



**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES**

**LA COCAÍNA EN LOS TRASTORNOS
DE PERSONALIDAD DE TIPO B**

Autora: Lucía Monzón Peleato
Directora: María Iria Arbaiza del Río

Madrid
Abril de 2018

Índice

1. Introducción y Objetivos _____	2
2. Personalidad _____	4
3. Trastornos de personalidad _____	7
4. Drogodependencia _____	11
5. Cocaína _____	12
6. Teorías de la drogodependencia _____	15
7. Relación entre cocaína y trastornos de la personalidad _____	18
8. Conclusiones _____	24
9. Bibliografía _____	26

1. Introducción.

El consumo abusivo de sustancias estimulantes supone un grave problema de adicción en todo el mundo, con el que tienen que lidiar los diferentes programas para el tratamiento de drogodependientes. Esto ha generado un crecimiento en el número de este tipo de programas de intervención específicos para esta problemática. En este contexto y partiendo del enfoque de la comorbilidad, el estudio de los trastornos de tipo dual han generado un gran interés, concretamente en el ámbito de la adicción (Fernández-Montalvo y Lorea, 2007).

El objetivo de obtener unas mejores tasas de éxito respecto a los tratamientos en drogodependientes, ha centrado la atención especialmente en el control de las variables que interfieren en estos tratamientos. En consecuencia, se ha desarrollado un interés creciente por estudiar de los patrones de personalidad más prevalentes en esta población concreta (Fernández-Montalvo y Lorea, 2007).

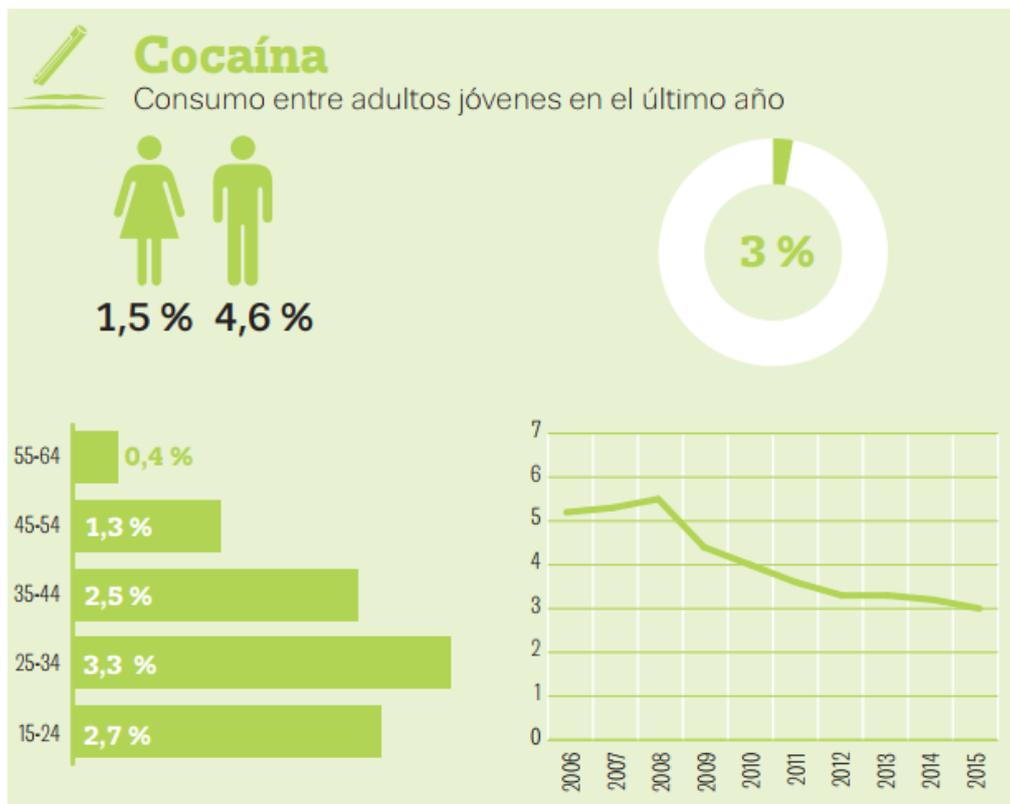
Gran parte de los problemas asociados al uso de sustancias estupefacientes vienen dados por patrones de personalidad disfuncionales, que se estabilizan a lo largo del tiempo. Estas pautas de relación con el entorno pueden ser una justificación para la permanencia del comportamiento adictivo, y por lo tanto para el fracaso de las intervenciones asociadas a su remisión. Además, también suponen una dificultad añadida a los pacientes a la hora de manejar sus problemas con la adicción (Lagares et al., 2003). El estudio, tanto teórico como experimental, de los trastornos de la personalidad en sujetos dependientes de la cocaína es esencial para diseñar y desarrollar una práctica clínica eficaz. Estas investigaciones suponen una ventaja para las futuras intervenciones terapéuticas, definiendo de este modo, cuatro aspectos básicos:

- i)* Predecir la probabilidad de adherencia al tratamiento y acatamiento de las prescripciones terapéuticas.
- ii)* Modulación de los tratamientos en función de las características individuales de cada paciente.
- iii)* Mejor definición de los objetivos a nivel terapéutico.

iv) Valorar el aumento o disminución de la rigidez con la que se estructura el contexto de la terapia (Fernández-Montalvo et al., 2009).

Por otra parte, los niveles de consumo de cocaína en España se encuentran entre los más elevados de la Unión Europea, y esta tasa se ha mantenido estable durante los últimos años. En particular, España ocupa el tercer lugar tras el Reino Unido y los Países Bajos. Así, en torno al 30% de los adultos en España admite haber consumido drogas en algún momento, y este consumo se ha mantenido estable durante los últimos años. Las drogas ilegales más consumidas en nuestro país son el cannabis y la cocaína. (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017).

Como se muestra en el siguiente gráfico, un 3% de la población española entre los 15 y los 34 años consume habitualmente cocaína, estando este consumo más extendido entre los hombres (4,6%), que entre las mujeres (1,5%). (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017).



Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2017), España, Informe del país sobre drogas, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea (Luxemburgo).

Todos datos indican que es necesario seguir investigando en la interrelación entre la drogodependencia y los trastornos de personalidad para mejorar las tasas de éxito en los tratamientos. En este contexto, los objetivos específicos de este *Trabajo Fin de Grado* son:

- Realizar un análisis del problema de la drogodependencia en España, concretamente de la cocaína.
- Revisar sobre los diversos modelos explicativos de la drogodependencia que están actualmente vigentes.
- Analizar sobre las potenciales relaciones entre los trastornos de personalidad y la adicción a la cocaína.
- Conocer la relación entre los trastornos de personalidad y las adicciones, dado que este conocimiento es muy relevante para la prevención y el tratamiento de las mismas.
- Profundizar, si es posible, en la controversia sobre si el trastorno de personalidad es uno de los causantes de la conducta adictiva, o si por el contrario, es la dependencia a las drogas lo que provoca un trastorno de personalidad.

