



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

RASGOS DE PERSONALIDAD Y PATOLOGÍA DUAL CON COCAÍNA

Autor: Lola Grundell Thiebaut
Director: Gloria García Fernández

Madrid
Mayo 2015

Lola
Grundell
Thiebaut

RASGOS DE PERSONALIDAD Y PATOLOGÍA DUAL CON COCAÍNA.



RESUMEN

La patología dual (PD) es la concurrencia de un trastorno mental (TM) y un trastorno por uso de sustancias (TUS) en una misma persona. El modelo psicobiológico de personalidad de Cloninger es uno de los más utilizados en la evaluación en adicciones. El objetivo del presente estudio es evaluar el perfil diferencial de personalidad de pacientes con PD respecto a los pacientes con sólo un TUS, cuya droga principal es la cocaína. Se comparan, a partir de la aplicación del Inventario de Temperamento y Carácter (TCI) de Cloninger, las puntuaciones en las dimensiones de personalidad de una muestra de pacientes con un TUS (DSM-IV) con las puntuaciones de una muestra de pacientes con PD, ambos grupos en tratamiento ambulatorio. Los resultados mostraron diferencias significativas entre ambos grupos en Búsqueda de Novedad y Autotrascendencia, apareciendo puntuaciones más altas en dichas escalas en el grupo de PD. Del mismo modo, se observó que puntuaciones más altas en la escala de Temperamento en general se asocia a la presencia de PD. Finalmente, se vio que el policonsumo se da en mayor medida en la PD que en la presencia de solo TUS, y que los individuos politoxicómanos obtienen puntuaciones significativamente más altas en la Búsqueda de Novedad que en monoconsumo. Se sugiere la evaluación de la personalidad como herramienta más útil para determinar las necesidades de los pacientes con PD así como para establecer tratamientos individualizados que permitan un mejor abordaje terapéutico.

Palabras clave: Patología Dual, cocaína, rasgos de personalidad, modelo psicobiológico de Cloninger, Inventario de Temperamento y Carácter (TCI).

ABSTRACT

Dual Diagnosis (DD) is the co-occurrence, in the same person, of a mental disorder (MD) and a substance use disorder (SUD). Cloninger's psychobiological model of personality is one of the most used in addiction evaluation. The aim was to realize possible differential features in DD patients with respect to patients with SUD only, which cocaine is their main drug. Comparison, using the Cloninger's Temperament and Character Inventory (TCI), the scores of personality dimensions with the group of patients with SUD only (DSM-IV) with the scores of the DD group, both of them in outpatient treatment. The results show significant differences between groups in Novelty Seeking and Self-Transcendence, with high scores in the DD group. In the same way, was observed that higher scores in Temperament scale is associated with DD. Finally, polydrug is given to a greater extent in DD than only SUD, and polydrug gets higher significant scores in Novelty Seeking than only one drug consumption. It is proposed the evaluation of personality as a helpful tool determining DD patient's needs, as well as to set individualized treatments allowing a better therapeutic approach.

Key words: Dual Diagnosis, cocaine, personality features, Cloninger's psychobiological model, Temperament and Character Inventory (TCI).

El uso de sustancias psicoactivas está fuertemente asociado con una comorbilidad psiquiátrica, tanto en niños como en adolescentes y adultos. Cuando coexiste cualquier trastorno psiquiátrico, especialmente de la esfera psicótica o afectiva, con un trastorno por uso de sustancia (TUS) hablamos de patología dual (PD). La coexistencia de ambos trastornos es una realidad entre los pacientes drogodependientes, lo que exige intervenciones que atiendan debidamente a ambos trastornos a su vez. Estos pacientes duales constituyen un reto terapéutico no sólo a título individual, sino también para los sistemas sanitarios, que deben hacer frente a pacientes complejos a través de dos redes asistenciales diferenciadas: la red de atención a drogodependencias y la red de salud mental (Haro, Bobes, Casas, Didia y Rubio, 2010).

Esta gravedad clínica y social es principal porque la PD no es una situación aislada sino que tiene una considerable presencia epidemiológica. Entre el 40%-60% de los pacientes que reciben tratamiento psiquiátrico, presentan comorbilidad con un trastorno por abuso o dependencia de sustancias, así como un 50%-60% de los adictos a sustancias en tratamiento presentan un diagnóstico dual (Montenegro, 2010). Existen numerosos estudios que ratifican la alta prevalencia de adicción entre los pacientes diagnosticados de trastornos psiquiátricos graves. Dentro de estos estudios sobre comorbilidad del trastorno mental asociado al trastorno por abuso de sustancias es obligado destacar el estudio ECA (*Epidemiological Catchment Area*) (Regier et al., 1990) con una muestra de 20.291 individuos de cinco ciudades y comprendió muestras de la población general y de centros de tratamiento. Este estudio mostró que el 76% de los hombres y el 65% de las mujeres con diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias cumplen los criterios para otro diagnóstico psiquiátrico adicional. La tasa de personas que padecen algún trastorno por uso de sustancias junto con alguna enfermedad mental grave alguna vez en su vida es aproximadamente la mitad del total, afectando a un 48% de las personas que padecen esquizofrenia y a un 56% de aquellas que sufren trastorno bipolar.

También, el estudio Nacional de Comorbilidad (NCS) en Estados Unidos (Kessler et al., 1996) reflejó tasas de prevalencia de trastorno por uso de sustancias junto con alguna enfermedad mental grave entre un 41% y un 65% de los participantes. Por su parte, el 51% de aquellos que presentaban algún trastorno mental confirmaron tener también, al menos, un trastorno por uso de sustancias.

La alta prevalencia y las negativas consecuencias de la PD ha dado lugar a diversas investigaciones sobre las bases etiopatogénicas que pudieran justificar dicha comorbilidad. Desde la clínica se puede entender que las relaciones entre ambos tipos de trastornos son complejas, pues la presencia de un trastorno va a influir sobre la evolución del otro y viceversa. Aunque se han propuesto diversas teorías sobre la etiología de la PD todas ellas se pueden resumir en cuatro modelos básicos (Haro, Bobes, Casas, Didia y Rubio, 2010) que se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. *Modelos etiopatogénicos de Patología dual*

Modelo etiopatogénico	Descripción
Modelo de los factores comunes	Los TM y los TUS compartirían una vulnerabilidad común, que podría ser biológica, psicológica o social.
Modelo de TUS secundario a TM	Los PD consumirían tóxicos en un intento de paliar determinados síntomas relacionados con su enfermedad. Hipótesis de la “automedicación”.
Modelo del TM secundario a TUS	El consumo de tóxicos podría desencadenar enfermedades psiquiátricas.
Modelo bidireccional	Interacción continua entre el TM y el TUS, por la cual cada uno de los trastornos podría contribuir a desencadenar, perpetuar o agravar al otro, de una manera dinámica.

