

Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento

Ana López Durán y Elisardo Becoña Iglesias
Universidad de Santiago de Compostela

El objetivo es conocer, en personas con diagnóstico de dependencia de la cocaína que están en tratamiento, las prevalencias de los patrones y trastornos de personalidad que evalúa el MCMI-II y su relación con variables sociodemográficas y características del consumo. Evaluamos a 102 personas con dependencia de la cocaína que están en tratamiento en Centros de Drogodependencias de Galicia con el MCMI-II. Los resultados indican que las escalas básicas de personalidad más prevalentes son la pasivo-agresiva, la antisocial, la narcisista y la histriónica. Las escalas de personalidad patológica más prevalentes son la límite y la paranoide. Estos resultados coinciden con otros estudios realizados a nivel internacional y en nuestro país. Concluimos señalando la necesidad de realizar estudios con muestras más amplias de personas que están en tratamiento de dependencia de la cocaína y que se deben establecer criterios de inclusión específicos. También indicamos la importancia de realizar una evaluación previa a todas las personas que demandan tratamiento para planificar los objetivos del mismo.

Patterns and personality disorders in persons with cocaine dependence in treatment. The aim of the present study is to determine patterns and personality disorder in subjects under cocaine dependence treatment using MCMI-II, and their relationship with sociodemographic variables and consumption characteristics. We assess 102 subjects under cocaine dependence treatment in Drug Abuse Centers in Galicia (Spain). The results indicate that the most prevalent basic scales of personality are the passive-aggressive, antisocial, narcissism and histrionic. Borderline and paranoid scales are the most prevalent with regard to the pathological personality scales. These results coincide with other international and national studies. We conclude pointing out the necessity to carry out studies with wider cocaine dependence samples in treatment, and the specific inclusion criteria should be established in the study. We also indicate the importance of carrying out a previous assessment of all demanding treatment subjects to design the objectives of the mentioned treatment.

Los rasgos de personalidad son considerados desde el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) 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 la cultura del sujeto, tienen su inicio en la adolescencia o al inicio de la edad adulta, son estables en el tiempo y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.

La explicación de la asociación entre consumo de sustancias y trastornos de personalidad presenta algunas dificultades, ya que en muchas ocasiones se desconoce si la personalidad es la que determina el inicio en el consumo de drogas, si es el consumo de drogas el que lleva a un patrón de personalidad desadaptativo, si el consumo de drogas lo que hace es modular una serie de rasgos previos, o si son independientes los patrones de personalidad y el con-

sumo de drogas (Pedrero, 2003). Además, San (2004) apunta que la consideración de los trastornos de personalidad como categorías hace que se solapen muchos criterios diagnósticos, entre distintos trastornos. Es el caso del trastorno antisocial de la personalidad en el que uno de sus criterios diagnósticos es la realización de actividades ilegales donde se puede incluir el consumo de drogas.

De todas formas, esta relación ha sido ampliamente estudiada. Skinstad y Swain (2001) y San (2004) concluyen que los trastornos de personalidad más frecuentes entre consumidores de sustancias son, en primer lugar, los trastornos que pertenecen al cluster B, concretamente el límite y el antisocial; en segundo lugar, los del cluster C, trastorno por evitación, pasivo-agresivo y obsesivo-compulsivo; y, en tercer lugar, el cluster A, destacando el esquizoide. Fernández (2002) explica la asociación entre los trastornos de personalidad y el consumo de drogas desde la función que cumpliría el consumo de drogas en determinados trastornos: desinhibición del comportamiento para los trastornos antisocial y límite; para reducir el estrés en los trastornos por evitación, por dependencia, esquizotípico y límite; y por la sensibilidad a la recompensa en el histriónico y narcisista. A partir de esta hipótesis se aventura a plantear que las drogas se pueden clasificar según cumplan mejor una función u otra: los estimulantes están más relacio-

nados con la sensibilidad a la recompensa, y el alcohol o la heroína con la reducción del estrés.

