

## **Alteraciones de la Personalidad Asociadas a las Conductas Adictivas: Influencia de la Duración del Consumo y sus Implicaciones**

### **Personality Disorders Associated With Addictive Behaviour: Examining the Influence of the Drug Addiction Course and its Implications**

Jesús Herrero  
Universidad de Salamanca

El fenómeno de la comorbilidad es un aspecto cada vez más estudiado dentro del ámbito psicopatológico. En el campo de las toxicomanías, diferentes estudios señalan una alta prevalencia de distintos trastornos de personalidad en esta población. El objetivo de la presente investigación se centró en analizar la relación existente entre distintos trastornos de personalidad y la duración de consumo de tóxicos. La muestra de sujetos consistió en 1094 toxicómanos que fueron evaluados en una unidad de rehabilitación y tratamiento (Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre). A todos los participantes se les administró individualmente la versión española del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II). Se presentan las dificultades del estudio de la relación entre duración de la adicción y personalidad, y se discute las implicaciones clínicas de este trabajo.

Comorbidity is a central aspect in current psychopathology. In the field of drug addictions, different studies have shown a high prevalence of personality disorders in this population. The goal of the present investigation was centered on analyzing the relation between different personality disorders and the consumption duration. The subjects were 1094 drug addicts that were evaluated in a rehabilitation and treatment unit (Proyecto Hombre's Therapeutic Community). Personality disorders were ascertained using the Millon Clinical Multiaxial Inventory II Spanish version (MCMI-II). The difficulties of studying the relation among duration of addiction and personality are presented, and clinical implications of study findings are discussed.

#### **Introducción**

Cuando se tiene que tomar decisiones sobre las diferentes modalidades de tratamiento o indicaciones terapéuticas para un toxicómano, se necesita considerar aspectos psicológicos y psicopatológicos que permitan un mejor ajuste a cada forma y fase del programa de rehabilitación, así como tener una aproximación a la gravedad de los síntomas y su modificación dentro de las etapas terapéuticas a seguir (Megías, 1987). Además, la evaluación y el tratamiento de los toxicómanos resulta una tarea bastante compleja, ya que el consumo de drogas suele ir acompañado de otros trastornos y síntomas que, si no son identificados y tratados adecuadamente, pueden impedir la rehabilitación (Mirin, 1984).

Durante las últimas décadas, los problemas relacionados con el uso y abuso de drogas han creado una fuerte expectativa que se ha traducido en

una variada literatura (Becoña, 1999) con la pretensión de explicar las características, causas y consecuencias del fenómeno del uso de drogas. En esta línea se ha podido observar que entre las personas que abusan de tóxicos se aprecia más frecuentemente una alta tasa de prevalencia de distintos trastornos de personalidad (Seivewright & Daly, 1997; Skodol, Oldham & Gallaher, 1999). De esta manera los trastornos de la personalidad cobran un lugar preferente en la psicología clínica debido a su alta incidencia en la población, unas veces en su apariencia sintomática diferenciada, otras en cambio de forma comórbida con otros trastornos (Millon & Everly, 1994).

Aunque algunos sujetos con problemas relacionados con el abuso de tóxicos mantienen un aceptable nivel de actividad (p.e., en las relaciones interpersonales, el trabajo y los negocios), estos trastornos causan con frecuencia un acusado deterioro y graves complicaciones. Por uso/abuso de sustancias se debe entender todas aquellas sustancias que introducidas en el organismo afectan o alteran el estado de ánimo y la conducta, acarrear trastornos incapacitantes para el consumidor en la esfera personal, laboral, social, física y familiar, y producen síntomas y estados característicos como intoxica-

---

Jesús Herrero, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. La correspondencia relativa a este artículo deberá ser dirigida al autor. Facultad de Psicología - Despacho 203, Universidad de Salamanca, Avda. La Merced 109-131. 37005 Salamanca, España. Fono: (34) 923 294500 Ext. 3313. Fax: (34) 923 294607. E-mail: [jherrero@usal.es](mailto:jherrero@usal.es)

ción, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia (Becoña, 1995). Esta definición concede importancia al abuso desde una doble perspectiva: que exista un uso continuado de la sustancia a pesar de las consecuencias negativas que ello acarrea para el individuo y, en segundo lugar, la importancia de los factores culturales que sirven para distinguir el “uso” del “abuso”. Lejos de mostrar en estas líneas un catálogo detallado de estos trastornos, en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2000) se constatan múltiples situaciones adversas, problemas y complicaciones, derivados del uso, abuso y dependencia de tóxicos.

El estudio de los trastornos ocasionados por el uso de sustancias ha permitido hacer grandes progresos e impulsar iniciativas prometedoras para comprender los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la dependencia de las drogas. En la actualidad, las dimensiones de los problemas asociados con el alcoholismo y otras adicciones a drogas se estudian más adecuadamente, ya que se han desarrollado instrumentos de medida acordes con los criterios diagnósticos de los diferentes tipos de trastornos producidos por el abuso de sustancias.

Llegados a este punto, un paso fundamental para optimizar la capacidad de discriminación de la evaluación es la utilización específica de criterios diagnósticos distintivos para cada uno de los atributos clínicamente relevantes en cada trastorno de personalidad. En este sentido, el modelo propuesto por Millon (Millon, 1969, 1981, 1990; Millon et al., 1999) aporta nuevos datos sobre la naturaleza de la personalidad humana, concibiéndola como un patrón profundamente incorporado y que muestra claramente rasgos cognitivos, afectivos y conductuales manifiestos que persisten por largos periodos de tiempo (Millon & Everly, 1994). Estos rasgos emergen de una compleja matriz de disposiciones biológicas y del aprendizaje experiencial. Parece obvio, por tanto, que disponer de instrumentos que muestren su utilidad en esta área sobre una población determinada es una prioridad dentro de las investigaciones en drogodependencias.