Los modelos bidireccionales son modelos muy intuitivos e intentan conciliar todos los anteriores. No obstante, estos modelos siguen en constructos teóricos con escasa experiencia experimental que los apoye.

La importancia de esta dualidad psicopatológica es capital tanto en el tratamiento de pacientes de las unidades de Salud Mental como en los atendidos en los Centros de Atención a las Drogodependencias. Se afirma que: 1) la presencia de un trastorno mental junto a la drogodependencia no es por azar; 2) los drogodependientes que acuden a los dispositivos de tratamiento presentan, en su mayoría, patología dual; 3) un trastorno mental es un factor de riesgo importante para el desarrollo de una drogadicción; 4) la drogodependencia es un factor de riesgo a su vez para presentar algún trastorno mental; 5) los pacientes duales presentan más recaídas en el consumo de drogas – si no se aborda esta cuestión debidamente -, presentan más dificultades para establecer una adecuada adherencia al tratamiento y, como consecuencia de todo esto, un peor pronóstico en ambos trastornos; 6) estos pacientes hacen un mayor uso de los servicios asistenciales de ambas redes -salud mental y drogodependencias -; y, 7) en algunos casos existe un riesgo mayor de suicidio (Torrens, 2010).

El tratamiento debe llevarse a cabo mediante un modelo de intervención integral, en el que se atienda simultáneamente el trastorno por consumo de drogas y la psicopatología concomitante, lo que conlleva que un solo equipo terapéutico aplique un solo tratamiento para la doble patología. En la actualidad existen distintas formas de tratamiento. No obstante se considera la más adecuada

para este tipo de pacientes la intervención integral en centros específicos. En la tabla 2 se muestran los tipos de intervenciones.

Tabla 2. *Modelos de intervención en Patología Dual*

Tratamiento	Descripción	Consecuencias
Intervención Secuencial	El tratamiento de un trastorno sigue al tratamiento de otro, en diferentes lugares, tiempo y con distintos profesionales	No se reconoce la PD No se considera el impacto del otro eje patológico del cuadro dual. Prolongación del tratamiento y disminución de eficacia.
Intervención en paralelo	Los trastornos se tratan simultáneamente, pero por profesionales y centros diferentes.	No hay coordinación de equipos. Solapamiento e interferencia de intervenciones. No se controla el impacto del otro eje patológico.
Intervención integral en centro no específico	Tratamiento global e integrado por un mismo equipo en un centro que se adapta al tratamiento de la PD	Se asegura la concepción de PD. Equipo técnico multidisciplinar no especialista en PD. Menor coste asistencial
Intervención integral en centro específico	Tratamiento global e integrado por un mismo equipo en un centro con programas diseñados para las peculiaridades de la PD	Tratamiento especializado a nivel técnico. Equipo multidisciplinar especializado en PD. Inversión económica a nivel asistencial Liberación de los centros no específicos

El planteamiento básico de un tratamiento integral es el de aunar en un programa especial los elementos tanto de tratamiento psiquiátrico como del abuso de sustancias. Pero, además, que dicho programa tenga una garantía de continuidad tanto en la comunidad (a nivel de centros de atención ambulatorio así como de las estructuras intermedias), como en el hospital.

El modelo de tratamiento integral no es a corto plazo; es decir, hasta que se resuelva la situación aguda de consumo o estabilización de la clínica psiquiátrica. Debe ser un modelo a medio-largo plazo insertado en un proceso de rehabilitación psicosocial.

Patología Dual: trastornos mentales y cocaína

Una de las drogas que se encuentran frecuentemente en esta dualidad es la cocaína. Ésta es un estimulante de acción rápida, intensa y de corta duración: los efectos aparecen rápido y duran entre 30 y 45 minutos, si bien la estimulación puede alargarse durante más tiempo. Entre sus efectos principales destacan: Euforia y exaltación del estado de ánimo, ausencia de fatiga, de sueño y de hambre, disminución de las inhibiciones, por lo que la persona suele percibirse como alguien sumamente competente y capaz y aceleración del ritmo cardíaco, anestesia local y aumento de la presión arterial (Ochoa, 2000). La sensación de bienestar inicial suele ir seguida por una bajada caracterizada por cansancio, apatía e irritabilidad.

La existencia de patología dual en un sujeto adicto a la cocaína puede deberse a diversas razones, como (Ochoa, 2000):

- El consumo de cocaína puede producir o desencadenar un trastorno psiquiátrico (psicosis cocaínica, depresión post-consumo, crisis de angustia o ciertos trastornos del control de los impulsos).
- El consumo de cocaína puede modificar el curso natural de un trastorno psiquiátrico (como es el caso de los trastornos bipolares o ciertos trastornos de la personalidad).
- El trastorno psiquiátrico puede predisponer a la adicción a la cocaína (como es el caso del trastorno por déficit de atención, ciertos trastornos afectivos o el alcoholismo) o complicarse con ella (como en el caso de ciertos trastornos del control de impulsos).
- Algunos trastornos (como la fobia social) pueden ser tanto causa como consecuencia del consumo de cocaína.
- También es posible que exista una vulnerabilidad genética común entre la adicción a la cocaína y alguno de los trastornos psiquiátricos comórbidos.

Los trastornos psiquiátricos agudos descritos asociados al consumo de cocaína son muy variados e incluyen deterioro cognitivo, alteraciones de la motivación, alteraciones de la introspección, desinhibición, trastornos de la atención e inestabilidad emocional (Ochoa, 2000). La comorbilidad más frecuente entre consumidores de cocaína son: trastornos del estado de ánimo, psicosis cocaínica, trastornos de ansiedad, trastornos por déficit de atención residual, trastornos del control de impulsos, trastornos de la personalidad, estados disociativos, alteraciones cognitivas y disfunciones sexuales (Caballero, 2005). En cocainómanos los trastornos de la personalidad más frecuentes son el límite, antisocial, histriónico, narcisista, pasivo-agresivo y paranoide (López y

Becoña, 2006). A continuación se describen la asociación de la cocaína con los trastornos encontrados más frecuentemente en los servicios de atención a drogodependientes.

La asociación entre el consumo de estimulantes y la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se ha puesto de manifiesto en numerosos estudios epidemiológicos realizados tanto en población general como en población clínica. La acción de los psicoestimulantes se caracteriza principalmente por aumentar los niveles de dopamina en las transmisiones sinápticas. La hipótesis general compartida por muchos autores para explicar la elevada prevalencia de su consumo entre la población psicótica ha sido la hipótesis de automedicación, sobre todo en los casos de psicosis crónicas (Szerman, Expertos, Torrens, Basurte, Ramírez y Martínez-Raga, 2012).