Respecto a las características que diferencian a los consumidores de sustancias con y sin trastorno de personalidad, Nace, Davis y Gaspari (1991) y Fernández (2002) consideran que los sujetos con trastorno de personalidad consumen sustancias ilegales con más frecuencia; tienen un patrón de consumo de alcohol diferente, son más compulsivos y lo usan para manejar su estado de ánimo e incrementar su funcionamiento; presentan más problemas psicopatológicos; más impulsividad; una menor satisfacción con sus vidas y un mayor aislamiento. Martínez y Trujillo (2003) recogen las consecuencias de la presencia de trastornos de personalidad en los consumidores de drogas si no se aborda el tratamiento 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.

Nace et al (1991) estiman en un 57% el porcentaje de consumidores de sustancias psicoactivas que tienen al menos un trastorno de personalidad. Según apunta Verheul (2001), la prevalencia de los trastornos de personalidad en sujetos normales oscila entre un 10 y un 15%, en sujetos consumidores de drogas en tratamiento entre un 35 y un 73% y en sujetos que son pacientes psiquiátricos oscila entre un 40 y un 85%.

En el caso concreto de la asociación entre trastornos de la personalidad y consumo de cocaína, los porcentajes de prevalencia señalados por los estudios son muy altos. Para Calsyn y Saxon (1990) la tasa asciende hasta el 97% en consumidores de cocaína en tratamiento ambulatorio. Para Weiss, Mirin, Griffin, Gunderson y Hufford (1993) un 74% de los consumidores de cocaína en tratamiento presentan al menos un trastorno de personalidad, y un 69% de éstos los mantienen tanto en períodos de abstinencia como de consumo. Sonne y Brady (1998) señalan que un 66,7% cumplen el criterio de trastorno de personalidad en el momento de entrada en tratamiento, y el 51% lo cumple tras doce semanas de tratamiento. Karan, Haller y Schnoll (1998) 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 (2001) recogen porcentajes de asociación entre el 30 y el 70%; Ochoa (2000) porcentajes entre el 50 y el 74%. Sanz y Larrazabal (2002) señalan, en un estudio realizado con una muestra española, un 64,3% de prevalencia. Conviene señalar que la prevalencia de los trastornos de personalidad en la población normal en nuestro entorno se sitúan entre el 10-15% (Fernández, 2002).

Como se aprecia en los datos señalados por Weiss et al (1993) y Sonne y Brady (1998), los porcentajes de prevalencia disminuyen sólo ligeramente tras un período de abstinencia, manteniéndose todavía muy altos. Por lo tanto, al contrario de lo que sucede con otros trastornos como los del estado de ánimo o de ansiedad, los trastornos de personalidad muestran una relativa estabilidad. Pero Sonne y Brady (1998) indican que es necesario un período de abstinencia en el consumo de sustancias (señalan tres semanas) antes de evaluar la presencia de trastornos de la personalidad, ya que hay síntomas asociados al uso de drogas que se solapan con determinados trastornos de personalidad. Por ejemplo, rasgos del trastorno paranoide de la personalidad con el abuso de cocaína y rasgos del trastorno límite con el síndrome de abstinencia.

Por lo tanto, se rechaza que sea el consumo de sustancias el que induce los trastornos de personalidad y que éstos disminuyan tras interrumpir el consumo de drogas. Pero sí hay que aceptar que determinados síntomas característicos de los trastornos de personalidad, como la ideación paranoide o el comportamiento excéntrico, se mantienen y se moldean por la presencia del consumo de sustancias (Fernández, 2002). Es decir, determinados rasgos de personalidad pueden destacar más por el consumo de drogas y, por lo tanto, con la abstinencia continuada también pueden atenuarse.