Una repercusión importante del enfoque de Millon es que permite construir instrumentos de evaluación coherentes con la teoría y con los que poner a prueba empíricamente el modelo, como el MCMI-II<sup>1</sup> (Millon, 1982, 1998), e incluso contribuir a la proposición de estrategias de tratamiento de los

trastornos de la personalidad (Millon, 1990; Millon, Everly & Davis, 1993), explorando el nexo psicopatología y psicoterapia.

El repaso de la literatura científica sobre drogodependencias sugiere, entre otras cosas, la existencia de una pronunciada variabilidad individual en cuanto a la sensibilidad inicial a los efectos de determinadas sustancias (Nathan, 1988). Por ejemplo, algunos individuos que beben por primera vez apenas presentan síntomas de intoxicación al cabo de tres o cuatro copas, mientras que otros de peso similar y que también se inician bebiendo pueden presentar “descoordinación motora y lenguaje farfullante” (APA, 1995, p. 184). De la misma manera, la historia de consumos de uno o varios tóxicos puede ejercer una influencia diferencial sobre los sujetos y la aparición de trastornos psicopatológicos con el paso del tiempo. En este sentido, el objetivo de nuestra investigación fue tratar de determinar si la mayor o menor extensión de la historia toxicológica de los sujetos ejerce efectos diferenciales o no sobre la gravedad del patrón de trastornos de la personalidad y de qué manera. Especialmente importante en esta investigación es el empleo de una muestra amplia y diversa de sujetos politoxicómanos, a diferencia de estudios previos focalizados en una única sustancia de uso y abuso.

## Método

### *Sujetos*

Las personas que participaron en esta investigación fueron 913 varones (83.46%) y 181 mujeres (16.54%) de un total de 1094 sujetos, procedentes todos ellos de dos comunidades terapéuticas localizadas en el País Vasco; en concreto, de los programas terapéutico-educativos de la institución “Proyecto Hombre”<sup>2</sup> en Bilbao y San Sebastián. La mayoría de los sujetos eran politoxicómanos, con una dilatada historia de consumo de múltiples drogas. La edad media de los sujetos varones fue de 27 años ( $DT^3 = 5.84$ ), con un rango de

<sup>2</sup> El “Proyecto Hombre” surgió en Roma en el año 1979 de la mano de Mario Piachi y un equipo de colaboradores, en continuidad con un trabajo previo de atención a personas marginadas. Nació como un verdadero servicio de acogida a los toxicómanos y a sus familiares y sucesivamente se fue sistematizando como un programa terapéutico. En el año 1984 se inició el primer programa español en Madrid y, desde entonces, son numerosos los programas españoles que se han ido creando. Cada programa es autónomo y presenta diversos modos de organización institucional, pero todos ellos se encuentran integrados en una confederación para presentar la fidelidad a los principios que les definen y a las líneas terapéuticas fundamentales.

<sup>3</sup> Desviación Típica.

<sup>1</sup> En el contexto español existen muy pocas referencias sobre la utilización del MCMI-II en la investigación de las drogodependencias.

18 a 46; y en las mujeres 26 ( $DT = 5.55$ ), con un rango de 18 a 42. En cuanto a sus estudios, el 27.14% de los sujetos tienen estudios primarios (hasta 6° EGB aproximadamente en el contexto educativo español), mientras un 31.90% completaron el ciclo de la EGB y consiguieron el graduado escolar; un 12.38% cursaron alguna especialidad de formación profesional, un 25.24 llegaron a realizar estudios de enseñanza media (BUP, Bachillerato Unificado Polivalente), y solamente un 3.33% de los sujetos realizó estudios universitarios.

El programa terapéutico de Proyecto Hombre consta de tres etapas: acogida (donde el residente, dentro de un ambiente libre de juicios y prejuicios, tiene la oportunidad de tomar gradualmente conciencia de su propia situación y decidir qué hacer con su vida); comunidad terapéutica (el objetivo básico de la comunidad continúa siendo el autoconocimiento, partiendo de la experiencia compartida y convivencial con los otros residentes, siendo gestionada por los propios residentes mediante una estructura de roles en la que cada uno asume una responsabilidad determinada); y reinserción (que es una etapa donde se continúa el proceso de crecimiento personal en un ambiente de mayor contacto progresivo con el entorno circundante para llegar a una autonomía de vida). Las medidas para esta investigación fueron tomadas en la fase de acogida, dentro de un proceso de evaluación que permitiera confirmar el diagnóstico de abuso de sustancias así como proporcionar un diagnóstico psiquiátrico formal una vez concluido el periodo de desintoxicación.

### Procedimiento

Como hemos expuesto previamente, existe una clara necesidad de conocer la personalidad de los toxicómanos, ya que el consumo de sustancias complica la evolución<sup>4</sup> de los pacientes con trastornos mentales severos, entre ellos los trastornos de la personalidad. Este dato es de una importancia capital, ya que los pacientes con diagnóstico único de trastorno de la personalidad o de un trastorno por consumo de sustancias son los que más tienden a abandonar los tratamientos (Moliner, 2001). Es decir, en la práctica clínica la coexistencia de un trastorno de personalidad y de un trastorno por consumo de sustancias plantea problemas muy diferentes según las características individuales de los sujetos.

Tras analizar distintos instrumentos de evaluación de la personalidad, seleccionamos el Inventario Multiaxial Clínico de Millon II [MCMI-II] (Millon, 1998), por su facilidad y rapidez de aplicación, así como la posibilidad de obtener gran cantidad de información relevante sobre los sujetos. También se incluyó la presentación de una hoja de datos socio-demográficos y clínicos, así como un formulario o historial de consumo de tóxicos.