Entre los pacientes esquizofrénicos es especialmente elevado el consumo de cocaína, con estimaciones que varían entre el 21 y 30% dependiendo de los estudios (Batel, como se citó en Benaiges, 2013) aunque hay autores que elevan la prevalencia al 50% debido al aumento de su consumo en los últimos años (WHO, 2004). Esto merece especial atención dado que se han descrito exacerbaciones en el curso de la esquizofrenia debido al consumo de la cocaína, provocando en los pacientes estados disfóricos, ansiedad, depresión, insomnio, agitación y aumento de la agresividad (Alterman, Erdlen, Laporte y Erdlen, Yesavage y Zarcone, como se citó en Benaiges, 2013).

Los pacientes con esquizofrenia dependientes de cocaína tienen mayores niveles de *craving* en el periodo temprano de su tratamiento de la dependencia de cocaína que los pacientes sin esquizofrenia (Szerman, Expertos, Torrens, Basurte, Ramírez y Martínez-Raga, 2012). El patrón de uso de cocaína de los pacientes con esquizofrenia es más intermitente que en la población general, lo que se ha relacionado con las variaciones en la gravedad de la sintomatología positiva y negativa. La cocaína empeora los síntomas positivos y “mejora” los negativos.

En cuanto a los trastornos afectivos, los síntomas depresivos se relacionan con el síndrome de abstinencia a la cocaína. En relación con esto, se ha podido comprobar que la abstinencia a psicoestimulantes se asocia con una disminución del funcionamiento serotoninérgico y dopaminérgico en el núcleo accumbens (Parsons y cols. 1991; Weis y cols., 1992; Parsons y cols., 1995 como se citó en Alamo, López-Muñoz, Martín, García-García y Cuenca, 2002), acompañado de un incremento de la transmisión de CRF en estructuras mesolímbicas y amígdala, así como un descenso en el funcionalismo neuroléptico Y (NPY), en el núcleo accumbens y en la corteza cerebral (Wahlestedt y cols., 1991, como se citó en Alamo, López-Muñoz, Martín, García-García y Cuenca, 2002). Es interesante destacar que las citadas alteraciones funcionales han sido implicadas también en la depresión. Así, la administración de bromocriptina, agonista dopaminérgico, revierte algunos aspectos de la abstinencia a la cocaína (Markou y Koob, 1992, como se citó en Alamo, López-Muñoz, Martín, García-García y Cuenca, 2002).

La investigación pone de manifiesto que la impulsividad parece un factor común y clave en la comorbilidad entre trastornos de la personalidad y las adicciones. Estudios como los de Skinstad y Swain (2001) y San (2004) apuntan que los trastornos de personalidad más frecuentes en consumidores de sustancias son, en primer lugar, los trastornos de personalidad del 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, los pertenecientes al cluster A, destacando el esquizoide. En el caso de la adicción a la cocaína, se ha encontrado que los trastornos de personalidad comórbidos más frecuentemente encontrados son el límite y el antisocial.

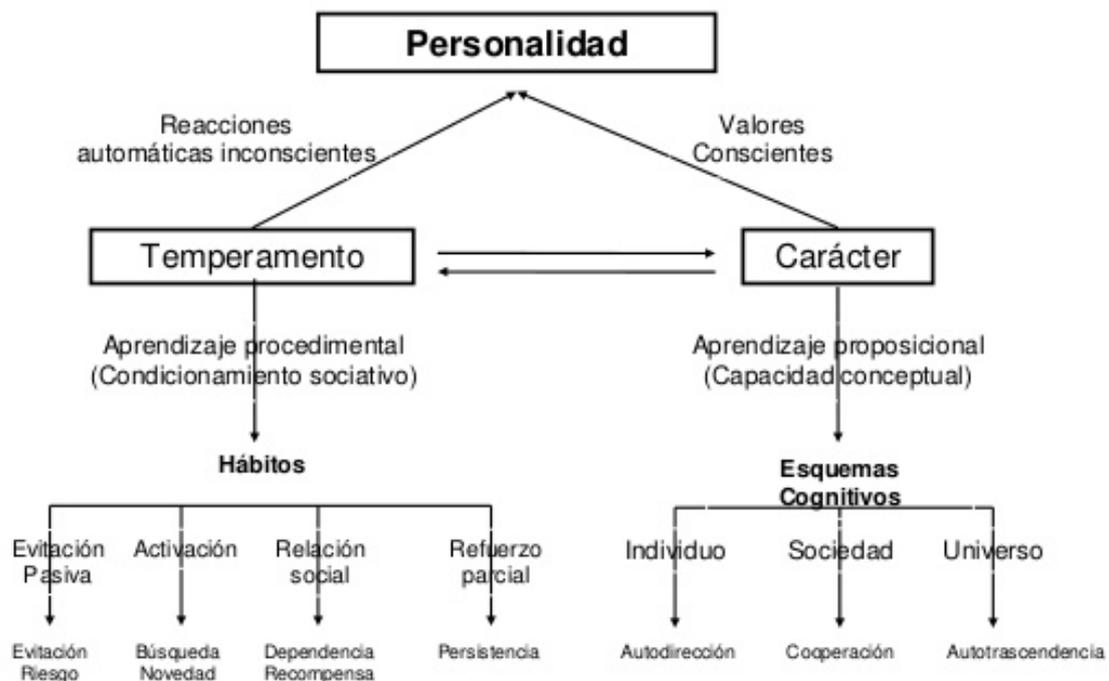
Por último, ya en la década de los 70 y los 80 se empezó a observar una tendencia al consumo de cocaína y otros psicoestimulantes en los pacientes bipolares y ciclotímicos. Aunque los bipolares consumen estimulantes en las fases depresivas de la enfermedad, dicho consumo parece ser más frecuente en las fases maníacas y suponiendo presumiblemente un intento del paciente de acrecentar o provocar síntomas maniformes con la droga (Pérez de Heredia, González, Ramírez, Imaz y Ruíz. 2001). Así mismo, se está constatando que aquellas personas que no tienen trastorno bipolar pero que presentan una personalidad cercana al tratarse de personas muy aceleradas, eufóricas y felices tienen tendencia a recurrir a estimulantes como la cocaína para mantener ese nivel de optimismo, pudiendo llegar a desarrollar un trastorno bipolar, puesto que a esa fase de euforia le pueden seguir episodios maníacos y depresivos (Haro, 2010).

La personalidad y TCI de Cloninger

El modelo psicobiológico de Cloninger (Cloninger, Svararik y Przybeck, 1993) se ha relacionado ampliamente con el uso y la dependencia de sustancias. Propone que un grupo de factores con un gran peso genético en su origen y relacionados con módulos o sistemas identificables en el cerebro, interactúan con múltiples factores sociales y ambientales durante el desarrollo para influir en la conducta final. De esta manera la patogenia de los trastornos psiquiátricos sería sumamente compleja y dependería de la interacción continua y recíproca de factores de riesgo ambientales con los factores genéticos.