Craig y Weinberg (1992) realizan una revisión de estudios que han utilizado el MCMI (*Inventario Clínico Multiaxial de Millon*) para evaluar trastornos de personalidad en consumidores de drogas, y señalan uno realizado con sujetos con abuso de cocaína hospitalizados entre los que hay una alta frecuencia de trastornos de personalidad, destacando el narcisista, el antisocial, el pasivo-agresivo y el dependiente.

En España, Pedrero, Puerta, Lagares y Sáez (2003), en una muestra de 36 consumidores de cocaína en tratamiento, recogen prevalencias del 46,9% en pasivo-agresivo y en dependiente, y un 40,6% en autodestructiva, entre las escalas básicas de personalidad del MCMI-II; y del 31,3% en el límite en las escalas de personalidad patológica. Pedrero (2003), en una muestra de 52 consumidores de cocaína en tratamiento ambulatorio, encuentran en las escalas básicas de personalidad porcentajes del 40,5% en la pasivo-agresiva y en la antisocial, del 39,8% en la narcisista, y del 36,8% en la histriónica; en las escalas de personalidad patológica destaca el trastorno límite con una prevalencia del 50%.

Cuando analizamos un estudio de prevalencia de los trastornos de personalidad es fundamental tener en cuenta el instrumento de evaluación que se está utilizando. El Inventario Multiaxial de Millon (MCMI) es uno de los instrumentos más utilizados en investigación de la personalidad, pero no es un instrumento diagnóstico, por lo que para precisar si el sujeto presenta o no un trastorno de personalidad es preciso utilizar otro instrumento más específico, como las entrevistas diagnósticas del eje II del DSM-IV-TR. El MCMI es un cuestionario que evalúa la existencia de determinados patrones de personalidad, y la probabilidad de que dichos patrones constituyan un trastorno de personalidad. Millon plantea que entre la normalidad y la existencia de un trastorno de personalidad no hay diferencias cualitativas, sino cuantitativas. Hay un continuum entre la normalidad y la anormalidad (Bautista y Quiroga, 2005; Millon y Davis, 1998).

Es importante también tener en cuenta la muestra que utilizamos, ya que las tasas de prevalencia son diferentes si son consumidores de cocaína o de *crack*. Kleinman et al (1990) realizan un estudio con consumidores de *crack* y concluyen que tienen un perfil más semejante a los consumidores de heroína que a los de cocaína: trastorno antisocial (21%), pasivo-agresivo (21%) y límite (18%).

El objetivo del presente estudio es conocer las prevalencias de los patrones y síndromes que evalúa el MCMI-II y la relación de éstos con diversas características sociodemográficas y características del consumo de drogas, en una muestra de personas con dependencia de la cocaína que están en tratamiento.

Método

Participantes

Durante la realización del estudio fueron evaluados 119 sujetos que estaban en tratamiento en seis centros públicos de tratamiento

de drogodependencias de Galicia, de los cuales fueron eliminados para este estudio 17 por diversas razones. Un sujeto no cumplía los criterios para el diagnóstico de dependencia de la cocaína evaluados con la SCID-I (First, Spitzer, Gibbson y Williams, 1998), y tres sujetos superaban las 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.

La muestra fue seleccionada entre el 23 de septiembre del 2003 y el 28 de abril del 2005 en función de los siguientes criterios de inclusión: 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 semanas y un máximo de seis semanas abstinente 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

Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II), para evaluar los patrones de personalidad y determinados síndromes clínicos, en su versión española de Millon (1999). Consta de 175 ítems con respuesta dicotómica (verdadero o falso). Una puntuación TB>74 indica sospecha de presencia de un trastorno y una TB>84 indica sospecha de presencia y severidad de dicho trastorno.

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, edad del primer consumo de cocaína, años que lleva consumiendo cocaína, frecuencia en el consumo de cocaína en los 6 meses previos al inicio del tratamiento, vía principal de consumo, tiempo de abstinencia en el consumo de cocaína, realización de tratamientos previos por consumo de drogas, y si consumió heroína alguna vez en su vida.

Procedimiento

Los pacientes eran seleccionados consecutivamente por los psicólogos de los centros de drogodependencias, entre septiembre del 2003 y abril del 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.