2. Personalidad.

Antes de abordar los principales trastornos de la personalidad, en este apartado se presenta una breve descripción del concepto de personalidad y de los modelos y teorías que se han ido desarrollando para estudiar sus características.

La personalidad se define como la organización de las formas de reaccionar de un individuo, sus hábitos y los aspectos físicos que dan lugar a su modo de comportamiento en sociedad. Además, es la forma mediante la cual la persona establece un ajuste entre su mundo interno y los estímulos del contexto en el que vive mediante unas actitudes y conductas integradas (Leal et al., 1997, citado en Sinisterra y Cruz, 2009).

Dentro del concepto personalidad encontramos dos dimensiones definitorias: los factores caracterológicos, que provienen del ambiente; y los temperamentales, los cuales vienen dados por la biología de cada individuo (Caballo, 2004).

El carácter viene determinado por aspectos psicosociales que se adquieren a través de la experiencia y el aprendizaje. La experiencia y los diversos procesos de socialización influyen en gran medida en la formación del carácter de un individuo. Un aspecto relevante en este proceso es la formación de esquemas, especialmente durante la infancia. Estos esquemas hacen referencia a la elaboración de creencias básicas, por parte de cada persona, sobre el mundo, el futuro e incluso sobre sí mismo (Caballo, 2004).

En definitiva, las experiencias y reacciones pasadas organizan los esquemas dando lugar a un conocimiento persistente que guía la percepción y valoración posterior (Segal, 1988).

Por otro lado, el temperamento está influenciado también por los aspectos innatos, constitucionales y genéticos, constituyéndose de este modo el componente biológico de la personalidad (Caballo, 2004).

A este respecto, se plantean cuatro dimensiones que vendrían determinadas biológicamente: i) búsqueda de novedad o activación conductual; ii) evitación del daño o inhibición conductual; iii) dependencia de la recompensa o mantenimiento conductual; y iv) persistencia (Caballo, 2004).

En paralelo, a comienzos de los años 80 se proponen cinco grandes factores para analizar la personalidad. (Goldberg, 1981). A partir de estos estudios a mediados de la década se desarrolló un cuestionario de personalidad (NEO-PI) en el cual se operativizan estos factores (McCrae & Costa, 1985).

Estos cinco grandes factores son (Ter Laak, 1996):

- Extroversión: evalúa las interacciones entre las personas, los niveles de actividad, la necesidad de estímulos, la capacidad de disfrutar, la afectividad, el gregarismo, la asertividad y la búsqueda de emociones.

- Agradabilidad: honradez, confianza, cumplimiento, altruismo, modestia, sensibilidad. Suelen evitar los conflictos y la expresión de hostilidad.
- Consciencia (responsabilidad, seguridad): competencia, orden, capacidad de autocontrol de los impulsos, obediencia, autodisciplina y reflexión. Además implica la capacidad de imponerse metas a largo plazo y hacerlo posible por conseguirlas.
- Neuroticismo (Estabilidad Emocional, Inquietud): hostilidad colérica, ansiedad, depresión, timidez, vulnerabilidad, impulsividad.
- Apertura a la Experiencia (Cultura, Intelecto, "Intelectancia"): sentimientos, fantasía, acciones, ideas, valores. Son personas curiosas intelectualmente, buscar nuevos planteamientos y posibilidades, lo que en algunos se transforma en tendencias artísticas y creatividad.

No obstante, ya a finales de los años 60 se propuso un modelo tridimensional de personalidad con base biológica (Eysenck, 1967). En este modelo se establece una jerarquía partiendo de tres grandes rasgos, los cuales se subdividen en otros nueve:

- Neuroticismo: las personas con altos niveles son inestables emocionalmente, ansiosas, preocupadizas y con labilidad emocional.
- Psicoticismo: Puntuaciones altas en este factor representan a personas solitarias, crueles, frías, inhumanas e insensibles. Demuestran una falta de empatía y pueden mostrarse hostiles y agresivos.
- Extroversión: Refleja el grado en que una persona es sociable y participativa en su relación con los demás. Una persona con altos niveles demuestra vivacidad, asertividad, actividad despreocupación, dominancia, espontaneidad y búsqueda de sensaciones.

Según la teoría Biosocial (Millon, 1976), aporta una perspectiva integradora de la personalidad además de instrumentos de evaluación fiables. Esta teoría se basa en la expresión neurobiológica y metabólica de los componentes genéticos y su interacción con la búsqueda de reforzamiento y los factores de aprendizaje. Esta interacción está regulada a través de tres polaridades: actividad-pasividad, placer-dolor y yo-otros. Los trastornos suponen una combinación de las polaridades con un patrón desadaptativo

continuo. (Lagares et al., 2003). A partir de esta teoría se ha desarrollado el instrumento de evaluación denominado Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III) facilitando de este modo la medida de estos patrones disfuncionales en la conducta (Reminger, 2011).

Los modelos expuestos anteriormente son algunos de los más relevantes en esta área, sentando las bases, para el estudio de la personalidad. Partiendo del conocimiento de las características y aspectos normales de la personalidad se abordan ahora los principales trastornos asociados a ella.

3. Trastornos de personalidad.

Los trastornos de personalidad se definen como rasgos inflexibles de personalidad que suponen una desadaptación para el individuo puesto que le alejan de su entorno cultural habitual. Se inician en la adolescencia o en las primeras etapas de la edad adulta y causan malestar y un perjuicio en la funcionalidad de la persona (American Psychiatric Association, 2002).

Según la DSM-5 se considera una pauta estable en las vivencias internas y en la conducta del individuo que se alejan de las expectativas de su entorno afectando a dos (o más) de las siguientes áreas: Cognición (manera en la que se percibe e interpreta la realidad), afectividad (respuestas emocionales), actividad interpersonal y control de impulsos (American Psychiatric Association, 2014).

Los patrones de respuesta son rígidos y afectan a una gran variedad de situaciones tanto en el área personal como en la social. Provocan un malestar clínicamente significativo y un perjuicio laboral, social o de otros aspectos importantes en la actividad de la persona. Estas pautas son estables y duraderas a largo plazo, se inician durante la adolescencia, o a comienzos de edad adulta. En cuanto a sus orígenes, no están causados por la manifestación de otro trastorno mental, ni provocados por los efectos fisiológicos de una sustancia o por una enfermedad de tipo médico (American Psychiatric Association, 2014).

Habitualmente aparecen tres tipos (clusters) de trastornos de la personalidad, los de tipo A, de carácter raro o excéntrico, donde se incluyen los subtipos paranoide, esquizoide y esquizotípico; de tipo B caracterizados por ser dramáticos, emotivos o inestables, entre los que se encuentran los subtipos antisocial, límite, histriónico y narcisista; y por último el tipo C, que son ansiosos o temerosos, entre los que se encuentran el evitativo, el dependiente y el obsesivo-compulsivo (American Psychiatric Association, 2014).

- **Cluster A**

El *trastorno paranoide de la personalidad* se caracteriza por un patrón general de recelo y de falta de confianza, de modo que las intenciones del otro se interpretan como malas. Esta desconfianza se puede manifestar en varios contextos: Sospecha sin justificación de una intención por parte de los demás, de aprovechamiento, daño o engaño, preocupación por falta de fidelidad o lealtad de personas cercanas, falta de confianza derivada del temor a que la información sea utilizada para perjudicarlo, búsqueda de significados ocultos, rencor y predisposición al contraataque (American Psychiatric Association, 2014).