Para desarrollar su modelo, Cloninger toma prestado el concepto de personalidad desarrollado por Allport (1986), que la define como: "la organización dinámica de aquellos sistemas psicofísicos que determinan la adaptación individual al ambiente". Y como Thorpe (1956) define el aprendizaje como "la organización de la conducta como resultado de la experiencia individual". A partir de ello, afirma que lo que diferencia la personalidad de los individuos son los distintos sistemas adaptativos que participan en la recepción, el procesamiento, y el almacenamiento de la información que reciben a partir de la experiencia.

Los rasgos o dimensiones de la personalidad son estructuras psicobiológicas que se desarrollan desde la interacción entre la predisposición genética y la influencia ambiental. La conducta, la cognición, el afecto, los esquemas interpersonales y el esquema del self se forman en un proceso lento de maduración social a partir de variables inconscientes en relación abierta y cíclica con la conducta y la cognición que se van desarrollando a lo largo de la vida.



De acuerdo con este modelo, el temperamento se refiere a respuestas emocionales automáticas que son heredables en una buena parte, se manifiestan desde los momentos iniciales de la vida y son estables en el tiempo, dentro del temperamento se encuentra la Búsqueda de Novedad (BN), Evitación del Daño (ED), la Dependencia a la Recompensa (DR) y la Persistencia (P).

El carácter se refiere a aquellos componentes de la personalidad que están más relacionados con el control ejecutivo o la cooperación y la empatía. Los rasgos caracteriales representan diferencias individuales en autoconcepto, metas individuales y valores asumidos. Está en relación con los procesos cognitivos superiores de la lógica, la construcción, la evaluación y la invención de símbolos abstractos que regulan las diferencias individuales en el procesamiento de metas y valores, y sólo se encuentra plenamente desarrollado en individuos maduros. El carácter queda definido por el Autodirección (AD), la Cooperatividad (C) y la Autotrascendencia (AT).

La descomposición multidimensional que se obtiene con el TCI, permite al clínico describir de forma única a los individuos, facilita el realizar un plan terapéutico más preciso y sobre todo evita el solapamiento diagnóstico que se produce al utilizar clasificaciones categoriales como el DSM-IV-R (APA, 2002).

En el marco de las relaciones biológicas que determinan el desarrollo de la patología dual, la vulnerabilidad desempeña un papel principal. Tomando en consideración el conjunto de datos disponibles en la actualidad, podría hablarse de la existencia de una base común formada por el estrés, el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal (HHS) y la actividad dopaminérgicomesolímbica en la vulnerabilidad del sujeto al consumo de drogas, y que también estaría implicada, al menos en parte, en la génesis de algunos trastornos psiquiátricos, de los que los trastornos afectivos son los más conocidos. En concreto, un aumento de la secreción de corticosterona (p.ej. ante estímulos estresantes), o una mayor sensibilidad a sus efectos, hecho presente de forma natural en algunos individuos, determinaría una mayor vulnerabilidad a desarrollar dependencia a través de una potenciación del funcionalismo dopaminérgicomesencefálico. Además, sobre esta base neurobiológica alterada que determina una mayor vulnerabilidad a padecer una patología dual, hay que destacar también el importante papel que desempeñan diversos factores genofenotípicos.

Las 4 dimensiones temperamentales se vinculan teóricamente a sistema de neurotransmisión cerebral. La BN estaría vinculada a la actividad dopaminérgica guiando el comportamiento hacia estímulos novedosos. Las personas con elevada puntuación en esta dimensión serían personas muy activas, exploradoras, impulsivas, con una conducta desordenada e intolerancia al aburrimiento. Diversos estudios apoyan, al menos en parte, la relación de esta dimensión con la actividad de los sistemas dopaminérgicos cerebrales (Suhara et al., 2001; Wiesbieck, Maurer, Thome, Jacob y Boening, 1995). La segunda dimensión del modelo es la ED, equivalente al Sistema de Inhibición Conductual que representaría una predisposición a huir de estímulos aversivos, a proteger la propia seguridad y a mantener la alerta frente a potenciales peligros. La ED, derivada según Cloninger de la actividad serotoninérgica, también se relaciona con una impulsividad, en este caso de huida. La DR, con base noradrenérgica, se relacionaría con necesidades de afiliación, atención a los refuerzos proporcionados por el contexto y los otros significativos. La P tendría que ver con la perseveración en tareas con demora de la gratificación o que en tiempos pasados fueron exitosas y tendría que ver con la existencia de cortocircuitos en la corteza prefrontal y la función ejecutiva cerebral.

Además de la importancia de estos factores neurobiológicos comunes, no hay que olvidar la importancia de los factores ambientales, que pueden contribuir tanto a la etiopatogenia de la enfermedad como a su tratamiento. La AD sería la capacidad que tienen las personas para controlar y regular la conducta a fin de ajustarla a sus principios, metas y creencias personales.

Se relaciona con la madurez, autoestima y recursos generales de adaptación. La C hace referencia a los comportamientos prosociales del sujeto. Tiene que ver con el altruismo, empatía y solidaridad. Es una medida de buena adaptación social. La AT se vincula a los aspectos místicos y religiosos del concepto del universo de una persona. Se relaciona con la creatividad, fantasía e imaginación.

Dimensiones de personalidad asociadas a la patología dual

Tomando como referencia el TCI de Cloninger la población adicta en tratamiento se caracteriza principalmente por sus diferencias con la población no clínica en tres rasgos: presentan mayores niveles de BN y de ED, ambos temperamentales, y menores en AD, caracterial. Comparando los polos asocial y antisocial se ha visto que tienen características muy diferentes: ambos comparten niveles muy bajos de AD, pero mientras en el polo antisocial predominan los niveles muy elevados de BN, en el polo asocial lo que predomina es la ED (Pedrero y Rojo, 2008). Cloninger vincula la BN con el sistema dopaminérgico y la ED con el serotoninérgico. Esto supone, de entrada, que probablemente la intervención farmacológica no debiera ser la misma en ambos casos.

Para Cloninger, “el deterioro en el funcionamiento es una propiedad predecible a partir de la interacción entre el temperamento y el carácter, y no debería ser considerado como un componente independiente de la personalidad” (Cloninger, 2000). Cuanto más bajas son las puntuaciones en AD y en C mayor nivel de gravedad del trastorno en cuanto a un mayor deterioro en el funcionamiento.

Los trastornos mentales representan configuraciones multidimensionales constituidas por rasgos, algunos de dichos rasgos se encuentran más incluidos en el componente del temperamento que está influido genéticamente y otros más incluidos en el componente del carácter, que se desarrolla por la interacción entre las predisposiciones biológicas y el ambiente, resulta una de las más útiles para la comprensión de estos trastornos, siguiendo con el modelo propuesto por Cloninger.