Tratamiento estadístico

Se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 12.0). Se realizaron análisis de frecuencias y tablas de contingencia con el estadístico chi-cuadrado.

Resultados

Las frecuencias obtenidas en las escalas de patrones de personalidad y síndromes clínicos del MCMI-II son las que están reco-

gidas en la tabla 1 y en la figura 1. En las escalas básicas de personalidad destacan las siguientes escalas, en las que un mayor porcentaje de sujetos han obtenido una puntuación TB superior a 74: la pasivo-agresiva (42,2%), la antisocial (38,8%), la narcisista (35,3%) y la histriónica (32,4%). En las escalas de personalidad patológica destacan la límite (16,7%) y la paranoide (10,8%). En los síndromes clínicos de gravedad moderada destacan las escalas de abuso de drogas (50%), abuso de alcohol (21,6%), ansiedad (13,7%) e hipomanía (10,8%) y en los síndromes clínicos graves destaca el trastorno delirante (11,8%).

En el indicador de sinceridad (X) hay un 67,6% de sujetos que tienen una TB superior a 74, en el de deseabilidad (Y) hay un 25,5% y en el de alteración (Z) hay un 37,3% de los sujetos que tienen una TB superior a 74.

Tabla 1
Puntuaciones en el MCMI-II (N= 102)¹

	Puntuación igual o superior a 75 e inferior de 85		Puntuación igual o superior 85		Puntuación superior a 74 (total)	
	n	%	n	%	n	%
Escalas básicas de personalidad						
Esquizoide	4	3.9	7	6.9	11	10.8
Fóbica	10	9.8	10	9.8	20	19.6
Dependiente	22	21.6	6	5.9	28	27.5
Histriónica	23	22.5	10	9.8	33	32.4
Narcisista	17	16.7	19	18.6	36	35.3
Antisocial	16	15.7	23	22.5	39	38.8
Agresivo/Sádica	16	15.7	14	13.7	30	29.4
Compulsiva	4	3.9	3	2.9	7	6.9
Pasivo/Agresiva	9	8.8	34	33.3	43	42.2
Autodestructiva	11	10.8	11	10.8	22	21.6
Escalas de personalidad patológica						
Esquizotípica	3	2.9	1	1.0	4	3.9
Límite	9	8.8	8	7.8	17	16.7
Paranoide	8	7.8	3	2.9	11	10.8
Síndromes clínicos de gravedad moderada						
Ansiedad	12	11.8	2	2.0	14	13.7
Histeriforme	2	2.0	0	0.0	2	2.0
Hipomanía	3	2.9	8	7.8	11	10.8
Neurosis depresiva	5	4.9	1	1.0	6	5.9
Abuso de alcohol	16	15.7	6	5.9	22	21.6
Abuso de drogas	29	28.4	22	21.6	51	50.0
Síndromes clínicos graves						
Pensamiento psicótico	4	3.9	1	1.0	5	4.9
Depresión mayor	3	2.9	0	0.0	3	2.9
Trastorno delirante	9	8.8	3	2.9	12	11.8
Indicadores: TB superior a 75						
	n	%				
Indicador de deseabilidad	26	25.5				
Indicador de alteración	38	37.3				
Escala de sinceridad	69	67.6				
	Media	D.T.				
Escala de sinceridad (puntuación directa)	460.47	80.35				

¹ Sólo X <590

El siguiente paso ha sido comparar las puntuaciones obtenidas por los sujetos en las distintas escalas del MCMI-II, en función de distintas variables sociodemográficas y características del consumo de drogas: sexo, edad, edad del primer consumo de cocaína, años que lleva consumiendo cocaína, frecuencia de consumo de cocaína en los 6 meses previos al inicio del tratamiento, vía principal de consumo, tiempo de abstinencia, consumo de heroína alguna vez en la vida y realización de tratamientos previos por problemas con el consumo de drogas.