El *trastorno esquizoide de la personalidad* se define como un patrón de desapego de las relaciones de la vida social y una limitación en la expresión de las emociones. Podemos encontrar esta pauta en varios de los siguientes contextos: falta de motivación a la hora de establecer relaciones sociales y familiares, preferencia por actividades que pueda realizar en solitario, falta de apetencia sexual, no posee personas de confianza, indiferencia hacia las opiniones de los demás, frialdad y aplanamiento afectivo (American Psychiatric Association, 2014).

El *trastorno esquizotípico de la personalidad* se caracteriza por la incapacidad para establecer relaciones sociales e interpersonales y por gran malestar asociado a éstas. Además, aparecen distorsiones en la cognición o percepción y manifestándose a través de conductas excéntricas. Podemos encontrar esta pauta en varios de los siguientes contextos: ideas de referencia, creencias, lenguaje o pensamiento extraños que no son acordes con la cultura del sujeto, ideación paranoide, restricción en la expresión

afectiva, apariencia excéntrica, ausencia de personas de confianza exceptuando familiares cercanos, excesiva ansiedad social relacionada con el temor de tipo paranoide (American Psychiatric Association, 2014).

Los trastornos de la personalidad tipo A son muy cuestionados porque podrían confundirse con el preámbulo de una esquizofrenia (American Psychiatric Association, 2014).

- **Cluster B**

El *trastorno antisocial de la personalidad* se caracteriza por la falta de aprecio y la violación de los derechos del otro. Se comienza a observar a partir de los quince años de edad y aparece en varios de los siguientes contextos: Incapacidad para adaptarse a la norma social quebrantando de este modo la ley, falta de honestidad para obtener beneficios, falta de control en los impulsos y de planificación, conducta agresiva, falta de preocupación por la propia seguridad o por la del otro, ausencia de capacidad para asumir responsabilidades, falta de remordimientos (American Psychiatric Association, 2014).

El *trastorno límite de la personalidad* se caracteriza por la falta de estabilidad en la autoimagen, en la afectividad y en las relaciones interpersonales, además de un comportamiento notablemente impulsivo. Podemos encontrar esta pauta en varios de los siguientes contextos: miedo exacerbado ante el abandono, actuando constantemente para evitarlo; inestabilidad interpersonal, que se demuestra en la alternancia entre los polos idealización-devaluación; amenazas; comportamiento o intentos de suicidio; reactividad anímica; sentimiento continuo de vacío; mal manejo de la ira o ideación paranoide que puede darse de forma transitoria, como consecuencia del estrés o bien de síntomas disociativos severos (American Psychiatric Association, 2014).

El *trastorno histriónico de la personalidad* se caracteriza por una emotividad exacerbada y continuos intentos para captar la atención de los demás. Podemos encontrar esta pauta en varios de los siguientes contextos: incomodidad ante

situaciones en la que la atención no se centra en él, utiliza un patrón de seducción y de provocación en sus relaciones interpersonales, la expresión emocional cambia de un polo al opuesto constantemente y es muy superficial. Además, utiliza su aspecto para captar la atención del otro, un lenguaje subjetivo, el dramatismo, la teatralidad, es fácilmente sugestionable por los demás y habla de sus relaciones de una forma más íntima de lo que son realmente (American Psychiatric Association, 2014).

Por último, el *trastorno narcisista de la personalidad* se caracteriza por una grandiosidad exagerada, una necesidad de ser admirado y por la falta de empatía. En particular, las características más habituales son: tener sentimiento de autoimportancia y la necesidad de ser visto por los demás como alguien superior; fantasear con el éxito y el poder; pensar que se es especial y que solo se relacionan con él personas de alto nivel o muy bien valoradas; buscar ser alagado continuamente, ser pretencioso; utilizar las relaciones interpersonales para obtener beneficios. A demás suelen envidiar al otro y creer que son envidiados, comportándose de una forma arrogante (American Psychiatric Association, 2014).

- **Cluster C**

El *trastorno de la personalidad evasiva* se caracteriza por una inhibición a nivel social, por la visión de uno mismo como alguien inferior al resto y por una excesiva sensibilidad hacia las críticas. Las personas que sufren este trastorno suelen manifestar vAndrés de las siguientes características: evitan actividades en las que tengan que desenvolverse socialmente; no se involucran con los demás si no saben que van a agradarles; se muestran reprimidos en las relaciones de intimidad por miedo a la vergüenza; se perciben como poco capaces y poco interesantes para los demás mostrándose reticentes a asumir riesgos en el plano interpersonal (American Psychiatric Association, 2014).

En cuanto al *trastorno dependiente de la personalidad*, éste se caracteriza por la imposibilidad asumir sus propias responsabilidades, por lo que necesita constantemente del otro para que se ocupe de él. Esto provoca conductas de sumisión a los demás, con gran temor ante la pérdida del otro. Podemos encontrar esta pauta

en varios de los siguientes contextos: falta de iniciativa en la toma de decisiones; problemas para mostrar desacuerdo, provocados por el miedo a la pérdida del otro; dificultad para desarrollar los propios proyectos; necesidad de protección excesiva; viéndose incapaz de cuidar de sí mismo, buscando siempre relaciones que le aporten seguridad (American Psychiatric Association, 2014).

Por último el *trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad* se caracteriza por un sentimiento excesivo de necesidad de control, orden y perfección; y una falta de eficiencia, espontaneidad y flexibilidad. Este trastorno se manifiesta a través de alguna de las siguientes maneras: preocupación excesivamente por los detalles y las normas, perdiendo de este modo su objetivo final; extremada necesidad de perfección, lo que interfiere en sus tareas; no da importancia a las actividades de ocio puesto que está centrado en la productividad; excesiva terquedad y escurpulosidad con la moralidad y la ética. Suele guardar una gran cantidad de objetos que han perdido su utilidad, mostrándose tacaño con los gastos, rígido y obstinado. Además se muestra reticente a la delegación de tareas en los demás (American Psychiatric Association, 2014).

4. Drogodependencia.

La *drogodependencia* es un estado psíquico, y en ocasiones también físico, producido por la interacción entre un individuo y una droga. Como resultado de esta interacción se modifican una o más funciones en el organismo y aparecen una serie de respuestas que inducen a la compulsión en el consumo de la sustancia con el objetivo de experimentar sus efectos o bien para evitar las consecuencias que provocan la falta de ésta (Organización Mundial de la Salud, 1964, citado en Pérez y Guardiola, 2013).

Por *droga* se entiende toda aquella sustancia de tipo farmacológico cuyo consumo afecta al sistema nervioso central produciendo, una alteración en la conciencia, las funciones psíquicas, el pensamiento, la sensopercepción y el comportamiento del individuo (Bobes et al., 2015).

Según la DSM-5, los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias.

