuta en el momento de la evaluación inicial, a los tres y seis meses de la misma, el grupo de trastornos de personalidad tiene un peor funcionamiento en el área psicopatológica en los tres momentos de la evaluación, y en el área laboral a los tres meses. La existencia de un peor funcionamiento en el área psicopatológica era un dato esperable, ya que son personas que tienen probabilidad de presentar un trastorno de personalidad.

Por lo tanto, la principal aportación del presente estudio es que la asociación entre problemas con el consumo de sustancias y presencia de trastornos de personalidad no implica una evolución tan negativa en el tratamiento como señalaban estudios previos<sup>11,12,15,39</sup>. Una posible explicación es que en este caso los terapeutas conocían, debido a la evaluación que se realizó previamente, la existencia de dichos trastornos, por lo que durante el tratamiento ya actuaron sobre ellos, disminuyendo así las consecuencias negativas sobre la evolución en el tratamiento del consumo de drogas que puedan tener los trastornos de personalidad.

El análisis discriminante apunta que a partir de tres variables, puntuación de los sujetos en el BDI, en STAI estado y consecuencias del consumo de cocaína en la relación de pareja, podemos clasificarlos correctamente en el grupo de presencia de trastornos de personalidad o en el de ausencia de trastornos de personalidad en un 75,5% de los casos.

Por lo tanto, no encontramos diferencias importantes entre ambos grupos respecto a las variables sociodemográficas y características del consumo de drogas. Las principales diferencias se encuentran en las áreas psicopatológicas evaluadas, como cabía esperar, don-

de el grupo de personas con dependencia de la cocaína y sospecha de trastorno de personalidad presenta un peor funcionamiento psicopatológico. Pero también debemos destacar que las personas con trastornos de personalidad no presentan una mayor probabilidad de realizar nuevos consumos de cocaína a los tres y seis meses de la evaluación inicial. Por lo que coincidimos con el planteamiento de Marlowe et al<sup>40</sup> de que parece no haber relación entre la presencia de trastorno de personalidad y los resultados del tratamiento. En el presente estudio, las únicas variables en las que había diferencias significativas según su terapeuta a los tres y seis meses de la evaluación inicial son el funcionamiento psicopatológico (esperable debido al posible trastorno de personalidad) y el funcionamiento laboral a los tres meses, aunque ya no hay diferencias a los seis meses.

La utilización del MCMI-II para analizar la presencia de trastornos de personalidad puede ser una limitación, debido a sus limitaciones para realizar diagnósticos. Mestre et al<sup>26</sup> consideran que el MCMI-II puede estar sobreestimando la presencia de trastornos de personalidad en la población toxicómana, y aconsejan la utilización de una entrevista diagnóstica para confirmar la presencia de los trastornos de personalidad. Pero la revisión de Craig y Weinberg<sup>21</sup>, de los estudios que han utilizado el MCMI (I y II) para evaluar a suje-

tos que abusan de sustancias, consideran que las tasas de prevalencia de trastornos de personalidad que se obtienen con el MCMI son similares a las obtenidas con las entrevistas psiquiátricas estructuradas.

La ventaja de utilizar el MCMI-II es que nos permite planificar la intervención terapéutica en función de los patrones de personalidad del sujeto y detectar la posible existencia de un trastorno de personalidad que debe ser confirmado a través de una nueva evaluación con la entrevista diagnóstica específica para ese trastorno. Por lo tanto, reducimos el tiempo de evaluación y además disponemos de información para diseñar el tratamiento.

Como conclusión, este estudio muestra el importante porcentaje de personas con dependencia de la cocaína que tienen asociados uno o más trastornos de personalidad. En el presente estudio, y utilizando el MCMI-II, dos de cada tres sujetos presentan, al menos, un trastorno de personalidad. Los trastornos asociados influyen en la evolución del tratamiento, por ello debemos evaluar siempre la posible presencia de trastornos de personalidad y tenerlos en cuenta dentro del tratamiento que apliquemos.

**Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.**

## Bibliografía

1. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico DSM-IV-TR. Barcelona: Masson; 2002.
2. First MB, Gladis MM. Diagnóstico y diagnóstico diferencial de los trastornos psiquiátricos y por uso de sustancias. En: Solomon J, Zimberg S, Shollar E, editores. Diagnóstico dual. Barcelona: Ediciones Neurociencias; 1996. p. 41-56.
3. Stinson FS, Grant BF, Dawson DA, Ruan WJ, Huang B, Saha T. Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend.* 2005;80:105-6.
4. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA.* 1990;264:2511-8.
5. Calsyn DA, Saxon AJ. Personality disorder subtypes among cocaine and opioid addicts using the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Int J Addict.* 1990;25:1037-49.
6. Weiss RD, Mirin SM, Griffin ML, Gunderson JG, Hufford C. Personality disorders in cocaine dependence. *Comp Psychiat.* 1993;34:145-9.
7. Sonne SC, Brady KT. Diagnosis of personality disorders in cocaine-dependent individuals. *Am J Addict.* 1998;7:1-6.
8. Karan LD, Haller DL, Schnoll SH. Cocaine and stimulants. En: Frances RJ, Miller SI, editors. *Clinical textbook of addictive disorders.* New York: The Guilford Press; 1998. p. 168-201.
9. Skinstad AH, Swain A. Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2001;27:45-64.
10. Ochoa E. Cocaína y comorbilidad psiquiátrica. *Actas Esp Psiquiatr.* 2000;28:40-52.
11. Sanz J, Larrazabal A. Comorbilidad de dependencia de cocaína y trastornos de personalidad. Implicaciones clínicas y pronósticas. En: III Congreso virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2002. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/5592/>
12. Fernández JJ. Trastornos de personalidad y adicción: relaciones etiológicas y consecuencias terapéuticas. *Anales de Psiquiatría.* 2002;18:421-7.
13. Fieldman NP, Woolfolk RL, Allen LA. Dimensions of self-concept: a comparison of heroin and cocaine addicts. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 1995;21:315-26.
14. Pedrero EJ. Los trastornos de personalidad en drogodependientes desde la perspectiva de los cinco grandes factores. *Adicciones.* 2003;15:203-20.
15. Martínez JM, Trujillo HM. Tratamiento del drogodependiente con trastornos de personalidad. Madrid: Biblioteca Nueva; 2003.
16. Sánchez E. Trastornos adictivos y otros trastornos mentales. *Psiquiatría Biológica.* 2001;8:64-73.

17. Millon T. MCMI-II. Manual. Adaptación española de Ávila-Espada A, director; Jiménez F, coordinador. Madrid: TEA; 1999.
18. López A, Becoña E. Consumo de cocaína y psicopatología asociada: una revisión. *Adicciones*. 2006;18:161-96.
19. Campbell BK, Stark MJ. Psychopathology and personality characteristics in different forms of substance abuse. *Int J Addict*. 1990;25:1467-74.
20. Donat DC, Walters J, Hume A. MCMI differences between alcoholics and cocaine abusers: effect of age, sex and race. *J Per Assess*. 1992;58:96-104.
21. Craig RJ, Weinberg D. Assessing drug abusers with the MCMI: a review. *J Subst Abuse*. 1992;9:249-55.
22. McMahon RC, Kelley A, Kouzekanani K. Personality and coping styles in the prediction of dropout from treatment for cocaine abuse. *J Per Assess*. 1993;61:147-55.
23. Flynn PM, Luckey JW, Brown BS, Hoffman JA, Duntzman GH, Theisen AC, et al. Relationship between drug preference and indicators of psychiatric impairment. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1995;21:153-66.
24. Nadeau L, Landry M, Racine S. Prevalence of personality disorders among clients in treatment for addiction. *Can J Psychiatry*. 1999;44:592-6.
25. Millon T. Millon clinical multi-axial inventory manual. Minneapolis, MIN: National Computer Systems; 1982.
26. Mestre L, Risco P, Catalán A, Ibarra O. Perfiles de personalidad Millon: comparación de pacientes adictos a opiáceos y a cocaína. *Trastornos Adictivos*. 2001;3:288-9.
27. Pedrero EJ, Puerta C, Lagares A, Sáez A. Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*. 2003;5:241-55.
28. Pedrero EJ, Segura I. Los trastornos de la personalidad en drogodependientes y su relación con la dificultad de manejo clínico. *Trastornos Adictivos*. 2003;5:229-49.
29. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW, Smith-Benjamin L. Guía del usuario de la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV- SCID-I. Barcelona: Masson; 1998.
30. Saunders J, Aasland O, Babor T, de la Fuente J, Grant M. Development of the AUDIT: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*. 1993;88:791-804.
31. Contel M, Gual A, Colon J. Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones*. 1999;11:337-47.
32. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guildford Press; 1979.
33. Vázquez C, Sanz J. Fiabilidad y valores normativos de la versión española para el inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*. 1997;8:403-22.
34. Spielberger CD, Gorsuch RL, Luchene RE. *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Manual de la adaptación española. 4ª ed. Madrid: TEA Ediciones; 1971.
35. Derogatis LR. *SCL-90-R*. Cuestionario de 90 síntomas revisado. Manual. Madrid: Tea Ediciones; 2002.
36. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometrics properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*. 1988;8:77-100.
37. Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, Berger P, Buchheim P, Channabasavanna SM, et al. The international personality disorder examination. The World Health Organization/ Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:215-24.
38. Pedrero E, López-Durán A, Olivar A. El trastorno negativista de la personalidad y su relación con el abuso de sustancias. *Trastornos Adictivos*. 2006;8:22-41.
39. Nace EP, Davis CW, Gaspari JP. Axis II comorbidity in substance abusers. *Am J Psychiat*. 1991;148:118-20.
40. Marlowe DB, Kirby KC, Festinger DS, Husband SD, Platt JJ. Impact of comorbid personality disorders and personality disorder symptoms on outcomes of behavioural treatment for cocaine dependence. *J Nerv Ment Dis*. 1997;185:483-90.