Las escalas en las que hemos obtenido diferencias significativas son las siguientes (véase tabla 2): en el índice de deseabilidad hay diferencias significativas en función del sexo, y en el índice de alteración hay diferencias en función de la vía de consumo utilizada. En las escalas básicas de personalidad se han obtenido diferencias significativas en la escala dependiente en función de la edad, en el número de años que llevan consumiendo y en la existencia de consumos de heroína en alguna ocasión. En la escala histriónica hay diferencias significativas en función del sexo. En la escala antisocial hay diferencias significativas en la variable de consumo de heroína en alguna ocasión, y en la existencia de tratamientos previos por consumo de drogas. En la escala agresivo/sádica hay diferencias significativas en función del sexo, y en la edad del primer consumo de cocaína. En la escala compulsiva hay diferencias significativas en función del sexo.

En la escala esquizotípica de personalidad patológica hay diferencias significativas en función del número de años que llevan consumiendo cocaína. En los síndromes clínicos de gravedad moderada hay diferencias significativas en función del sexo en la escala de ansiedad. En la escala de hipomanía hay diferencias significativas en función del sexo. En la escala de neurosis depresiva hay diferencias significativas en función de la existencia de consumos de heroína en alguna ocasión, y la realización de tratamientos previos por consumo de drogas. En la escala de abuso de alcohol hay diferencias significativas en función del sexo, y en la escala de abuso de drogas hay diferencias significativas en función de la existencia de consumos de heroína.

Dentro de los síndromes clínicos graves hay diferencias significativas en la escala de depresión mayor en función de la vía de consumo utilizada, y en la variable de existencia de algún consumo de heroína.

Discusión y conclusiones

En el presente estudio las escalas en las que un mayor porcentaje de sujetos en tratamiento por dependencia de la cocaína han

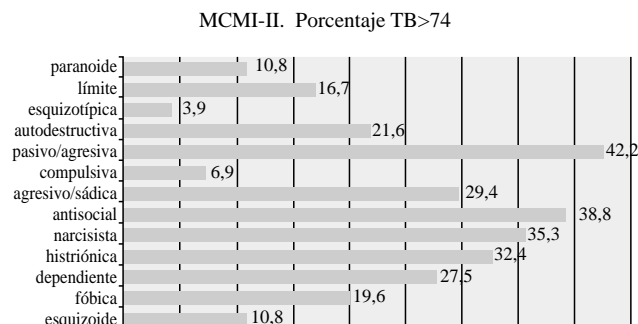


Figura 1. Porcentaje de sujetos con una puntuación TB superior a 74 en las escalas básicas de personalidad y en las escalas de personalidad patológica

Tabla 2
Diferencias significativas en las escalas del MCMI-II en función de distintas variables

		Sexo				χ ²
		Hombre		Mujer		
		n	%	n	%	
Índice de deseabilidad	< 75	68	89.5	8	10.5	4.152*
	≥ 75	19	73.1	7	26.9	
Histriónica	< 75	63	91.3	6	8.7	6.142*
	≥ 75	24	72.7	9	27.3	
Agresivo-sádica	< 75	65	90.3	7	9.7	4.827*
	≥ 75	22	73.3	8	26.7	
Compulsiva	< 75	83	87.4	12	12.6	4.749*
	≥ 75	4	57.1	3	42.9	
Ansiedad	< 75	78	88.6	10	11.4	5.710*
	≥ 75	9	64.3	5	35.7	
Hipomanía	< 75	80	87.9	11	12.1	4.611*
	≥ 75	7	63.6	4	36.4	
Abuso de alcohol	< 75	65	81.3	15	18.8	4.836*
	≥ 75	22	100	0	0.0	