La hipótesis de que el temperamento puede predisponer a los individuos al desarrollo de psicopatología manifiesta ha sido estudiada por varias investigaciones clínicas contemporáneas. Tanto la investigación clásica como la actual muestra cómo los temperamentos afectivos pueden ser herramientas válidas para identificar la vulnerabilidad a padecer trastornos del estado de ánimo. Basado en este modelo, Gruzca et al. (2003) demostraron que una alta ED se relaciona con sintomatología depresiva, y que la BN, otro rasgo temperamental, se asocia positivamente con historia de intentos suicidas en el pasado. Por otro lado, una elevada BN asociada a baja DR está asociada a personalidades antisociales.

Del mismo modo, es de crucial importancia conocer qué rasgos de personalidad se relacionan con la adicción, ya sea como antecedentes, coexistentes o consecuentes, puesto que ello puede informarnos de vulnerabilidades, factores de mantenimiento o alteraciones provocadas por el propio proceso adictivo.

La preocupación sobre la relación entre la personalidad y el uso-abuso de drogas existe ya desde hace varias décadas. Desde los ya clásicos estudios de Eysenck, buscando una relación entre el consumo de tabaco y la personalidad, han sido muchos los investigadores que han dedicado sus esfuerzos a arrojar alguna luz al respecto (Sáiz y cols., 2001). A pesar de ello, la interpretación de los resultados de los estudios sobre personalidad y el consumo de drogas es una cuestión que todavía plantea importantes dificultades. En una muestra de adictos a diversas sustancias, emparejados por edad, sexo y nivel de estudios, con sujetos de población no-clínica, aquellos puntuaron significativamente más alto en BN y ED y más bajo en AD (Pedrero y Ruiz, 2012). En términos neuropsicológicos la interpretación de estos datos apunta a una pérdida de control prefrontal (baja AD) que posibilita la alternancia de conductas de aproximación de carácter impulsivo, no orientadas a metas, posiblemente basadas en la actividad del circuito corticoestriatal no regulado (alta BN) y de conductas guiadas por inputs emocionales, procedentes de la amígdala, que tampoco pueden ser reguladas por el cortex prefrontal (alta ED) (Pedrero y Ruiz, 2012).

Algunos síntomas y rasgos de personalidad pueden predisponer a conductas adictivas a sustancias con las que se autorregulan deficiencias biológicas previas. Esta idea, puesta de manifiesto por Nestor Szerman, presidente de la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) durante el XVII Congreso Nacional de Psiquiatría (2013), podría abrir nuevas vías para el diagnóstico y sobre todo para el tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico de los pacientes con patología dual.

Es necesario destacar la necesidad de evaluar los patrones de personalidad y no sólo la presencia de PD, para poder diseñar adecuadamente una intervención. No se va a abordar el tratamiento de la misma forma en una persona con rasgos de personalidad dependiente que en una persona con rasgos narcisistas.

El estudio de los rasgos de la personalidad, o su agrupación en patrones complejos de conducta normal o patológica, es un paso necesario para el diseño de programas individualizados de tratamiento psicoterapéutico para personas con consumo problemático de sustancias y otras conductas adictivas. Los programas frecuentemente han omitido el estudio de la personalidad del paciente, ofreciendo programas estandarizados que, si bien han mostrado ser los más eficaces (Sánchez-Hervás, Tomás y Morales, 2004) lo cierto es que no han conseguido sacar el tratamiento de las conductas adictivas de los últimos lugares del ranking de efectividad (Labrador, Echeburúa y Becoña; 2000).

El objetivo de este trabajo es evaluar los rasgos de personalidad de pacientes con patología dual, específicamente con consumo de cocaína, estableciendo un perfil diferencial con respecto a aquellos pacientes que sólo tienen un TUS. El conocimiento de la personalidad de cada paciente permite aplicar las diversas terapias ya conocidas, pero según ritmos individualizados y estableciendo objetivos realistas. La personalidad, además, es un constructo que permite, e incluso exige, que los tratamientos deban efectuarse desde una perspectiva transdisciplinar y un método de trabajo interdisciplinar. El carácter se presupone que es más moldeable que el temperamento a las intervenciones psicoterapéuticas las cuales van dirigidas a facilitar el aprendizaje conceptual y a producir cambios en la percepción y creencias que el individuo tiene de sí mismo, de los demás y del mundo en general. El entender qué es lo que tenemos que tratar ayudará en el diseño de programas terapéuticos individualizados donde diversas técnicas provenientes de diferentes modelos psicoterapéuticos son necesarias en función de los síntomas y del nivel de mentalización del sujeto.

Conforme a la literatura encontrada, existe un patrón desadaptativo de rasgos de personalidad asociado a la patología dual con consumo de cocaína. La hipótesis con la que se va a trabajar es que los pacientes con PD muestran mayor BN y ED; y menor P, AD, AT y C, siendo las puntuaciones del temperamento en general mayor que las del carácter. No obstante también se han encontrado datos que dicen que no hay muchas diferencias en cuanto a las puntuaciones en los rasgos de personalidad comparando pacientes duales y pacientes con solo TUS. Por lo tanto, este estudio se dirige como un intento de esclarecer los datos obtenidos en estudios previos.

Por último, se espera que el policonsumo se de en mayor medida que el monoconsumo, encontrando a los sujetos politoxicómanos sobre todo en el grupo de PD. Además, debido a las características de los sujetos con PD que presentan una mayor tendencia a la BN, se considera que del mismo modo habrá una mayor puntuación en dicha escala en el grupo de politoxicómanos.

MÉTODO

Participantes

Se seleccionó a 39 hombres como muestra clínica en el tratamiento ambulatorio del Centro de Atención Integral a Drogodependientes de Alcobendas (Madrid). Se utilizó como criterios de inclusión del grupo PD a hombres, mayores de edad con un trastorno por uso de sustancia (cocaína como sustancia principal) y un trastorno mental (T. psicótico, T. bipolar, T. de personalidad y depresión), activos en tratamiento y un grupo TUS de pacientes con trastorno por uso de sustancia (cocaína como sustancia principal). Se controlaron las variables edad, estado civil, estado laboral y si eran monoconsumidores o policonsumidores.

Instrumentos

Inventario de Temperamento y carácter (TCI-140) versión española de Cloninger. (Pedrero, 2006). Se utilizó la versión corta de 140 ítems.

La versión de 140 ítems del TCI-R muestra coeficientes de fiabilidad que deben ser considerados entre aceptables y buenos (entre 0,67 y 0,86). Dado que la versión corta, en sus dimensiones principales, está constituida por menos ítems que la versión larga, su fiabilidad es menor aunque dentro un margen adecuado de consistencia interna. Las correlaciones entre las dimensiones arroja valores superiores a 0,91. Las puntuaciones, a partir de las escalas, tienden a la distribución normal. La prueba de Kolmogorov-Smirnov aplicada a las escalas muestran un valor p asociado al estadístico de contraste mayor, en todas las ocasiones, que 0,05.