El MCMI-II es un cuestionario de personalidad cuyo objetivo es suministrar información al profesional clínico en tareas de evaluación y toma de decisiones de tratamiento sobre personas con dificultades emocionales e interpersonales (Millon, 1998). El cuestionario de Millon no es un instrumento de *screening* para ser utilizado con poblaciones consideradas "normales" o con otros propósitos que no sean la exploración diagnóstica o la evaluación clínica. Cada una de sus 22 escalas clínicas se diseñaron como una medida opera-

cional de un síndrome/trastorno derivado desde la teoría de la personalidad y la psicopatología de Theodore Millon (1976, 1981, 1986a, 1986b).

El MCMI-II consiste en 175 ítems con formato de respuesta Verdadero/Falso, que ocupa un tiempo de administración relativamente breve (de 15 a 25 minutos). Los diferentes trastornos/síndromes de mayor prevalencia en el DSM-III-R (APA, 1987) son recogidos a través de 22 escalas: 13 escalas de personalidad [Eje II DSM-III-R, APA, 1987] (Esquizoide, Fóbica, Dependiente, Histriónica, Narcisista, Antisocial, Agresivo/Sádica, Compulsiva, Pasivo/Agresiva, Autodestructiva, Esquizotípica, Límite, y Paranoide) y 9 síndromes clínicos [Eje I DSM-III-R, APA, 1987] (Ansiedad, Histeriforme, Hipomanía, Distimia, Abuso del alcohol y Abuso de las drogas, Pensamiento psicótico, Depresión mayor y Trastorno delirante). También se incluyen cuatro escalas de validez (Validez, Sinceridad, Deseabilidad y Alteración).

La construcción del test fue realizada mediante la superación progresiva de tres etapas de validación (Loevinger, 1957): a) teórico-substantiva (concordancia o respaldo con la fundamentación teórica); b) estructural-interna (comprobación de su fiabilidad y consistencia interna); y c) criterial-externa (validación mediante criterios externos, comprobando su poder discriminativo), consiguiendo en todos los casos resultados satisfactorios (Millon, 1998).

La fiabilidad del MCMI-II fue calculada mediante distintos indicadores de estabilidad para sujetos no clínicos, pacientes ambulatorios y pacientes ingresados, administrando el test dos veces a cada uno de los grupos en un intervalo de tres a cinco semanas, consiguiéndose coeficientes bastante altos y significativos en todas las escalas y apreciándose poca diferencia entre las escalas de personalidad y las de síndromes clínicos (Choca & Van Denburg, 1998; Craig & Weinberg, 1992; Millon, 1998).

### Análisis de Datos

La hoja de datos socio-demográficos y clínicos empleada en la investigación, así como el historial de consumo de tóxicos, fueron evaluados y tabulados de forma manual. En cambio, para los protocolos del MCMI-II se utilizó un sistema de análisis y corrección de tests con lectura óptica (corrección mecanizada e informática de pruebas psicotécnicas), mediante un lector DATASCAN mod. 2000.

Mediante un programa informático, desarrollado en entorno Macintosh, del lector DATASCAN, eran leídas las hojas de lectura óptica que contenían las respuestas de los sujetos a los ítems del MCMI-II. Posteriormente, eran exportadas las puntuaciones directas para cada una de las escalas del MCMI-II a una hoja de cálculo en entorno Windows. El subsiguiente proceso de corrección, conversión a puntuaciones de Tasa Base, ajuste y trazado del perfil correspondiente, se llevó a cabo con la programación de una base de datos para entorno Windows del programa FileMaker Pro versión 4.0.

Los análisis estadísticos se realizaron mediante el paquete informático SPSS® para Windows (Statistical Package for Social Sciences) versión 10.0.6 y de manera complementaria el programa StatView® versión 5.0.

A partir de la muestra de toxicómanos, hemos estudiado de forma detallada las características de los sujetos toxicómanos, tanto en el ámbito de la configuración de la personalidad como en la existencia de síndromes clínicos asociados.

<sup>4</sup> Para una revisión reciente del problema, véase el artículo de F. L. Moliner (2001).

## Resultados

El factor duración del episodio de la toxicomanía se descompuso en tres niveles: bajo (< 5 años), medio (de 6 a 10 años) y alto (> 11 años). La asignación de niveles a este factor intentó agrupar el episodio<sup>5</sup> (o extensión en el tiempo del consumo de tóxicos en general) homogéneamente dentro de cada nivel.

No se pudo contar con los 1094 participantes iniciales, sino que el número de sujetos quedó reducido a 978 debido a pérdidas de información en el momento de la recogida de datos.

En un primer análisis gráfico de los sujetos dividimos a los toxicómanos por sexos. De las medias en las escalas del MCMI-II obtenemos dos gráficos o perfiles promedios en función del género y de la máxima duración del episodio de la toxicomanía. Para

su representación gráfica, hemos convertido sus puntuaciones directas a puntuaciones TB (Tasa Base) (ver Figuras 1 y 2). En dichas figuras se muestra, para los varones, un perfil caracterizado por puntuaciones elevadas sobre las escalas 6A (Antisocial), 8A (Pasivo/Agresivo), 2 (Evitativo) y 6B (Agresivo/Sádico). También se aprecia para las escalas de Trastornos de la Personalidad (Eje II) probable<sup>6</sup> significación clínica sobre la escala C (Límite). El perfil para los trastornos del Eje I muestra elevaciones significativas sobre la escala T (Abuso de las Drogas) y probable significación clínica sobre las escalas D (Distimia) y B (Abuso del Alcohol). Estos resultados serían acordes con otros estudios donde se encuentran perfiles similares (Ávila, Herrero & Aresti, 1996; Caisyn & Saxon, 1990; Cangas & Olivencia, 2001).