Dentro de los trastornos por consumo nos vamos a centrar en los relacionados con los estimulantes. Se basan en el consumo de cocaína, sustancias anfetamínicas u otro tipo de estimulantes que deteriora en gran medida al individuo. Bajo este tipo de dependencia a lo largo de un periodo de unos doce meses se expresan 2 o más de los siguientes síntomas (American Psychiatric Association, 2014):

- Las sustancias estimulantes son consumidas con mayor frecuencia, duración o cantidad de lo esperado.
- Aparece un deseo constante o múltiples intentos de frenar o controlar el consumo.
- Se utiliza una gran parte de tiempo en todo lo relacionado con la adquisición de la sustancia, su consumo o en la vuelta a la normalidad tras los efectos provocados por esta.
- Disminución de la actividad en áreas como la social, laboral o el ocio provocada por el consumo de sustancias.
- A pesar de conocer sus consecuencias físicas y psicológicas, no se frena el consumo de sustancias.
- Aparece una fuerte necesidad por consumir las sustancias estimulantes.
- El consumo da lugar a un déficit en las actividades relacionadas con múltiples ámbitos de la vida de la persona.
- No se deja de consumir el estimulante aun sabiendo que genera problemas psicológicos o físicos persistentes.
- Tolerancia, necesidad de aumentar la dosis de la sustancia para obtener el mismo efecto en los niveles de intoxicación o el nivel de intoxicación disminuye si se mantiene la cantidad de sustancia consumida.
- Abstinencia, la interrupción o descenso del consumo durante un largo periodo de tiempo de una sustancia en grandes niveles genera un síndrome específico. Esto provoca molestias significativas a nivel clínico o un empobrecimiento en la actividad de múltiples áreas del individuo. Puede dar lugar a que se vuelva a consumir la sustancia con el fin de apaciguar estos síntomas.

5. Cocaína

La cocaína es una droga de tipo estimulante que afecta al sistema nervioso central. Habitualmente se consume esnifada, sus efectos son casi inmediatos y tienen una duración de 2 a 3 horas (Ministerio de sanidad y consumo, 2007). Sus formas más comunes de presentación son(Allen, D. 1987):

- *Hoja de coca*. En este proceso, la hoja de la planta de coca se mastica, junto con una mezcla base que contiene cal, lo cual facilita la liberación de la cocaína y ayuda a digerirla. Consumida de esta forma, la hoja de coca proporciona un efecto sutil, con una leve estimulación, de efecto duradero. Se observa una elevación del estado de ánimo, un aumento de la resistencia física y una disminución del apetito.
- *Pasta de coca*. La pasta de coca es un producto intermedio en la fabricación del *clorhidrato de cocaína*. Contiene entre un 40% y un 90% de *sulfato de cocaína*, además de otros alcaloides presentes en la hoja coca. Además suele contener compuestos contaminantes utilizados en el proceso de refinación, como el queroseno y el ácido sulfúrico. La pasta se consume fumada en forma de cigarrillos, mezclándola con tabaco o marihuana.
- *Clorhidrato de cocaína esnifado*. En este método, el polvo de *clorhidrato de cocaína* se inhala por la nariz, produciendo una sensación de euforia casi inmediata que dura de diez a treinta minutos. La eficacia de la absorción de cocaína por este método puede variar entre el 30% y el 60%, dependiendo de la calidad, cantidad y duración de uso. Esta forma de consumo puede provocar concentración deficiente, pérdida de motivación, malas actitudes laborales y finalmente depresión y paranoia.
- *Clorhidrato de cocaína por vía intravenosa*. La cocaína intravenosa tiene un potencial de dependencia muy alto debido a la entrada directa en el torrente sanguíneo, y a la elevada velocidad de administración con la que finalmente llega al cerebro. Además de las secuelas características del abuso de la cocaína, esta forma de consumo tiene severas complicaciones adicionales como son la aparición de flebitis y/o el contagio de enfermedades graves como la hepatitis o el SIDA.
- *Crack o "Rock Cocaine"*. El consumo de esta forma, es la manera más eficiente de que la cocaína llegue al cerebro en muy poco tiempo. En este caso, el clorhidrato de cocaína se mezcla con bicarbonato sódico y la pasta formada se consume fumándola.

Este estimulante aumenta la actividad del sistema de neurotransmisión dopaminérgico lo cual provoca los siguientes efectos a corto plazo: Aumento en la excitación del sistema motor y del nivel de actividad del individuo, cambios emocionales, incremento de la capacidad de atención y concentración que conlleva un aparente aumento del rendimiento intelectual, incremento de la frecuencia respiratoria y cardíaca; y un aumento de la tensión arterial (Ministerio de sanidad y consumo, 2007).

El consumo de cocaína induce a su abuso en gran medida. Aunque aparentemente muchas personas parecen utilizarla de forma inofensiva, realmente se producen variaciones neuroquímicas que llevan a la compulsión dando lugar a los síndromes de tolerancia y abstinencia. En el sistema de recompensa relacionado con el consumo de cocaína están implicados el hipotálamo lateral, área tegmental ventral, áreas de la corteza prefrontal y haz prosencefálico medial. Este circuito de recompensa se activa por los mismos procedimientos de reforzamiento que el resto de drogas de abuso. El consumo de cocaína parece estar regulado por la inhibición de la recaptación de dopamina por efecto presináptico en las neuronas dopaminérgicas. La cocaína posee una vida media corta por lo que su consumidor necesita tomar dosis frecuentemente para conseguir que los efectos se mantengan. Las personas dependientes presentan cambios en la conducta en un periodo corto de tiempo (Bobes et al., 2015).

La intoxicación por cocaína genera un efecto de euforia (“high”), aumento de la percepción de confianza y vigor, inquietud, ansiedad, sociabilidad, hipervigilancia y percepción de incremento de energía entre otros. Pueden aparecer alteraciones perceptivas, además de los síntomas de intoxicación habituales encontramos alucinaciones visuales, auditivas o táctiles (“coke bugs”), o ilusiones, siempre sin delirium (Bobes et al., 2015).

Si se cronifica el consumo puede dar lugar a síntomas paranoides persistentes, insomnio, irritabilidad, inhibición social, impotencia y un fuerte deseo de consumo (craving) (Bobes et al., 2015).

Aparece también afectación neuropsicológica dando lugar a dificultades de aprendizaje, atención, memoria verbal y visual e integración visomotora. Las destrezas

manuales, la memoria a largo plazo y la fluencia verbal no parecen verse afectadas (Bobes et al., 2015).

6. Teorías de la drogodependencia.

El desarrollo de las pautas para la prevención y el tratamiento de los diversos tipos de drogodependencias que aparecen en la sociedad dependen también del marco teórico que se utiliza para analizar este fenómeno. Por ello, en este apartado se presenta una breve descripción de los modelos más habitualmente utilizados para estudiar y analizar sus causas y consecuencias. Estos modelos tienen distinto nivel de complejidad y abordan el fenómeno de la drogodependencia desde distintas perspectivas.