Las variables de este test son: Búsqueda de Novedad (BN), Evitación de Daño (ED), Dependencia de Recompensa (DR), Persistencia (PS), Autodirección (AD), Cooperación (C) y Autotrascendencias (AT).

Procedimiento

La muestra se seleccionó entre los pacientes varones del CAID de Alcobendas, se excluyen a las mujeres y a aquellos hombres que no sean mayores de edad y aquellos cuya droga de preferencia no es la cocaína, para hacer un grupo más homogéneo. Se dividió la muestra en dos subgrupos formados por personas con sólo un TUS y otro por personas con PD. Para su inclusión se consideró necesario que cumplieran criterios DSM-IV-TR de abuso/dependencia de cocaína, como droga principal en el momento de la evaluación para los sujetos de ambos grupos. Del mismo modo, como criterio de inclusión en el grupo de PD, era necesario que cumplieran criterios del DSM-IV-TR de trastornos afectivos, trastorno de personalidad, esquizofrenia o trastorno bipolar.

Se procedió a aplicar el Inventario de Temperamento y Carácter en su versión española (TCI-140) de manera individual a la muestra seleccionada con las siguientes instrucciones “En este cuestionario encontrará una serie de afirmaciones que la gente utiliza normalmente para describir sus actitudes, opiniones, intereses y otros sentimientos personales. Para cada una de las siguientes afirmaciones rodee con un círculo el número que mejor describa cómo actúa y siente "habitualmente", no únicamente cómo se siente o actúa en este momento. Marque sólo un número para cada afirmación.” Además, se les indicó que el test es anónimo y que los datos obtenidos son confidenciales. Una vez obtenidos los datos se procedió a realizar en análisis estadístico de los mismos, comparando entre sí las medias obtenidas por cada uno de los grupos en cada una de las escalas y se analizó la significación estadística de los resultados.

Análisis de datos

Se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows 19.0. Se realizaron análisis de frecuencias y descriptivos para conocer las características sociodemográficas de la muestra. Para comparar las medias obtenidas en las escalas de temperamento y carácter entre el grupo de cocainómanos y el grupo de PD se aplicó el estadístico T de Student para grupos independientes. Del mismo modo, se compararon las medias obtenidas en las escalas de temperamento y carácter entre el grupo de monoconsumo y los policonsumidores. Por último, se procedió a comparar si había diferencias significativas entre el temperamento y el carácter entre el grupo TUS y el de PD.

Se puede asumir normalidad ya que la muestra es mayor de 30, además se realizó la prueba de normalidad Z de Kolmogorov-Smirnov. Una vez asumida la normalidad se procedió a realizar la prueba de homogeneidad de varianzas o Prueba de Levene. Se Trabajó con un nivel de confianza del 95% considerándose significativo los valores de probabilidad de p menor 0'005.

RESULTADOS

Características socio-demográficas y de consumo

La edad de los sujetos se encontraba en un rango entre los 18 y los 50 años. El 51,3% eran del grupo control (20 sujetos) y el 48,7% pertenecían al grupo de PD (19 sujetos). De la muestra total hay un 28,2% monoconsumidores (11 sujetos pertenecientes al grupo TUS) y un 71,8% policonsumidores (28 sujetos pertenecientes a ambos grupos), siendo los sujetos del grupo de PD todos policonsumidores. Con $X^2 = 14,55$, $gl = 1$, $p = 0,000$, como la significación es menor que 0,05 vemos que hay la proporción de policonsumidores es significativamente diferente entre solo TUS y el grupo de PD.

Dimensiones de Cloninger y sus diferencias entre el grupo control y el grupo de PD

En la tabla 1 se describen detalladamente las puntuaciones medias en las dimensiones de personalidad de Cloninger y las diferencias de medias de las dimensiones según el grupo. Sólo se encontraron diferencias significativas en BN ($t = 7,587$; $gl 37$; $p < ,000$) y AT ($t = 2,636$; $gl 37$; $p < ,012$) donde puntuaban significativamente más alto el grupo PD. No obstante, en cuanto a las demás variables, se observa que no hay diferencias significativas, pero hay una tendencia a obtener menor puntuación en ED, P, AD y C y prácticamente la misma puntuación en DR.

Finalmente, en la tabla 3 se puede observar las puntuaciones medias obtenidas en las escalas de Temperamento y Carácter. Nos centramos en la escala de Temperamento, ya que, como demuestra la tabla, se ha obtenido una puntuación significativamente mayor en el grupo de PD (t-Student, $t = 2,165$, $gl 37$; $p ,037$).

Tabla 1. Diferencias en las puntuaciones TCI del Grupo de Cocainómanos (grupo control) y el Grupo de Patología Dual (grupo de estudio)

	<u>Media±DT</u>		<i>T</i>	<i>P</i>
	Grupo control n = 20	Grupo Estudio n = 19		
Escalas de Temperamento:				
Búsqueda de Novedad (BN)	55,3±8,329	71,53±4,287	7,587	,000
Evitación del Daño (ED)	60,7±11,983	55,74±8,438	1,488	,145
Dependencia de Recompensa (DR)	67,40±12,746	67,05±5,749	,111	,913
Persistencia (P)	66,85±10,143	67,58±3,731	.301	,766
Total	250,3±18,45	261,9±14,84	2,165	,037
Escalas de Carácter				
Autodirección (AD)	64,55±13,129	62,74±8,137	,515	,610
Cooperatividad (C)	73,80±8,115	70,47±2,118	1,771	,091
Autotrascendencia (AT)	43,60±7,486	49,11±5,311	2,636	,012
Total	181,9±17,5	182,3±10,67	,078	,938

DISCUSIÓN

En la actualidad, son realmente escasos los trabajos que analizan los rasgos de personalidad de los pacientes duales y el posible perfil diferencial respecto a aquellos sólo con TM o sólo con TUS. Profundizar en el conocimiento de las dimensiones de personalidad implicadas en PD sería coherente con una perspectiva multiaxial en el entendimiento de los procesos psicológicos (Pedrero, 2008) y permitiría una aproximación etiológica al TUS del paciente en concreto, incluyendo en el tratamiento estrategias de manejo de las características de personalidad más desadaptativas con la finalidad de mejorar el abordaje terapéutico.

El propósito de este trabajo es obtener una visión global acerca de cuáles son los rasgos de personalidad más característicos según el modelo psicobiológico de Cloninger en pacientes con PD, respecto a aquellos con sólo TUS, atendiendo específicamente a los TUS por consumo de cocaína.

Los resultados encuentran diferencias significativas entre los sujetos con un TUS y aquellos con PD en dos escalas de personalidad psicobiológica de Cloninger: mayores puntuaciones en las escalas de BN y AT. Estos resultados son, en parte sí y en parte no, coherentes con lo encontrado en la literatura revisada.