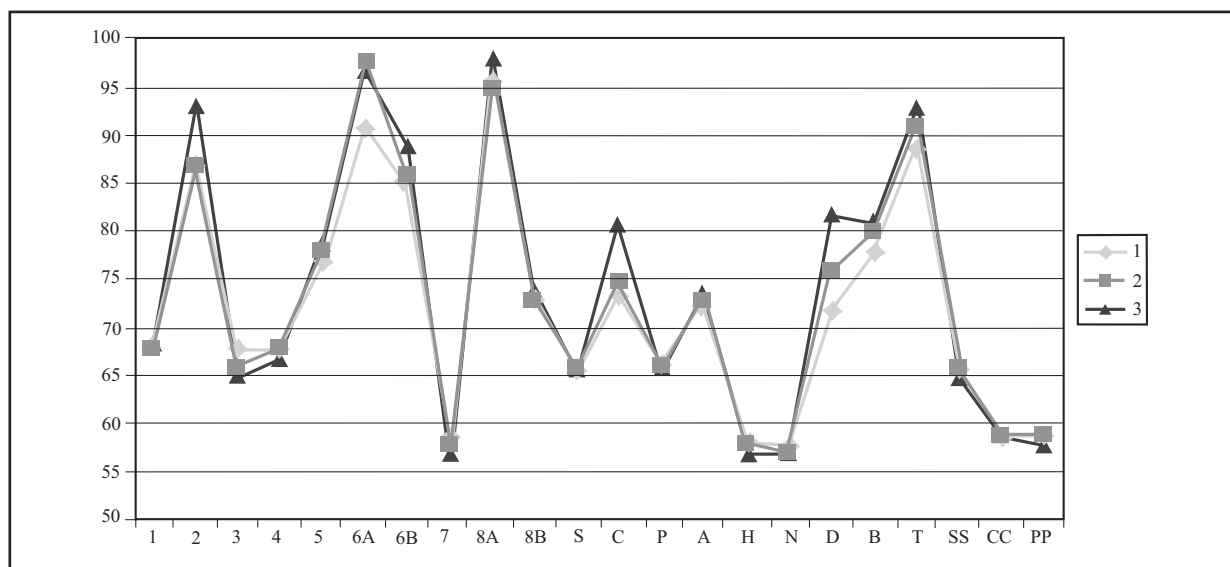


Figura 1. Perfil promedio para varones en las escalas clínicas del MCMI-II en función de la duración del episodio (la leyenda indica la duración del mismo).

Nota: 1, Episodio Corto (< 5 años,  $N = 244$ ); 2, Episodio Medio (6 a 10 años,  $N = 277$ ); 3, Episodio Largo (> 11 años,  $N = 299$ ). Escalas del MCMI-II: 1, Esquizoide; 2, Fóbica; 3, Dependiente; 4, Histriónica; 5, Narcisista; 6A, Antisocial; 6B, Agresivo/Sádico; 7, Compulsiva; 8A, Pasivo/Agresivo; 8B, Auto-Destructiva; S, Esquizotípica; C, Límite; P, Paranoide; A, Ansiedad; H, Histeriforme; N, Hipomanía; D, Distimia; B, Abuso del Alcohol; T, Abuso de las Drogas; SS, Pens. Psicótico; CC, Depresión Mayor; PP, Trast. Delirante. La puntuación 60 es la línea de corte que indica la media de los sujetos que demandan o solicitan atención psicológica; la puntuación 75 o superior (dentro del intervalo 75-84) indica probable desviación significativa de la media de referencia; y la puntuación 85 significa presencia estadísticamente significativa del trastorno contemplado en esa escala.

<sup>5</sup> Duración del episodio más reciente (Eje I), es decir, tiempo transcurrido entre la aparición del trastorno y el momento de ser evaluado. Por ejemplo, para un Trastorno de Ansiedad, entre la aparición de un ataque de pánico y la evaluación del problema por parte de un clínico puede transcurrir unas pocas semanas; en cambio, para un toxicómano el episodio de la toxicomanía puede extenderse a lo largo de muchos años.

<sup>6</sup> La probable significación clínica sobre las puntuaciones de un perfil MCMI-II se aprecia por la presencia de aquellas entre puntuaciones TB de 75 a 85.

En las mujeres (Figura 2) la distribución de puntuaciones en el MCMI-II aparece más suavizada, aunque su configuración de puntos altos es más parecida que diferente. Sólo dos datos llaman especialmente la atención: las elevaciones sobre la esca-

la 4 (Histriónica) y el mayor peso del Trastorno Límite (C) en comparación a los toxicómanos varones. De las elevaciones sobre la escala 4 es conocida la mayor prevalencia de las mujeres, en general, sobre este trastorno.