		Consumo de heroína en alguna ocasión				χ ²
		No		Sí		
		n	%	n	%	
Dependiente	< 75	47	63.5	27	36.5	6.499*
	≥ 75	25	89.3	3	10.7	
Antisocial	< 75	51	81.0	12	19.0	8.525**
	≥ 75	21	53.8	18	46.2	
Neurosis depresiva	< 75	70	72.9	26	27.1	4.262*
	≥ 75	2	33.3	4	66.7	
Abuso de drogas	< 75	41	80.4	10	19.6	4.722*
	≥ 75	31	60.8	20	39.2	
Depresión mayor	< 75	72	72.7	27	27.3	7.418**
	≥ 75	0	0.0	3	100	

		Tratamientos previos por problemas con el consumo de drogas				χ ²
		No		Sí		
		n	%	n	%	
Antisocial	< 75	39	61.9	24	38.1	4.226*
	≥ 75	16	41.0	23	59.0	
Neurosis depresiva	< 75	55	57.3	41	42.7	7.460**
	≥ 75	0	0.0	6	100	

		Edad				χ ²
		De 18 a 30 años		De 30 en adelante		
		n	%	n	%	
Dependiente	< 75	31	41.9	43	58.1	7.089**
	≥ 75	20	71.4	8	28.6	

		Vía principal de consumo						χ ²
		Esnifada		Fumada		Inyectada		
		n	%	n	%	n	%	
Índice de alteración	< 75	54	84.4	7	10.9	3	4.7	8.381*
	≥ 75	25	65.8	4	10.5	9	23.7	
Depresión mayor	< 75	79	79.8	9	9.1	11	11.1	12.567**
	≥ 75	0	0.0	2	66.7	1	33.3	

		Años consumiendo cocaína								χ ²
		De 1 a 5 años		De 6 a 10 años		De 11 a 15 años		De 16 años en adelante		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Dependiente	< 75	16	21.6	12	16.2	18	24.3	28	37.8	16.163**
	≥ 75	8	28.6	14	50.0	2	7.1	4	14.3	
Esquizotípica	< 75	24	24.5	26	26.5	16	16.3	32	31.4	17.069**
	≥ 75	0	0.0	0	0.0	4	100	0	0.0	

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

obtenido una puntuación por encima de 74 en el MCMI-II, y, por lo tanto, hay probabilidad de presencia de ese trastorno de personalidad son: la pasivo-agresiva, la antisocial y la narcisista, seguidas de la histriónica y la dependiente. En estudios realizados con consumidores de cocaína en tratamiento en nuestro país, evaluados con el MCMI-II, los resultados son similares. Araque et al (2003) señalan como escalas más prevalentes la narcisista, la dependiente, la antisocial y la pasivo-agresiva. Pedrero et al (2003) señalan que los patrones más frecuentes en las escalas básicas son el pasivo-agresivo y el dependiente. Craig y Weinberg (1992) señalan como más frecuentes el narcisista, antisocial, pasivo-agresivo y dependiente.

Respecto a las escalas de personalidad patológica en las que un mayor porcentaje de sujetos tienen una TB superior a 74 y, por lo tanto, probabilidad de presencia de ese trastorno de personalidad son la límite y la paranoide. Los estudios con consumidores de cocaína revisados coinciden en señalar como más frecuentes dentro de las escalas definidas por Millon como escalas de personalidad patológica los patrones límite (Fieldman, Woolfolk y Allen, 1995; Forcada, Santos, Fons, González y Zamorano, 2001; Pedrero et al, 2003; Sanz y Larrazábal, 2002; Sonne y Brady, 1998; Weiss, Mirin, Michael y Sollogub, 1986) y paranoide (Levin, Evans, Vosburg, Horton, Brooks y Ng, 2004; Sonne y Brady, 1998). En los estudios realizados con el MCMI-II destacan el de Marlowe, Festsinger, Kirby, Rubenstein y Platt (1998), en el que las escalas de personalidad patológica en las que un mayor porcentaje de sujetos tienen una TB superior a 74 son también la límite y la paranoide, aunque los porcentajes encontrados en este estudio, 51 y 23%, respectivamente, son más altos que en el estudio que aquí presentamos. Una posible explicación es que el 88% de los sujetos de la muestra del estudio de Marlowe et al (1998) son consumidores de crack.