Por un lado, se ha visto que en la mayoría de los estudios realizados con el TCI de Cloninger en población con sólo TUS o PD (Pedrero y Ruíz, 2012) se da una mayor puntuación en la escala de

BN, lo que concuerda que los resultados obtenidos en este trabajo. En términos neuropsicológicos la interpretación de estos datos apunta a que la BN está ligada a la actividad dopaminérgica, y sería el equivalente al Sistema de activación conductual de Gray, guiando el comportamiento hacia estímulos novedosos. Los individuos con una alta BN son personas exploradoras, irascibles, curiosas, susceptibles al aburrimiento y que tienen un acercamiento rápido a las señales de premio, evitación activa o escape a estímulos frustrantes, por lo que el consumo podría ser una manera de evitación activa.

Por otro lado y, en contra de lo esperado, los resultados muestran una mayor puntuación en AT en el grupo de PD. Los individuos con alta AT son idealistas, imaginativos, poco convencionales y espirituales. En general, estudios previos relacionan la PD con una menor puntuación en AT (Márquez-Arrico y Adán, 2013), ya que una puntuación baja en esta escala corresponde a personas que se encuentran conscientes de sí en todo momento, no reportan olvidar el lugar ni el tiempo mientras realizan alguna actividad, piensan únicamente en sus propios asuntos y no creen que exista una fuerza superior ni poderes extrasensoriales. Una posible explicación a este resultado es el escaso tamaño de la muestra.

En cuanto al resto de las escalas, a pesar de no haber diferencias significativas, sí que se aprecian variaciones en las puntuaciones en algunas de ellas entre los dos grupos. En concordancia a lo que se esperaba y a lo que se plantea en otras investigaciones, las escalas P, AD y C tienen una menor puntuación media el grupo de PD frente al grupo con solo un TUS (Márquez-Arrico y Adán, 2013). Una menor puntuación en dichas escalas nos indica que son individuos más despreocupados y poco eficientes, irresponsables y sin metas definidas y claras, así como insensible, intolerante y egoísta. Dichas características podrían ser un factor de riesgo para el desarrollo, mantenimiento o pronóstico de los pacientes duales. También hay que señalar la menor puntuación en ED del grupo de PD en comparación con el grupo control, ya que es un resultado no esperado.

Teniendo en cuenta las escalas de temperamento y carácter globales, no se observan diferencias significativas caracteriales entre los grupos de consumidores estudiados, lo que parece indicar que las sustancias de elección de los sujetos duales están más relacionadas con sus dimensiones temperamentales que con el carácter. No obstante, no se pueden obtener conclusiones relevantes en este sentido ya que todos los sujetos comparten una misma sustancia, la cocaína, de modo que resultaría interesante realizar más estudios comparando sujetos dependientes de una sola sustancia diferente en cada uno de los grupos estudiados. De este modo, se podría optimizar la detección temprana de predisposición al abuso de una sustancia determinada y diseñar estrategias más específicas de prevención.

También observamos una tendencia a una asociación entre policonsumo de drogas y presencia de PD, como se ha señalado por otros autores (Arias y cols., 2013). Cuando se comparan sujetos dependientes de una sola sustancia con politoxicómanos respecto a dimensiones de temperamento, se observa que los politoxicómanos presentan mayor BN. Dado que una alta búsqueda de novedad y una baja dependencia del refuerzo caracterizan a los sujetos que tienden a abusar de sustancias, es esperable que esta dimensión estuviera más exacerbada en los sujetos politoxicómanos, ya que tienden a buscar más número de sustancias. No podemos establecer una relación de causalidad, si el policonsumo favorece la presencia de trastornos mentales o estos últimos son un factor de riesgo para implicarse en el consumo de más sustancias. Una limitación importante es que los grupos estudiados no presentan el mismo tamaño muestral, así, el reducido número de sujetos dependientes de una sola sustancia frente a la mayoría de politoxicómanos podría sesgar los resultados.

Como he ido mencionando a lo largo de la discusión, este trabajo presenta diversas limitaciones y dificultades metodológicas que hay que tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados así como en el planteamiento de nuevas investigaciones. Lo principal es el tamaño de la muestra, debido al reducido número de ésta no se pueden decir que los datos sean concluyentes, de este modo, sería necesario realizar investigaciones en este campo con un mayor número de muestra. Asimismo, sería necesario controlar ciertas variables como el tiempo y gravedad de consumo, tiempo de abstinencia y tipo y tiempo de tratamiento, que no se controló en este trabajo. La severidad de la adicción o del TM es una variable que en general no se considera en las investigaciones, y que no se ha tenido en cuenta en este trabajo, y podría ser también un factor mediador entre las características de personalidad y algunas variables clínicas. Además, este estudio sólo cuenta con la participación de varones, una línea de investigación futura sería realizar lo mismo con mujeres, así como atender a la existencia o no de diferencias entre ambos sexos. En cualquier caso, son necesarios más estudios en pacientes en tratamiento ambulatorio, así como dependientes de otras sustancias, para confirmar la utilidad de este modelo dimensional de personalidad tanto en aspectos diagnósticos como de tratamiento o pronóstico.

Los rasgos de temperamento y carácter propuestos por Cloninger pueden ser de utilidad para clasificar a los pacientes duales y determinar sus necesidades terapéuticas con más precisión que la mera clasificación sintomatológica. Considerar los aspectos dimensionales de la personalidad, como patrón complejo de rasgos psicológicos, puede añadir información útil y aplicable en el manejo clínico de estos pacientes. Esta clasificación en función de los perfiles de personalidad puede dar cuenta, además, de las alteraciones cerebrales que están en la base de la adicción, así como de buena parte de los trastornos coexistentes. La evaluación de la personalidad, junto con la evaluación neuropsicológica, son ingredientes de gran interés para el futuro de los programas de tratamiento de sujetos duales. La caracterización de los pacientes con PD es un aspecto que

puede permitir una mejor adecuación y personalización del abordaje terapéutico, facilitando el cumplimiento con las normas actuales de excelencia terapéutica que recomiendan un tratamiento integrado, según el cual las dos patologías deben ser tratadas conjuntamente, dentro de un programa unificado, por un equipo multidisciplinario debidamente capacitado para efectuar ambas intervenciones

REFERENCIAS

Alamo, C., López-Muñoz, F., Martín, B., García-García, P. y Cuenca, E. (2002). Depresión y abuso de sustancias: Hipótesis etiopatogénicas del trastorno dual. *3er Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis*.

Allport, G. W. (1986). La Personalidad. (8va Ed.) : Helder.

Ambrosio, E. (2003). Vulnerabilidad a la drogadicción. *Adicciones, 15(3)*, 187-190.

American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. *Barcelona: Masson (Original 2000)*

Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F. y Babín, F. (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones, 25(1)*.

Bayón, C. (2006). Modelo psicobiológico de personalidad de Cloninger: aproximación integradora en la evaluación de los trastornos de personalidad y proceso psicoterapéutico. *Psiquiatría.com, 10(1)*.