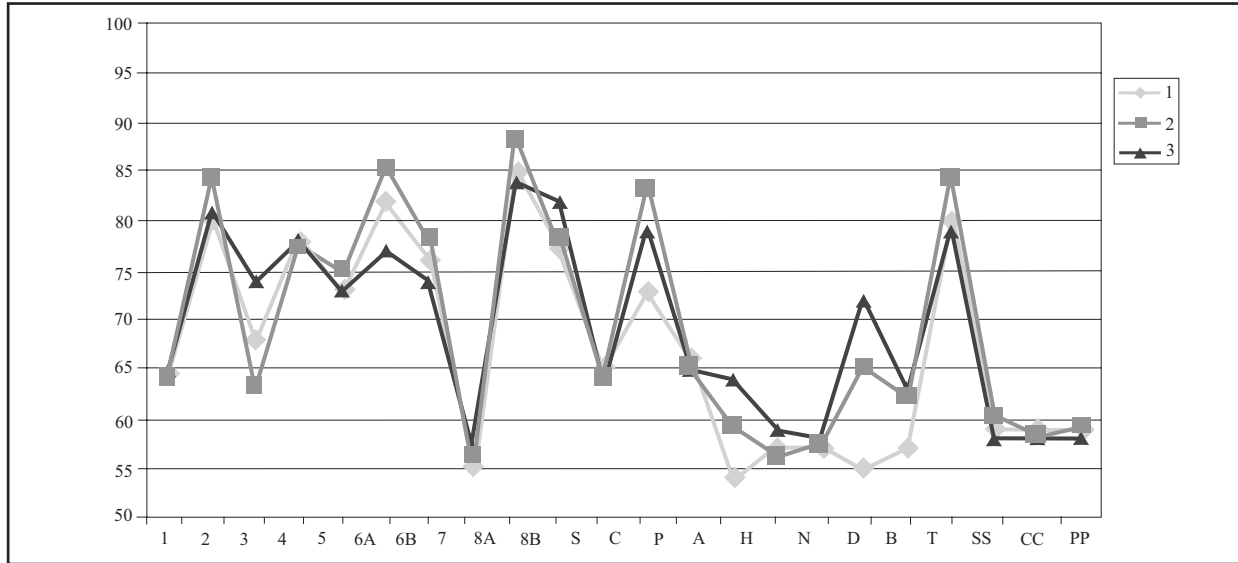


Figura 2. Perfil promedio para mujeres en las escalas clínicas del MCMI-II en función de la duración del episodio (la leyenda indica la duración del mismo).

Nota: 1, Episodio Corto (< 5 años, N = 50); 2, Episodio Medio (6 a 10 años, N = 57); 3, Episodio Largo (> 11 años, N = 51). Escalas del MCMI-II: 1, Esquizoide; 2, Fóbica; 3, Dependiente; 4, Histriónica; 5, Narcisista; 6A, Antisocial; 6B, Agresivo/Sádica; 7, Compulsiva; 8A, Pasivo/Agresiva; 8B, Auto-Destructiva; S, Esquizotípica; C, Límite; P, Paranoide; A, Ansiedad; H, Histeriforme; N, Hipomanía; D, Distimia; B, Abuso del Alcohol; T, Abuso de las Drogas; SS, Pens. Psicótico; CC, Depresión Mayor; PP, Trast. Delirante. La puntuación 60 es la línea de corte que indica la media de los sujetos que demandan o solicitan atención psicológica; la puntuación 75 o superior (dentro del intervalo 75-84) indica probable desviación significativa de la media de referencia; y la puntuación 85 significa presencia estadísticamente significativa del trastorno contemplado en esa escala.

Se llevaron a cabo una serie de contrastes de medias para determinar si existían diferencias significativas entre los sujetos en base a la duración del episodio de la toxicomanía. Tales análisis toma-

ron a varones y mujeres en un mismo grupo, pues se juzgó que los distintos tamaños muestrales estaban claramente sesgados a favor de los varones (Tabla 1).

Tabla 1  
Distribución de los sujetos por sexos para la comparación en función de la duración del episodio

Duración del Episodio	Muestra conjunta Varones y Mujeres		Muestra separada Varones y Mujeres
Corto < 5 años	N = 294	V	n = 244
		M	n = 50
Medio De 6 a 10 años	N = 334	V	n = 277
		M	n = 57
Largo > 11 años	N = 350	V	n = 299
		M	n = 51



En el primero de los contrastes de diferencias de medias (Tabla 2) en el grupo de toxicómanos en función de la duración baja ( $N = 294$ ) y media ( $N = 334$ ) del episodio, no se obtuvieron diferencias significativas, excepto en las escalas Dependiente ( $t = 2.47, p = 0.013$ ), Antisocial ( $t = -2.21, p = 0.027$ ) y Agresivo/Sádica ( $t = -2.09, p = 0.036$ ), para las escalas de trastornos de la personalidad, y las escalas Abuso del Alcohol ( $t = -3.25, p = 0.001$ ) y Abuso de las Drogas ( $t = -2.40, p = 0.016$ ), para las escalas de síndromes clínicos. Lógicamente, era esperado que al menos se manifestaran diferencias en estas dos últimas escalas.

En el contraste de diferencias de medias en el grupo de toxicómanos en función de la duración baja ( $N = 294$ ) y media ( $N = 334$ ) del episodio, curiosamente sólo se obtuvieron diferencias significativas para la escala Compulsiva ( $t = -2.32, p = 0.020$ ), den-

tro de las escalas de trastornos de la personalidad; no se apreciaron diferencias para las escalas de síndromes clínicos (ver Tabla 3).

El último contraste de diferencias de medias (Tabla 4) entre los grupos bajo y alto de duración del episodio ( $N = 294$  y  $350$ , respectivamente), se encontraron diferencias estadísticamente significativas para gran parte de las escalas. En concreto, dentro de los trastornos de la personalidad se encontraron diferencias sobre las escalas Esquizoide ( $t = -2.28, p = 0.023$ ), Narcisista ( $t = -2.15, p = 0.031$ ), Agresivo/Sádica ( $t = -2.39, p = 0.017$ ), Compulsiva ( $t = -3.13, p = 0.002$ ), Masoquista ( $t = -2.13, p = 0.002$ ) y Límite ( $t = -2.35, p = 0.019$ ). Y dentro de los síndromes clínicos, encontramos diferencias significativas sobre las escalas Distimia ( $t = -2.64, p = 0.008$ ), Abuso del Alcohol ( $t = -4.36, p = 0.001$ ) y Abuso de las Drogas ( $t = -2.86, p = 0.004$ ).