En el estudio realizado por Areque et al (2003) con consumidores de cocaína en tratamiento en nuestro país, los datos obtenidos son similares a los del presente estudio. El 14,3% de los sujetos tiene una TB superior a 74 en la escala límite y otro 14,3% en la escala paranoide.

En los síndromes clínicos de gravedad moderada, las escalas en las que un mayor porcentaje de sujetos tienen una TB >74 son la de abuso de drogas, abuso de alcohol, ansiedad e hipomanía. En los síndromes clínicos graves destaca el trastorno delirante.

Al comparar las puntuaciones en las distintas escalas de este cuestionario con las variables sociodemográficas y características del consumo de drogas obtuvimos que en función del sexo es más probable que sean mujeres los sujetos que obtienen una TB >74 en las escalas de personalidad básica histriónica, agresivo-sádica y

compulsiva, y en los síndromes de gravedad moderada de ansiedad e hipomanía, y en el indicador de deseabilidad. Mientras que es más probable que sean hombres los que obtienen una TB >74 en la escala de abuso de alcohol.

Respecto a la vía de consumo es más probable que los que tienen una TB >74 en la escala antisocial y en el indicador de deseabilidad utilicen la vía inyectada. Y los que tienen una TB >74 en la escala de depresión mayor es más probable que usen la vía fumada.

Los que tienen una TB >74 en el patrón antisocial, y en los síndromes de neurosis depresiva, abuso de drogas y depresión mayor, es más probable que hayan consumido heroína alguna vez en la vida. Mientras que los que tienen una TB >74 en la escala dependiente es más probable que no hayan consumido nunca heroína.

Los que tienen una TB >74 en el patrón antisocial y en la escala de neurosis depresiva es más probable que hayan realizado tratamientos previos por problemas con el consumo de drogas.

Al igual que en el estudio de Kleinman et al (1990), que señalaban que existían perfiles diferentes entre los consumidores de cocaína y los consumidores de crack, estos últimos con un perfil semejante a los consumidores de heroína, en el presente estudio también podemos concluir que hay un perfil semejante al de los consumidores de heroína. Otros estudios encuentran subtipos entre los consumidores de drogas (Muñoz, Navas, Graña y Martínez, 2006). En nuestro estudio los sujetos que utilizan como vía principal de consumo la vía inyectada, los que han consumido heroína alguna vez en su vida y los que han realizado tratamientos previos por problemas con el consumo de drogas, es más probable que tengan una TB >74 en el patrón antisocial.

En conclusión, el presente estudio confirma, en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento en distintos centros de drogodependencias, resultados previos sobre los patrones y trastornos de personalidad, aunque las muestras utilizadas sean de personas con abuso o dependencia de la cocaína, o incluso consumidores de sustancias como el crack. Sin embargo, creemos que los estudios deben de especificar en el futuro más claramente el tipo de sujetos en los que se hace la evaluación (abuso vs dependencia), el tiempo de abstinencia preciso para realizar la evaluación y la utilización de muestras adecuadas.

Por otro lado, también queremos destacar que aunque el uso del MCMI-II en el ámbito de las drogodependencias está muy extendido, su utilidad no debe limitarse a determinar la posible presencia de trastornos de personalidad. Es un cuestionario útil para valorar los patrones de personalidad de todas las personas que demandan tratamiento y así planificar los objetivos terapéuticos en función de sus características de personalidad, ya que para cada persona el consumo de sustancias tiene una función diferente.