Encontramos múltiples teorías basadas en la visión neuropsicológica de las conductas relacionadas con la drogadicción. Todas asumen que el consumo de sustancias provoca cambios a nivel neuropsicológico y neuroanatómico dando lugar a una neuroadaptación de las funciones de tipo cognitivo, emocional, conductual y motivacional. Estos cambios, a su vez, alteran distintos mecanismos como la atención, las funciones ejecutivas, la integración de información y la concentración. De este modo se ve afectado el área psicosocial y el bienestar de los sujetos dependientes (Fernández et al., 2011).

Aparece también una afectación de las funciones ejecutivas, relacionadas con los sistemas frontocorticales. En consecuencia, aparecen dificultades en la toma de decisiones y en el control conductual, dando lugar a una alteración en el juicio y al aumento de la impulsividad (Bolla et al., 2004, citado en Fernández et al., 2011).

Además, las drogas generan alteraciones tanto en la memoria como en el aprendizaje, modificando de este modo procedimientos como el condicionamiento clásico y la habituación. Estas alteraciones generan una predisposición para al consumo automático cuando se detectan estímulos asociados a las drogas (Everitt et al., 2001, citado en Fernández et al., 2011). Por otro lado, se ven afectados los sistemas relacionados con la recompensa y la motivación, esto hace que se produzca una

estabilización en los valores de motivación de la droga, siendo mayores que los de cualquier otro tipo de reforzador natural (Robinson y Berridge, 2000).

A mediados de los años 80 del siglo pasado, se desarrolló la denominada “teoría de la automedicación”. Este modelo está basado en el riesgo subyacente, determinado por variables internas, principalmente la psicopatología y los trastornos de personalidad, hacia el consumo de determinadas drogas por parte del individuo. Por ejemplo, los cocainómanos presentan habitualmente síntomas depresivos previos a su adicción, los sujetos adictos a la heroína muestran un menor control de su agresividad, y los adictos al alcohol suelen presentar problemas afectivos, o de relación social en su entorno. Según esta teoría, y dado el trastorno psiquiátrico previo, el sujeto va probando distintas sustancias hasta encontrar aquella que le aliviará en mayor medida sus problemas psicológicos subyacentes. Lógicamente, el abuso posterior de esta sustancia acaba en una dependencia que constituye en sí mismo un problema adicional que enmascara el previo (Khantzian, 1985).

En definitiva, según esta teoría, aquellos sujetos que poseen unos síntomas patológicos determinados, y se encuentran aliviados por el consumo de determinadas sustancias, poseerían una mayor vulnerabilidad a ser dependientes de las mismas, las cuales son elegidas en función de sus determinantes internos (Hervás y Peirats, 1996).

Para explicar el desarrollo de la adicción y las diferencias individuales en la susceptibilidad a la misma, el modelo de automedicación propone que los individuos usan drogas intencionadamente para aliviar los síntomas psicológicos que sufren. Esta hipótesis se deriva de las observaciones clínicas, y las respuestas a las encuestas por parte de pacientes adictos que indican una mayor predisposición a la adicción si padecen estados afectivos desagradables y/o trastornos psiquiátricos (Rubio, 2000).

Dado que la hipótesis de la automedicación requiere que los trastornos psicológicos sean anteriores al consumo de drogas, no va a poder explicar aquellos casos de adicción en los que no existe una patología previa subyacente. Otra limitación es que tampoco se consideran los cambios biológicos y psicológicos que ocurren con el uso crónico de drogas, que parecen respaldar y explicar la compulsión en el consumo continuado (Brown y West, 2013).

A pesar de esta limitación, este modelo es capaz de establecer un marco teórico que permite estudiar las potenciales relaciones que se pueden llegar a establecer entre la adicción al consumo de drogas y los trastornos psicológicos (Brown y West, 2013).

La “teoría del aprendizaje” explica la drogodependencia como un fenómeno de adquisición por parte del sujeto, que sigue las leyes del “condicionamiento clásico”, del “condicionamiento operante”, o del “aprendizaje social” (Bandura, 1986).

Aunque los modelos de “condicionamiento clásico” y de “condicionamiento operante” se han venido utilizando para analizar las conductas derivadas de la drogodependencia, es el la “teoría del aprendizaje social”, la que mejor parece explicar este fenómeno (Becoña, 1999).

La teoría del aprendizaje social integra todas las formas de condicionamiento; clásico, operante y vicario, lo que le permite explicar todas las fases de la dependencia: inicio, mantenimiento y abandono, aunque es especialmente válida para explicar la etapa de comienzo de la adicción (Esbensen y Elliot, 1994).

Partiendo de esta misma teoría del aprendizaje social de Bandura, Marlatt establece en 1993 un programa basado en la prevención de recaídas (PR). Se basa en intervenir sobre la anticipación y el afrontamiento de las recaídas en los procesos de cambio de sujetos drogodependientes. La PR tiene una orientación cognitivo-conductual, pues combina modificación de conducta, terapia de tipo cognitivo y reajuste en el estilo de vida (Castilla, 2016).

Marlatt plantea que la persona a lo largo de la fase de abstinencia va experimentando un grado de control cada vez mayor. Esto se relaciona con lo que Bandura definió como autoeficacia, la cual se basa en el conocimiento que tiene un individuo acerca de sus propias capacidades para lograr sus propios objetivos. Sin embargo, esta percepción de control podría desmoronarse cuando la persona se encuentre ante una situación amenazante. Estas situaciones podrían definirse en tres categorías: Estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presión social (Castilla, 2016).

Por otra parte, y aunque la asociación entre trastornos de personalidad y la adicción a una droga determinada no es específica ni excluyente, el modelo bioconductual describe esta asociación a través de tres vías: sensibilidad a la recompensa,

desinhibición comportamental y disminución del estrés (Verheul y van den Brink, 2005, citado en Martínez, 2011).

Finalmente, el “modelo de adaptación” considera que la adicción es consecuencia de los problemas del individuo tanto a nivel personal como del entorno vital que le rodea y de la manera en que los trata de resolver siguiendo determinado estilo de vida. Este modelo asume que la adicción es consecuencia del modo en que la persona interpreta su propia experiencia adictiva y de cómo responde fisiológicamente, emocionalmente y conductualmente a esta adicción. Por tanto, el consumo de estupefacientes es el instrumento que utiliza el sujeto para desarrollar mejor su vida (Peele, 1980).

En origen, el modelo de Peele asume que las dificultades para adaptarse personal y ambientalmente están influenciadas por la genética, el estrés ambiental y por dificultades que se dan a la hora de madurar a nivel personal, dentro de las cuales se incluirían los trastornos de personalidad (Hervás y Peirats, 1996).

7. Relación entre cocaína y trastornos de la personalidad.

Por patología dual se entiende la concurrencia de un trastorno por uso de sustancias (TUS) y un trastorno mental. Aunque no se conocen las causas, éste podría estar relacionado con diversos factores biopsicosociales (Casas et al., 2011).

A partir de la definición de patología dual, se hace una revisión de distintos estudios en los que se pone en relación el abuso de cocaína y la presencia de trastornos de la personalidad (TP).