Tabla 2

*Análisis de las diferencias de medias (Prueba t) entre los grupos bajo y medio en duración del episodio. Escalas del MCMI-II*

Escalas	Media	DT	Media	DT	Difer.	t	Sign.
1	22.46	7.53	22.75	7.75	-0.29	-0.473	0.635
2	32.04	11.21	32.56	12.63	-0.52	-0.541	0.588
3	29.01	7.81	27.48	7.65	1.53	2.473	0.013*
4	35.24	10.08	35.14	9.44	0.10	0.128	0.897
5	40.11	10.41	40.93	9.71	-0.83	-1.028	0.304
6A	42.72	11.48	44.69	10.68	-1.96	-2.216	0.027*
6B	38.78	10.88	40.51	9.76	-1.73	-2.097	0.036*
7	31.6	7.23	32.09	7.68	-0.48	-0.811	0.417
8A	39.07	12.63	40.15	13.11	-1.07	-1.042	0.297
8B	28.35	10.34	28.63	11.13	-0.29	-0.334	0.738
S	25.09	10.79	25.43	11.91	-0.34	-0.375	0.707
C	47.36	15.1	49.15	16.21	-1.79	-1.425	0.154
P	31.52	9.94	32.08	10.08	-0.57	-0.707	0.479
A	13.96	9.36	14.46	9.94	-0.50	-0.640	0.521
H	16.64	8.19	16.82	9.14	-0.19	-0.269	0.788
N	27.91	8.92	27.84	9.11	0.08	0.110	0.912
D	23.88	12.41	25.31	13.63	-1.44	-1.374	0.169
B	29.33	7.97	31.43	8.23	-2.11	-3.251	0.001*
T	48.64	11.7	50.82	10.98	-2.18	-2.405	0.016*
SS	18.64	8.21	19.64	9.39	-1.00	-1.413	0.158
CC	16.66	9.85	17.25	10.72	-0.59	-0.720	0.471
PP	14.56	5.78	14.96	6.05	-0.40	-0.850	0.395

*Nota:* Datos relativos a muestra de toxicómanos. Grupo bajo ( $N = 294$ ); Grupo medio ( $N = 334$ ).

\* Diferencias significativas

Tabla 3

*Análisis de las diferencias de medias (Prueba t) entre los grupos medio y alto en duración del episodio. Escalas del MCMI-II*

Escalas	Media	DT	Media	DT	Difer.	t	Sign.
1	22.75	7.75	23.85	7.91	-1.11	-1.846	0.065
2	32.56	12.63	33.62	12.05	-1.06	-1.123	0.262
3	27.48	7.65	28.65	8.67	-1.17	-1.871	0.062
4	35.14	9.44	35.26	9.42	-0.13	-0.173	0.862
5	40.93	9.71	41.85	10.01	-0.91	-1.212	0.226
6A	44.69	10.68	44.02	11.13	0.67	0.801	0.423
6B	40.51	9.76	40.84	10.82	-0.33	-0.416	0.678
7	32.09	7.68	33.45	7.68	-1.37	-2.328	0.020*
8A	40.15	13.11	40.44	12.51	-0.29	-0.293	0.769
8B	28.63	11.13	30.15	10.98	-1.51	-1.791	0.074
S	25.43	11.91	26.11	11.38	-0.68	-0.761	0.447
C	49.15	16.21	50.19	15.29	-1.05	-0.870	0.385
P	32.08	10.08	32.77	9.89	-0.69	-0.900	0.368
A	14.46	9.94	15.03	9.66	-0.58	-0.769	0.442
H	16.82	9.14	17.26	8.70	-0.44	-0.644	0.519
N	27.84	9.11	28.17	8.67	-0.33	-0.486	0.627
D	25.31	13.63	26.57	13.25	-1.26	-1.226	0.221
B	31.43	8.23	32.06	7.85	-0.62	-1.013	0.311
T	50.82	10.98	51.22	11.07	-0.40	-0.474	0.636
SS	19.64	9.39	19.21	8.41	0.44	0.643	0.520
CC	17.25	10.72	18.15	10.40	-0.89	-1.107	0.269
PP	14.96	6.05	15.08	5.89	-0.12	-0.254	0.800

*Nota:* Datos relativos a muestra de toxicómanos. Grupo medio ( $N = 334$ ); Grupo alto ( $N = 350$ ).

\* Diferencias significativas

Tabla 4

*Análisis de las diferencias de medias (Prueba t) entre los grupos bajo y alto en duración del episodio. Escalas del MCMI-II*

Escalas	Media	DT	Media	DT	Difer.	t	Sign.
1	22.46	7.53	23.85	7.91	-1.40	-2.280	0.023*
2	32.04	11.21	33.62	12.05	-1.58	-1.710	0.088
3	29.01	7.81	28.65	8.67	0.36	0.542	0.588
4	35.24	10.08	35.26	9.42	-0.02	-0.032	0.974
5	40.11	10.41	41.85	10.01	-1.74	-2.157	0.031*
6A	42.72	11.48	44.02	11.13	-1.29	-1.447	0.148
6B	38.78	10.88	40.84	10.82	-2.05	-2.395	0.017*
7	31.60	7.23	33.45	7.68	-1.85	-3.130	0.002*
8A	39.07	12.63	40.44	12.51	-1.36	-1.371	0.171
8B	28.35	10.34	30.15	10.98	-1.80	-2.130	0.034*
S	25.09	10.79	26.11	11.38	-1.02	-1.159	0.247
C	47.36	15.10	50.19	15.29	-2.84	-2.358	0.019*
P	31.52	9.94	32.77	9.89	-1.25	-1.599	0.110
A	13.96	9.36	15.03	9.66	-1.07	-1.422	0.155
H	16.64	8.19	17.26	8.70	-0.63	-0.936	0.350
N	27.91	8.92	28.17	8.67	-0.25	-0.361	0.718
D	23.88	12.41	26.57	13.25	-2.70	-2.649	0.008*
B	29.33	7.97	32.06	7.85	-2.73	-4.367	0.000*
T	48.64	11.70	51.22	11.07	-2.58	-2.868	0.004*
SS	18.64	8.21	19.21	8.41	-0.56	-0.855	0.393
CC	16.66	9.85	18.15	10.40	-1.49	-1.853	0.064
PP	14.56	5.78	15.08	5.89	-0.52	-1.123	0.262

*Nota:* Datos relativos a muestra de toxicómanos. Grupo bajo ( $N = 294$ ); Grupo alto ( $N = 350$ ).