Benaiges, I. (2013). Rendimiento cognitivo y calidad de vida en pacientes con patología dual. *Tesis Doctoral. Programa doctoral en clínica y salud psicológica. Universidad de Barcelona*

Benito, A., Haro, G., Oregón, T., González, M., Fornés, T. y Mateu, C. (2012). Dependencia de Opiáceos tipo II o antisocial: Utilidad del Modelo Psicobiológico de Cloninger en adicciones. *Adicciones, 24(2)*, 131-138.

Caballero, L. (2005). Adicción a cocaína: neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento. *Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo*.

Corominas, M., Roncero, C., Bruguera, E. y Casas, M. (2007). Sistema dopaminérgico y adicciones. *Revista de Neurología, 44*, 23-31.

Cloninger, C., Svararik, D. y Przybeck, T. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry, 50(12)*, 975-990.

Cloninger C. (2000). A practical way to diagnosis personality disorder: A proposal. *Journal of Personality Disorders, 14*, 99-108.

De Fruyt, F., Van De Wiele, L. y Van Heeringen, C. (2000). Cloninger's Psychobiological Model of Temperament and Character and the Five-Factor Model of Personality. *Personality and Individual Differences, 29*, 441-452.

Flynn, P. y Brown, B. (2008). Co-occurring disorders in substance abuse treatments: Issues and prospects. *Journal Substance Abuse Treatment* 34, 36-47.

Gómez, I., Gallego, E., Valero, J., Labad, A. y Gutiérrez-Zotes J.A. (2005). Perfil de personalidad, temperamento y carácter, en pacientes psiquiátricos con y sin consumo de sustancias. *Póster en el XI Congreso de la Sociedad Española de Toxicomanías*.

Green, A., Drake, R., Brunette, M. y Noordsy, D. (2007). Esquizofrenia y trastorno por consumo de sustancia concomitante. *American Journal Psychiatry (Ed Esp)*10, 6.

Guerra, Moreno y Carballoso (2011-2013). Patología Dual: trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en mujeres drogodependientes. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 11(2-2014).

Guerrero, J. y Martínez, P. (2008). La influencia de la personalidad en la adaptación psicosocial de los pacientes con trastornos psicóticos. *Psicología online*. Recuperado el 28 de Noviembre del 2014 de: http://www.psicologia-online.com/articulos/2009/04/influencia_personalidad.shtml

Gutiérrez-Zotes, J., Cortés, M., Valero, J., Peña, J. y Labad, A. (2005). Propiedades psicométricas de la versión española abreviada del TCI-R (TCI-140) y su relación con las Escalas de la Personalidad Psicopatológica (MMPI-2 PSY-5) en pacientes. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33.

Haro, G; Bobes, J; Casas, M; Didia, J; Rubio, G. (Eds.) (2010). Tratado sobre Patología Dual. Reintegrando la Salud Mental. *Mra Ediciones S.L.*

Herrán, A., Sierra-Biddle, D., Cuesta, M. J., Sandoya, M. y Vázquez-Barquero, J. L. (2006). Can personality traits help us explain disability in chronic schizophrenia?. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 538-545.

Ismael, F. y Baltieri, D.A. (2013). Role of personality traits in cocaine craving throughout an outpatient psychosocial treatment program. *Revista Brasileira de Psiquiatría*, 36, 24-31.

Lobo, A. (1998). Originales y Revisiones. Esquizofrenia y consumo de drogas. *Psiquiatría Pública*, 10(6).

López, A. y Becoña, E. (2006). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema*, 18, 578-583.

López, A. y Becoña, E. (2007). Sintomatología depresiva en personas con dependencia de la nicotina y dependencia de cocaína que demandan tratamiento. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 7, 161-171.

Lysaker, P. H., Wilt, M. A., Plascak-Hallberg, C. D., Brenner, C. A., y Clements, C. A. (2003). Personality dimensions in schizophrenia: Associations with symptoms and coping. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 80-86.

Márquez-Arrico, J.E. y Adán, A. (2013). Patología dual y rasgos de personalidad: situación actual y líneas futuras de trabajo. *Adicciones*, 25 (3), 195-202.

Miquel, Roncero, López-Ortiz y Casas. (2011). Diferencias de género epidemiológicas y diagnósticas según eje I en pacientes con Patología Dual. *Adicciones*, 23(2), 165-172.

Montenegro, M. (2010). Protocolos e Instrumentos para el manejo de la patología dual. *Seminario Internacional de CONACE. Santiago, Chile. Centro de Extensión Universidad Católica.*

NIDA. Principios de Tratamientos para La Drogadicción: una guía basada en investigaciones. *NIH 2001*. Recuperado de: <http://www.nida.nih.gov/PODAT/spanish/PODATIndex.html>

Ochoa, E. (2000). Cocaína y comorbilidad psiquiátrica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28(1), 40-52.

Pardo, E., Agut, M. y Villate, I. (2004). Temperamento y carácter en adictos a cocaína y a opiáceos. *Adicciones*, 16(4).

Pedrero, E. (2008). Personalidad y adicciones: relaciones empíricas desde diversos modelos teóricos e implicaciones para el tratamiento. *Revista peruana de drogodependencias*, 6(1), 9-54.

Pedrero, E. y Rojo, G. (2008). Diferencias de personalidad entre adictos a sustancias y población general. Estudio con el TCI-R de casos clínicos con controles emparejados. *Adicciones*, 20 (3), 251-262.

Pedrero, E. y Ruíz, J.M. (2012). Subtipos de adictos a la cocaína con y sin consumo problemático de alcohol asociado: hacia una neuropsicología de la personalidad aplicada a la clínica. *Adicciones*, 24(4), 291-300.

Pérez de Heredia, J.L., González, A., Ramírez, M., Imaz, A. y Ruíz, J. (2001). Abuso y dependencia de sustancias en el trastorno bipolar. *Trastornos Adictivos*, 3 (Monográfico 2), 19-24

Sáiz, P.A., González, M^aP., Jiménez, L., Delgado, Y., Liboreiro, M^aJ., Granda, B. y Bobes, J. (1999). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y rasgos de personalidad en jóvenes de enseñanza secundaria. *Adicciones*, 11(3), 209-220.

San, L. (2004). Consenso de la SEP sobre patología dual. *Barcelona: Psiquiatría. Editores.*

Silverstein, M. L., y McDonald, C. (1988). Personality trait characteristics in relation to neuropsychological dysfunction in schizophrenia and depression. *Journal of Personality Assessment*, 52, 288–296.

Szerman, N., Expertos, C., Torrens, M., Basurte, I., Ramírez, J., y Martínez-Raga, J. (2012). Patología Dual y psicosis. Un desafío en la clínica diaria. *SEPD Adicciones y otros trastornos mentales*.