En cuanto a la prevalencia de los diferentes tipos de trastorno mental en el caso de la patología dual, los datos cuantitativos son bastante dispares y contradictorios dependiendo del contexto en el que se han realizado. Así, en un estudio sobre patología dual en España, se indica que los trastornos más frecuentes son los afectivos (21,6%), seguidos de los de ansiedad (11,7%) y la esquizofrenia (3,1%) (Gual, 2007, citado en Casas et al., 2011). Sin embargo, en otro estudio sobre patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados se encontró que el trastorno mental más común es el de trastorno psicótico, suponiendo más de un 80% de los casos (28,1%

esquizofrenia y 53,1% trastorno esquizofreniforme) (Rodríguez-Jiménez et al., 2008, citado en Casas et al., 2011).

En la actualidad es complicado diferenciar si el trastorno mental y el consumo de sustancias son independientes o están relacionados, lo cual hace que el término de patología dual se haya definido de un modo más amplio (Torrens et al., 2011, citado en Adan y Marquez-Arrico, 2013).

Considerando específicamente la relación entre el consumo de cocaína y los TP, los porcentajes de prevalencia son muy altos. A este respecto, se ha encontrado que dos tercios de una muestra de sujetos que consumen cocaína presentan al menos un trastorno de la personalidad, y además estos trastornos afectan también a la evolución de los pacientes durante el tratamiento (López et al., 2007). En línea con estos datos, en otro estudio se indica que el 74% de las personas que consumen esta droga, y están en tratamiento, presentan un trastorno de personalidad como mínimo, y el 69% de ellos siguen presentando el trastorno durante la fase de abstinencia (Weiss et al., 1993, citado en Becoña y López, 2006).

Sin embargo estos resultados no son definitivos puesto que hay datos contradictorios. Así en una investigación sobre este tema se comparó una muestra de sujetos cocainómanos y con otra de población normal, con iguales características demográficas. Los resultados obtenidos indicaron que solo el 36,7% de los consumidores de cocaína poseía al menos un trastorno de personalidad y dentro de este porcentaje, el 15% presentaban 2 o más. En cuanto a la población normal, solo el 16% de ellos poseía algún tipo de trastorno de la personalidad (Andrés et al., 2012).

Centrándose en la población española en tratamiento ambulatorio, se concluye que un 64,3% de los consumidores de cocaína poseen algún tipo de trastorno de la personalidad. (Larrazabal y Sanz, 2002, citado en López y Becoña, 2006). En comparación, en un estudio realizado en Estados Unidos el porcentaje era mucho mayor alcanzando el 97% de los casos (Calsyn y Saxon, 1990).

Por su parte, en los resultados obtenidos en la población normal, la tasa de prevalencia de los trastornos de personalidad se encuentra entre el 10-15% (Fernández, 2002,

citado en López y Becoña, 2006), en concordancia con lo obtenido en otros trabajos (Andrés et al., 2012).

Además de estos resultados en régimen ambulatorio, se ha obtenido que dentro de las escalas básicas de personalidad, el 40,5% presenta personalidad pasivo-agresiva y personalidad antisocial, el 36,8% la histriónica y el 39,8% la narcisista; respecto a las escalas de personalidad patológica cabe destacar el trastorno límite que se presenta en un 50% de los casos (Pedrero et al., 2003)

En cuanto a la discriminación de los distintos tipos de trastornos de la personalidad que aparecen en esta patología dual se ha encontrado que los trastornos más prevalentes son los que corresponden al clúster B (41,6%), especialmente el trastorno límite y el trastorno antisocial (Skinstad y Swain, 2001; James y Taylor, 2007; Torgensen et al., 2001 citando en Adan y Marquez-Arrico, 2013). En particular, para los distintos trastornos, se ha obtenido que el límite supone el 40,0% de los casos, el paranoide el 28,9%, el antisocial el 24,4% y el narcisista 22,2% (Brady y Sonne, 1998).

Sin embargo, hay cierta disparidad a cerca de estos resultados. Así en un trabajo realizado en España, un estudio con consumidores de cocaína concluyó que el 46,9% de la muestra presentaba trastorno pasivo-agresivo y dependiente, el 40,6% indicaba personalidad autodestructiva y el 31,3% trastorno límite, (Pedrero et al., 2003). Siguiendo esta pauta de prevalencia, en otro estudio se ha encontrado un orden similar pero con valores bastante inferiores: pasivo-agresivo (10%), el dependiente (10%), el obsesivo-compulsivo (6,7%) y el histriónico (6,7%) (Andrés et al., 2012).

Atendiendo simplemente a las escalas básicas de personalidad los resultados encontrados indican una mayor prevalencia de la escala pasivo-agresiva con 42,2%; la antisocial con un 38,8%; la narcisista con un 35,3%; y la histriónica con un 32,4%. Entre las escalas de personalidad patológica destaca el trastorno límite (16,7%) y el paranoide (10,8%) (Fernández-Montalvo y Lorea, 2007). En otro estudio en el que los adictos a la cocaína realizaron el MCMI-II antes de ponerse en tratamiento obtuvieron resultados similares en las escalas básicas de personalidad: pasivo/agresiva (33,3%), antisocial (22,5%) y narcisista (18,6%). También es notorio el resultado obtenido en la

escala límite (7,8%), dentro de las escalas de personalidad patológica (Andrés et al., 2012).

Estos datos nuevamente indican que existe una cierta prevalencia de los trastornos de personalidad en sujetos dependientes, aunque hay una gran variabilidad en la frecuencia de aparición cada uno de ellos. Esta variabilidad probablemente esta ocasionada por problemas metodológicos y por problemas en la definición de los constructos (Andrés et al., 2012).

Una posible forma de entender el uso de sustancias es considerarlo como una de las diversas estrategias tranquilizadoras utilizadas por pacientes que tienen problemas de personalidad (por ejemplo, desregulación emocional y deficiencias sociales) (Philips, Kahn y Bateman, 2012).

También se ha demostrado que no hay un predominio de los trastornos de la personalidad solo durante los períodos de consumo de drogas. Si hubiese sido así, se podría haber argumentado que los pacientes que manifestaron dificultades de personalidad solo en estas circunstancias no tenían, de hecho, verdaderos trastornos relacionados con la misma. Sin embargo, la mayoría de los pacientes con estos rasgos o comportamientos desadaptativos afirmaron tener trastornos, independientemente del consumo de drogas. Las evidencias experimentales sugieren la presencia, en esta población, de una disfunción de la personalidad que va más allá del deterioro inevitablemente ocasionado por la sustancia. No obstante, es posible que la dependencia a la cocaína y al estilo de vida asociado a la misma, produzcan cambios de personalidad que no pueden trasladarse fácilmente en la terminología diagnóstica del eje II del DSM-5, o que trasciendan los límites tradicionales del trastorno de la personalidad. Por ejemplo, un paciente dependiente de cocaína podría mostrar suspicacia, explotación interpersonal, falta de amigos, baja tolerancia a la frustración, falta de control de la ira y mentira compulsiva. Aunque tal espectro de síntomas es común en los adictos a las drogas, estos comportamientos representan también síntomas de trastornos de la personalidad de los tres clústers. De hecho, el esquema tradicional de clasificación de trastornos de personalidad DSM-5 puede tener algunas

limitaciones en la evaluación de pacientes dependientes de fármacos al inicio del tratamiento (Griffin et al., 1993).