\* Diferencias significativas.

## Discusión

Nuestra hipótesis de trabajo sugiere que la gravedad de los rasgos de personalidad de las personas estudiadas varía en función de la historia de consumos. En un estudio anterior a la presente investigación, Herrero (2001/2003) estudió la relación específica entre la extensión de la toxicomanía en un grupo de pacientes y los trastornos de personalidad evaluados a través del MCMI-II de Millon, donde a mayor duración del episodio cabría esperar un patrón psicopatológico mucho más pronunciado. Los resultados pusieron de manifiesto la existencia de una relación significativa entre ambos aspectos. De esta forma, las personas adictas a drogas durante un periodo muy prolongado de tiempo obtenían puntuaciones significativamente más elevadas en trastornos de la personalidad que aquellas personas con un consumo de drogas temporalmente inferior. Estos resultados son consistentes con otros estudios que dan soporte empírico a la noción de “continuo de riesgo para la personalidad” asociado con la gravedad del abuso de las sustancias así como el tipo de drogas de abuso (Conway, Swendsen, Rounsaville & Merikangas, 2002; McGue, Slutske, & Iacono, 1999; Windle, 1991).

En el estudio presente, la hipótesis se confirma parcialmente cuando contrastamos el grupo de toxicómanos en función de la duración baja y media del episodio, y se confirma aún más cuando contrastamos el grupo de toxicómanos en función de la duración baja y alta del episodio, donde se aprecian diferencias significativas sobre gran parte de las escalas. Sin embargo, cuando contrastamos el grupo de toxicómanos en función de la duración media y alta del episodio, no se confirma la hipótesis.

Ante estos datos se podría sugerir la existencia de un “artefacto” que explicaría la diferencial covariación de los trastornos, confirmándose en aquellos sujetos con historias toxicológicas muy prolongadas o muy cortas, aunque no cuando el periodo de consumo es intermedio entre los dos anteriores.

En términos más generales, nuestros descubrimientos hablan indirectamente del valor potencial de utilizar indicadores múltiples y diversos de adicción a sustancias. La decisión de agrupar a los pacientes en función de la historia de consumos solamente, puede haber pasado por alto a algunas asociaciones potencialmente importantes entre la personalidad y la adicción a sustancias. Es más, muchas de las diferencias halladas entre los diversos tipos de adictos a sustancias pueden estar reflejan-

do el efecto de otras variables además del de la sustancia que se consume. Así lo demuestra el trabajo de Cannon, Bell, Fowler, Penk y Finkelstein (1990), quienes encontraron importantes diferencias de género, edad y etnia entre diversos grupos de adictos a sustancias. De hecho, si se controlan estas variables, las diferencias que se observan en el MCMI entre los distintos tipos de sujetos que abusan de sustancias tienden a disminuir e, incluso, a desaparecer (Donat, Walters & Hume, 1992).

Aunque las medidas de esta investigación fueron tomadas una vez concluido el periodo de desintoxicación, es otra limitación del presente estudio el desconocimiento del tiempo transcurrido entre la superación del síndrome de abstinencia en los pacientes y el momento de administración de una medida de auto-informe como el MCMI-II. Reconocemos esto como un perjuicio potencial, ya que las valoraciones podrían estar influenciadas por una sintomatología intensa en algunos pacientes. En este sentido, distintos autores han defendido que los trastornos de los Ejes I y II diagnosticados en toxicómanos refieren más las condiciones inducidas por sustancias que condiciones psicopatológicas independientes; este argumento ha sido denominado hipótesis del artefacto relacionado con la sustancia (Nace, 1989; Schuckit, 1994; Schuckit & Hesselbrock, 1994). La hipótesis sugiere que parte de la psicopatología observada en pacientes con trastornos por abuso de sustancias es un artefacto de sus problemas adictivos y es consistente con estudios que informan de una pronunciada disminución de los síntomas observados en los Ejes I y II en las primeras semanas siguientes a la interrupción del consumo de sustancias (Schuckit, 1994; Verheul, Hartgers, van den Brink & Koeter, 1998) o durante los primeros meses de tratamiento (Pettinati, Rukstalis, Luck, Volpicelli & O'Brien, 2000; Rounsaville & Kleber, 1986).

En el lado positivo, parece claro que la existencia de un trastorno de la personalidad, ya sea previo o concurrente con otro trastorno específico, implica no sólo un aumento de la vulnerabilidad general y un claro riesgo de agravamiento psicopatológico, sino incluso un peor pronóstico, una evolución más deficiente y más dificultades en la respuesta, así como más complicaciones en la implementación de programas terapéuticos (Gándara & Medina, 1998; Kosten, Kosten & Rounsaville, 1989; Seivewright & Daly, 1997). Tales condiciones generan por definición una vulnerabilidad psíquica que no sólo predispone al individuo a desarrollar un trastorno del