Referencias

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson (original 2000).
- Araque, F., De los Riscos, M., De la Casa, L. y López-Torrecillas, F. (2003). Trastornos de personalidad: una comparación entre consumidores de cocaína, heroína y alcohol. *Revista Española de Drogodependencias*, 28, 315-327.
- Bautista, J. y Quiroga, E. (2005). La relevancia de un planteamiento cultural de los trastornos de la personalidad. *Psicothema*, 17, 422-429.
- Calsyn, D.A. y Saxon, A.J. (1990). Personality disorder subtypes among cocaine and opioid addicts using the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *International Journal of the Addictions*, 25, 1.037-1.049.
- Craig, R.J. y Weinberg, D. (1992). Assessing drug abusers with the MCMI: a review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 249-255.
- Fernández, J.J. (2002). Trastornos de personalidad y adicción: relaciones etiológicas y consecuencias terapéuticas. *Anales de Psiquiatría*, 18, 421-427.

- Fieldman, N.P., Woolfolk, R.L. y Allen, L.A. (1995). Dimensions of self-concept: a comparison of heroin and cocaine addicts. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21, 315-326.
- Forcada, R., Santos, P., Fons, M.R., González, G. y Zamorano, C. (2001). Trastornos de personalidad en adictos a la cocaína. *Adicciones*, 13 (sup. 1), 82-83.
- Karan, L.D., Haller, D.L. y Schnoll, S.H. (1998). Cocaine and stimulants. En R.J. Frances y S.I. Miller (eds.): *Clinical textbook of addictive disorders* (pp. 168-201). New York: The Guilford Press.
- Kleinman, P.H., Miller, A.B., Millman, R.B., Woody, G.E., Todd, T., Kemp, J. y Lipton, D.S. (1990). Psychopathology among cocaine abusers entering treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 442-447.
- Levin, F.R., Evans, S.M., Vosburg, S.K., Horton, T., Brooks, D. y Ng, J. (2004). Impact of attention-deficit hyperactivity disorder and other psychopathology on treatment retention among cocaine abusers in the therapeutic community. *Addictive Behaviors*, 29, 1.875-1.882.
- Marlowe, D.B., Festinger, D.S., Kirby, K.C., Rubenstein, D.F. y Platt, J.J. (1998). Congruence of the MCMI-II and MCMI-III in cocaine dependence. *Journal of Personality Assessment*, 71, 15-28.
- Martínez, J.M. y Trujillo H.M. (2003). *Tratamiento del drogodependiente con trastornos de personalidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Millon, T. (1999). MCMI-II. Manual (adaptación española de Ávila-Espada, A., director; Jiménez, F., coordinador). Madrid: TEA.
- Millon, T. y Davis, R.D. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Nace, E.P., Davis, C.W. y Gaspari, J.P. (1991). Axis II comorbidity in substance abusers. *American Journal of Psychiatry*, 148, 118-120.
- Ochoa, E. (2000). Cocaína y comorbilidad psiquiátrica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28, 40-52.
- Pedrero, E.J. (2003). Los trastornos de personalidad en drogodependientes desde la perspectiva de los cinco grandes factores. *Adicciones*, 15, 203-220.
- Pedrero, E.J., Puerta, C., Lagares, A. y Sáez, A. (2003). Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 5, 241-255.
- San, L. (2004). *Consenso de la SEP sobre patología dual*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Sanz, J. y Larrazábal, A. (2002). Comorbilidad de dependencia de cocaína y trastornos de personalidad. Implicaciones clínicas y pronósticas. En III Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2002. Recogido el 2 de octubre del 2003 en <http://www.psiquiatría.com/articulos/adicciones/5592/>.
- Skinstad, A.H. y Swain, A. (2001). Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 45-64.
- Sonne, S.C. y Brady, K.T. (1998). Diagnosis of personality disorders in cocaine-dependent individuals. *American Journals on Addictions*, 7, 1-6.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16, 274-282.
- Weiss, R.D., Mirin, S.M., Griffin, M.L., Gunderson, J.G. y Hufford, C. (1993). Personality disorders in cocaine dependence. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 145-149.
- Weiss, R.D., Mirin, S.T., Michael, J.L. y Sollogub, A.C. (1986). Psychopathology in chronic cocaine abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 12, 17-29.