Como ejemplo, en un estudio con una muestra de 32 cocainómanos los resultados demuestran que en la mitad de ellos predomina el patrón agresivo, presentando trastorno pasivo/agresivo con criterios de intensidad. En este caso no se puede concretar si es la cocaína la que promueve este tipo de comportamientos agresivos o, por el contrario, son los sujetos dependientes los que eligen una sustancia en concreto para potenciar sus niveles de agresividad. Por el contrario, el otro grupo de cocainómanos mostraría un patrón opuesto, pues se mueven más en el polo de la dependencia puntuando en trastorno dependiente y trastorno autodestructivo. Esto puede dar lugar a pensar que la cocaína está cumpliendo la función de automedicación con el objetivo de compensar un bajo auto-concepto, con todos los problemas que eso conlleva y las consecuencias depresoras derivadas de la abstinencia de cocaína (Pedrero et al., 2003).

Además, es conocido, que los trastornos de personalidad son un factor de riesgo durante el proceso de un trastorno relacionado con la adicción. Desde el enfoque opuesto, parece lógico asumir que el comportamiento derivado de los efectos de la cocaína puede suponer también una disfunción en determinados rasgos de personalidad (Newlin, 2002, citado en Fernández-Montalvo et al., 2009).

Para el caso particular del trastorno por dependencia, estos sujetos poseen un sentimiento básico de indefensión y de falta de seguridad, el cual tratan de subsanar mediante la búsqueda continua en sus relaciones de consejo, seguridad y afecto (Fernández-Montalvo et al., 2009). Por tanto, en este punto, es relevante señalar que el hecho de consumir cocaína podría dar lugar a generar en el sujeto un estado transitorio de sensación básica de seguridad y capacidad para afrontar la propia vida (Newlin, 2002, citado en Fernández-Montalvo et al., 2009).

Respecto al trastorno pasivo-agresivo, éste se caracteriza por un constante sentimiento de duda e incertidumbre entre dejarse llevar por sus propias voluntades o por las del resto. Su comportamiento suele ser imprevisible pues está guiado por

diversos impulsos contradictorios. Esto puede relacionarse con los sentimientos de ambivalencia en la motivación que pueden observarse en un gran número de dependientes de la cocaína. También es habitual que el sujeto dependiente sea capaz de reconocer las consecuencias dañinas de la cocaína, pero que, sin embargo, siga manteniendo la esperanza de poder ejercer control sobre su propio consumo, sin dejar de consumirla (Gawin et al., 1997, citado en Lorea et al., 2009).

En estudio recientes se ha debatido sobre si la correlación se debe establecer entre el TUS y los TP en general, o específicamente, entre el TUS y los TP pertenecientes al clúster B. Dentro de este debate se considera si la interpretación de esta correlación se ve complicada por el hecho de que existe superposición de ciertos rasgos entre las definiciones de los trastornos de tipo B, como por ejemplo, la impulsividad que es un rasgo común al trastorno límite de la personalidad y al antisocial (Arefjord et al., 2017). A pesar de estos condicionantes, sí que se ha encontrado que al analizar los criterios generales para los TP, el trastorno límite es un predictor fiable de TUS (Jahng et al., 2011, citado en Arefjord et al., 2017) aunque esta correlación podría estar vinculada a través de la impulsividad, como se ha mencionado (Jahng et al., 2011, McGlashan et al., 2000 citado en Arefjord et al., 2017).

Finalmente, como ya ha sido puesto de manifiesto a lo largo de este apartado uno de los problemas que más frecuentemente a la hora de extraer conclusiones inequívocas de los estudios realizados en este campo es el problema metodológico, es decir el asociado a los propios instrumentos con que se realizan las conclusiones. En la mayoría de los estudios se evalúan los trastornos pertenecientes al Eje II a través de autoinformes como el Millon Clinical Multiaxial Inventory. A pesar de que éste es un instrumento de medida que se utiliza comúnmente en comportamientos adictivos y diversos trastornos, tiene una tendencia a sobre-diagnosticar los trastornos de personalidad, (Mestre et al., 2001, citado en Fernández Del Río et al, 2011). En su lugar, se recomienda la utilización de entrevistas clínicas de carácter específico en trastornos de personalidad (Becoña et al., 2011).

8. Conclusiones

A partir los datos y resultados recopilados en la bibliografía analizada en este Trabajo Fin de Grado se pueden extraer las siguientes conclusiones:

En general, los resultados experimentales muestran que hay una gran heterogeneidad en la proporción de sujetos dependientes de la cocaína que presentan, al menos, un trastorno de la personalidad. Estos porcentajes varían entre el 40 y el 97%, y esta disparidad puede ser debida a los distintos instrumentos de medida utilizados en cada caso (Fernández-Montalvo y Lorea, 2007).

Aunque las evidencias científicas que se han obtenido hasta el momento no son del todo concluyentes, sí que existe una cierta prevalencia de los trastornos de personalidad de tipo B (Fernández-Montalvo y Lorea, 2007). Los principales resultados cuantitativos obtenidos hasta la fecha, en cuanto a la prevalencia de cada tipo de trastorno del clúster B, son los siguientes: el trastorno límite se encuentra en una horquilla entre el 30 y el 40%, el trastorno antisocial alrededor del 20%, el narcisista en torno al 22% y el histriónico supondría solamente un 7% (Brady y Sonne, 1998; Pedrero et al., 2003; Andrés et al., 2012). Además de los trastornos del Cluster B aparecen con bastante prevalencia el trastorno paranoide, alrededor del 30% de los caso, el pasivo-agresivo y el trastorno pro dependencia, ambos con un mayor disparidad (10%-47% y 10%-40% respectivamente).

La falta de una evidencia definitiva puede deberse a diferentes factores como son: las distintas formas en las que se han realizado las mediciones; las diferencias en cuanto a la gravedad de los sujetos de las muestras; la posible influencia de los efectos de las drogas sobre los síntomas; o bien el tipo de centro (ambulatorio o de internamiento) en el que se ha realizado el estudio (Fernández-Montalvo y Lorea, 2007).

A pesar de los estudios realizados hasta la fecha en este campo, y dada la heterogeneidad de los datos experimentales obtenidos, todavía no se tiene certeza de que exista una correspondencia inequívoca entre el consumo de sustancias estupefacientes, y en particular de cocaína, y la manifestación de trastornos de personalidad en drogodependientes. En definitiva, si ambos fenómenos son realmente

dependientes o independientes entre sí. Este resultado se debe a que, en muchos casos, no se tiene certidumbre de si es la propia personalidad de individuo la que desencadena el consumo de drogas; o por el contrario, si es el consumo de drogas el que genera un trastorno de personalidad en las persona drogodependientes; o bien de si las drogas lo que en realidad hacen es agudizar determinadas características de la personalidad (Pedrero et al., 2003).