Eje I, sino que complica también el curso del trastorno cuando éste existe (Millon et al., 1999). Así, tratar el trastorno del Eje I sin tratar el trastorno de la personalidad es lo mismo que neutralizar los síntomas sin tratar la enfermedad. Por esta razón sería importante adecuar la intervención psicológica a los distintos trastornos que presentan estos individuos. Con tales datos se podría concluir la necesidad de que futuros estudios consigan desentrañar la comorbilidad observada entre los trastornos de los Ejes I y II con los trastornos por abuso de sustancias, lo cual podría mejorar la evaluación y establecer bases más firmes para la intervención.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico para los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Toray-Masson.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed. revisada). Washington, DC: Autor.
- Ávila, A., Herrero, J. R. & Aresti, A. (1996). Consideraciones clínicas sobre el MCMI-II en la evaluación y tratamiento de drogodependientes. En D. E. Gómez & X. L. Saburido (Dir.), *Salud y prevención. Nuevas aportaciones desde la evaluación psicológica* (pp. 157-162). Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- Becoña, E. (1995). Drogodependencias. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología*, Vol. I (pp. 493-529). Madrid: McGraw Hill.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Caisyn, D. A. & Saxon, A. J. (1990). Personality disorder subtypes among cocaine and opioid addicts using the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *The International Journal of Addictions*, 23, 1037-1049.
- Cangas, A. J. & Olivencia, J. J. (2001). Relación de los trastornos de la personalidad con el seguimiento de instrucciones terapéuticas y las recaídas en sujetos drogodependientes. *Psicología Conductual*, 9(3), 541-549.
- Cannon, D. S., Bell, W. E., Fowler, D. R., Penk, W. E. & Finkelstein, A. (1990). MMPI differences between alcoholics and drug abusers: Effect of age and race. *Psychological Assessment*, 2(1), 51-55.
- Choca, J. & Van Denburg, E. (1998). *Guía para la interpretación del MCMI (Millon Clinical Multiaxial Inventory)*. Barcelona: Paidós.
- Conway, K. P., Swendsen, J. D., Rounsaville, B. J. & Merikangas, K. R. (2002). Personality, drug of choice, and comorbid psychopathology among substance abusers. *Drug & Alcohol Depend*, 65, 225-234.
- Craig, R. J. & Weinberg, D. (1992). Assessing drug abusers with the Millon Clinical Multiaxial Inventory: A review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 249-255.
- Donat, D. C., Walters, J. & Hume, A. (1992). MCMI differences between alcoholics and cocaine abusers: Effect of age, sex, and race. *Journal of Personality Assessment*, 58(1), 96-104.
- Gándara, J. J. & Medina, M. A. (1998). Comorbilidad. En M. Bernardo & M. Roca (Eds.), *Trastornos de la personalidad. Evaluación y tratamiento* (pp. 97-122). Barcelona: Masson.
- Herrero, J. R. (2003). *La personología de Theodore Millon: Trastornos de personalidad y toxicomanías*. (Disertación Doctoral, Universidad de Salamanca, 2001). Col. Vitor Num.110. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Kosten, T. A., Kosten, T. R. & Rounsaville, B. J. (1989). Personality disorders in opiate addicts show prognostic specificity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 163-168.
- Loevinger, J. (1957). Objective tests as instruments of psychological theory. *Psychological Reports*, 3, 635-694.
- McGue, M., Slutske, W. & Iacono, W. G. (1999). Personality and substance use disorders: II. Alcoholism versus drug use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 394-404.
- Megías, E. (1987). Indicación terapéutica en drogodependientes. *Comunidad y Drogas*, 4, 9-27.
- Millon, T. (1976). *Psicopatología moderna: Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Barcelona: Salvat.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III, Axis II*. Nueva York: Wiley.
- Millon, T. (1982). *Millon Clinical Multiaxial Inventory*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Millon, T. (1986a). A theoretical derivation of pathological personalities. En T. Millon & G. L. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV* (pp. 639-670). Nueva York: Guilford Press.
- Millon, T. (1986b). Personality prototypes and their diagnostic criteria. En T. Millon & G. L. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV* (pp. 671-712). Nueva York: Guilford Press.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personality: An evolutionary model*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Millon, T. (1998). *MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon II*. (Adaptación española de A. Ávila & F. Jiménez). Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Millon, T., Davis, R. D., Millon, C., Wenger, A., van Zuilen, M. H., Fuchs, M. & Millon, R. B. (1999). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T. & Everly, G. S. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Millon, T., Everly, G. & Davis, R. (1993). How can knowledge of psychopathology facilitate psychotherapy integration? A view from the personality disorders. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 331-350.
- Mirin, S. M. (1984). Affective illness in substance abusers. En S. M. Mirin (Ed.), *Substance abuse and psychopathology* (pp. 58-72). Washington, DC: American Psychiatric Press Inc.
- Moliner, F. L. (2001). Trastornos de personalidad y conductas adictivas. Intervenciones psicosociales. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29, 58-66.
- Nace, E. P. (1989). Substance use disorders and personality disorders: Comorbidity. *Psychiatric Hospital*, 20, 65-69.
- Nathan, P. E. (1988). The addictive personality is the behaviour of the addict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 183-188.
- Pettinati, H. M., Rukstalis, M. R., Luck, G. J., Volpicelli, J. R. & O'Brien, C. P. (2000). Gender and psychiatric comorbidity: Impact on clinical presentation of alcohol dependence. *American Journal on Addictions*, 9, 242-252.

- Rounsaville, B. J. & Kleber, H. D. (1986). Psychiatric disorders in opiate addicts: Preliminary findings on the course and interaction with program type. En Roger E. Meyer (Ed), *Psychopathology and addictive disorders* (pp. 140-168). Nueva York: The Guilford Press.
- Schuckit, M. A. (1994). Alcohol and depression: A clinical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 28-32.
- Schuckit, M. A. & Hesselbrock, V. (1994). Alcohol dependence and anxiety disorders: What is the relationship? *American Journal of Psychiatry*, 151, 1723-1734.
- Seivewright, N. & Daly, C. (1997). Personality disorder and drug use: A review. *Drug and Alcohol Review*, 76, 235-250.
- Skodol, A. E., Oldham, J. M. & Gallaher, P. E. (1999). Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 733-738.
- Verheul, R., Hartgers, C., van den Brink, W. & Koeter, M. W. J. (1998). The effect of sampling, diagnostic criteria and assessment procedures on the observed prevalence of DSM-III-R personality disorders among treated alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 227-236.
- Windle, M. (1991). The difficult temperament in adolescence: Associations with substance use, family support, and problem behaviours. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 310-315.