La ambigüedad de estos resultados es consecuencia tanto de las metodologías experimentales utilizadas para tomar y analizar los datos; como de los propios conceptos teóricos. Esto último es debido a los problemas que aparecen para definir nítidamente los constructos de los diferentes trastornos de la personalidad, dado que en muchas ocasiones, se producen solapamientos entre ellos (Andrés et al., 2012). Además, el TUS y algunos de los TP también comparten ciertas variables como por ejemplo la impulsividad en el caso del trastorno límite (Jahng et al., 2011, citado en Arefjord et al., 2017).

Como propuesta de futuras líneas de investigación, es evidente que hay un gran margen de mejora y normalización en los siguientes aspectos: i) propuesta de nuevas herramientas de medida para la evaluación de los distintos TP; ii) hacer un análisis crítico a cerca de la definición de los diferentes constructos que conforman los TP para evitar o al menos cuantificar los posibles solapamientos; iii) seguir profundizando en la controversia de la relación entre la cocaína y los TP puesto que hasta la fecha los resultados no son del todo concluyentes.

9. Bibliografía.

- Adan, A., y Marquez-Arrico, J. E. (2013). Patología dual y rasgos de personalidad: Situación actual y líneas futuras de trabajo. *Adicciones*, 25(3), 195–202.
- Allen, D. (1987). *The cocaine crisis*. New York: Plenum Press.
- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., y Bagnely Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arefjord, N., Binder, P.E., Molde, H., Morken, K. T. E., y Karterud, S. (2017). Mentalization-based treatment for female patients with comorbid personality disorder and substance use disorder: A pilot study. *Scandinavian Psychologist*, 4, 1–30.
- Andrés, V., Cuadra, L., Sánchez, C. y Urcelay, I., (2012). Los trastornos de personalidad y la adicción a sustancias. *Psicología de Las Adicciones*, Vol 1, pp. 12-17.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Prentice Hall: Englewood Clifs, NJ.
- Becoña, E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. *Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*: Madrid.
- Becoña, E., Casete, L., Díaz, E., Lage, M. T., y López, A. (2007). Dependencia de la cocaína y trastornos de personalidad: análisis de su relación en nuestra clínica. *Trastornos Adictivos: Organo Oficial de La Sociedad Española de Toxicomanías*, 9(3), 215–227.
- Becoña, E., Fernández Del Río, E., y López, A. (2011). Trastornos de la personalidad en fumadores y personas con dependencia de la cocaína que acuden a tratamiento: Un estudio comparativo. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, 16(1), 67–75.
- Becoña, E., y López, A. (2006). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema*, 18(3), 578–583.

- Bobes, J., Casas, M., y Gutiérrez, M. (2015). *Manual de trastornos adictivos*. Enfoque Editorial, 500.
- Brady, K. T., Sonne, S. C. (1998). Diagnosis of Personality Disorders in Cocaine-Dependent Individuals. *The American Journal on Addictions*, 7(1), 1–6.
- Brown, J., y West, R. (2013). *Theory of Addiction*. London: Wiley Blackwell.
- Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Calsyn, D. A. y Saxon, A. J., (1990). Personality disorder subtypes among cocaine and opioid addicts using the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *The International Journal of the Addictions*, 25(9), 1037-49.
- Casas, M., López-Ortiz, C., Miquel, L., y Roncero, C., (2011). Diferencias de género epidemiológico y diagnóstico según eje I en pacientes con Patología Dual. *Adicciones*, 23(2), 165–172.
- Castilla, P. (2016). La prevención de recaídas desde el modelo de Marlatt. Aportaciones desde el trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, 77, 109-133.
- Cruz, P., y Sinisterra, M. (2009). Teorías de la personalidad: Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia. Avances de La Disciplina*, 3(2), 81–107.
- Esbensen, F.A. y Elliott, D.S. (1994). Continuity and discontinuity in illicit drug use: patterns and antecedents. *The Journal of Drug Issues*, 24, 75-97.
- Eysenck, H. J. (1967). *The Biological Basis of Personality*. Springfield, MA: C. C, Thomas.
- Fernández, G. G., García, O., y Secades, R. (2011). Neuropsicología Y Adicción a Las Drogas. *Papeles del psicólogo*, 32(2), 159–165.
- Fernández-Montalvo, Landa, N., J., Lorea, I., y López-Goñi, J. J., (2009). Adicción a la cocaína y trastornos de personalidad: Un estudio con el MCMI-II. *Adicciones*, 21(1), 57–63.
- Fernández-Montalvo, J., y Lorea, I. (2007). Comorbilidad de la adicción a la cocaína con los trastornos de la personalidad. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(2), 225–31.
- Griffin, M. L., Gunderson, J. G., Hufford, C., Mirin, S. M., y Weiss, R. D. (1993).

- Personality disorders in cocaine dependence. *Comprehensive Psychiatry*, 34(3), 145–9.
- Goldberg, L. R. (1981). Language and individual differences: the search for universals in personality lexicons. *Review of Personality and Social Psychology*, Vol. 2, pp. 141-165.
- Guardiola, M., y Pérez, F. (2013). Abuso sexual en la infancia y la drogodependencia en la edad adulta. *Papeles Del Psicólogo*, 34(2), 144–149.
- Hervás, E. S., y Peirats, E. B. (1996). Características de personalidad en sujetos drogodependientes. *Psicothema*, 8(3), 457–463
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American journal of psychiatry*, 142(11), 1259-1264.
- Lagares, A., Pedrero, E., Puerta, C., y Sáez, A. (2003). Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 5(3), 241–255.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1985). Updating Norman's "adequacy taxonomy": Intelligence and personality dimensions in natural language and in questionnaires. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(3), 710–721.
- Martínez, J. M. (2011). Drogodependencias Y Trastornos De La Personalidad: Variables Relevantes Para Su Tratamiento, 32(2), 166–174.
- Millon T. MCMI-II. (1999). *Inventario clínico multiaxial de Millon-II*. Adaptación española de Ávila-Espada. Madrid: TEA.
- Ministerio de sanidad y consumo. Secretaría General de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2007). Guía sobre drogas.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2017), España, Informe del país sobre drogas, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea (Luxemburgo).
- Pedrero, E. J. (2003). Los trastornos de la personalidad en drogodependientes desde la perspectiva de los cinco grandes factores. *Adicciones*, 15(3), 203–220.
- Peele, S. (1980). Addiction to an experience: A social-psychological-pharmacological

theory of addiction. In *Theories on drug abuse*, eds. D.J. Lettieri, M. Sayers, and H.W. Pearson. Rockville: National Institute on Drug Abuse.

Reminger, S. (2011). Millon Clinical Multiaxial Inventory. In Kreutzer J.S., DeLuca J., Caplan B. (Eds), *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* (pp. 1614-1621). Springer: New York, NY.

Rubio, G. (2000). ¿Qué es la Patología Dual? Alteraciones de conducta y abuso de sustancias. *Revista española de sanidad penitenciaria*, 2(3).

Segal, Z. (1988). Appraisal of the self schema: Construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103, 147-162.

Ter Laak, J. J. F. (1996). The Big Five dimensions of individual differences in personality. *Revista de Psicología*, 14(2), 129–181.



LA COCAÍNA EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DE TIPO B

Lucía
Monzón
Peleato