



UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Facultad de Psicología

Departamento De Personalidad, Evaluación Y Tratamiento Sicológico

“PERFIL DE PERSONALIDAD EN UNA MUESTRA DE SUJETOS EN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO POR TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS. UN ESTUDIO LONGITUDINAL”

Tesis doctoral presentada por Isabel Mota Mesa para optar al grado de Doctor en Psicología

Director

Prof. Dr Salvador Herrero Remuzgo

Sevilla, Septiembre, 2015

“Es un verdadero privilegio haber sobrellevado una vida difícil.”

(Indira Gandhi)

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a todos aquellos, propios y extraños, quienes directa o indirectamente han participado en este proyecto, contribuyendo enormemente con ello a la satisfacción que experimento en estos momentos.

En primer lugar agradecer a mi director de tesis, D. Salvador Herrero Remuzgo, quien con sus conocimientos, orientaciones y disposición permanente me ha guiado, disipando cuantas dudas me han ido apareciendo durante la investigación.

A Javier por sus aportaciones en los análisis y tratamientos estadísticos de los datos de esta investigación. A Cristina porque con su fidelidad hizo esta experiencia interesante y llevadera.

De manera especial, mi más sincero agradecimiento al Dr. Don Ángel Rubio, fundador del Instituto Hipócrates, Clínica especializada en el Tratamiento de las adicciones, por transmitirme gran dosis de su sabiduría sobre la enfermedad de adicción y su tratamiento.

Igualmente, mi gratitud a la Doctora Blanca Brigos, que me ha facilitado con agrado el acceso a lo necesario para la obtención de datos de calidad, en el centro de su propiedad, así como a M^a Jesús y Dolors terapeutas del mismo centro.

Mostrar mi orgullo y gratitud a mis padres, por inculcarme valores, motivarme y darme confianza, lo cual me ha permitido ser la persona que soy hoy en día.

A mis hermanos por su apoyo incondicional

A mis niñas, Sandra, Silvia, Rocío, Claudia y Nuria por soportarme y quererme tanto.

A mi marido Manuel, por su constancia en el apoyo transmitido, incentivando mi interés hasta el feliz término de esta tesis. Un episodio que nutre nuestra feliz vida en común desde hace ya muchos años. Gracias.

AGRADECIMIENTOS	III
ÍNDICE GENERAL	IV
INTRODUCCIÓN. Justificación de la investigación	VIII
PRIMERA PARTE. MARCO TEÓRICO	
1. CAPÍTULO PRIMERO : LA PERSONALIDAD	12
1.1 Conceptualización de la personalidad	12
1.2. Psicología de la personalidad.	16
1.3. La investigación de la personalidad.	19
1.3.1. Aproximación Clínica	20
1.3.2. Aproximación Correlacional	20
1.3.3. Aproximación Experimental	21
1.4. Modelos teóricos de la personalidad	22
1.4.1. Modelo Internalista-Personalista	23
1.4.2. Modelo Situacionalista- Internalista	25
1.4.3. Modelo Interaccionista	25
1.5. El Modelo de los Cinco Factores	26
1.5.1. Aplicaciones del Modelo de los Cinco Grandes	29
1.6. Autoconcepto	32
1.6.1. Autoengaño y mistificación	37
1.7. Personalidad normal o patológica	40
1.8. Trastornos de la Personalidad	42
1.8.1. Teorías explicativas	44
1.8.1.1. Perspectiva Biológica	44
1.8.1.2. Perspectiva Psicodinámica	47
1.8.1.3. Perspectiva Interpersonal	49
1.8.1.4. Perspectiva Cognitiva	51
1.8.1.5. Perspectiva Inductiva	52
1.8.2. Clasificación y Diagnóstico de los Trastornos de la Personalidad	53
1.8.3. Epidemiología y Diagnóstico Diferencial de los Trastornos de la Personalidad	56
1.8.3.1. Trastorno de la Personalidad Paranoide	58
1.8.3.2. Trastorno de la Personalidad Esquizoide	59
1.8.3.3. Trastorno de la Personalidad Esquizotípica	60
1.8.3.4. Trastorno de la Personalidad Antisocial	60
1.8.3.5. Trastorno Límite de la Personalidad	61

1.8.3.6. Trastorno de la Personalidad Histriónica	62
1.8.3.7. Trastorno de la Personalidad Narcisista	62
1.8.3.8. Trastorno de la Personalidad Evasiva	62
1.8.3.9. Trastorno de la Personalidad Dependiente	62
1.8.3.10. Trastorno de la Personalidad Obsesiva- Compulsiva	63
1.8.4. Evaluación de los Trastornos de la Personalidad	63
1.8.5. Tratamiento	64
1.8.6. El Modelo de Millon. La perspectiva Evolucionista.	70
2. CAPÍTULO SEGUNDO: ADICCIÓN	
2.1 Introducción: Aspectos generales de la adicción	77
2.2. Modelos Teóricos de las Adicciones	83
2.2.1. Modelo Biomédico	84
2.2.2. Modelo Conductual	85
2.2.3. Modelo Cognitivo	87
2.2.4. Modelo Biopsicosocial	88
2.3. Neurobiología de las adicciones	90
2.3.1. Factores neurobiológicos de las conductas adictivas	90
2.3.2. El circuito de recompensa cerebral	92
2.3.3. Reforzadores y Sistema Dopaminérgico	95
2.3.4. Evidencia empírica de la adquisición a nivel neurobiológico	97
2.4. Clasificación, Diagnóstico y Evaluación de las Drogodependencias	100
2.5. Epidemiología	107
2.6. Desarrollo de la Dependencia. Factores de Riesgo y Protección	108
2.6.1. Factores de Riesgo y Protección para las adicciones	110
2.7. El tratamiento de las adicciones	114
2.7.1. Modelo Transteórico de Prochaska y Di Clemente	117
2.7.2. Intervención Cognitivo Conductual	121
2.7.2.1. Entrenamiento en Habilidades Sociales	125
2.7.2.2. Prevención de recaídas.	126
2.7.2.2.1. Teoría de la Autoeficacia de Bandura	128
2.7.3. Terapia Grupal	129

2.7.3.1. Modelo Minnesota	131
2.7.4. Intervención en la familia	133
2.8. Adicciones sin sustancia	135
3. CAPÍTULO TERCERO: PATOLOGÍA DUAL	137
3.1. Definición y aproximación a la patología Dual	137
3.2. Modelos Explicativos	139
3.2.1. Modelo Cronológico	141
3.2.2. Modelo Etiológico	141
3.2.2.1. Modelo Etiológico de base biológica	141
3.2.2.2. Modelo etiológico de base psicológica	142
3.2.2.3. Modelo Etiológico de causa compartida.	142
3.2.2.2.4. Modelo etiológico de corte biopsicosocial	144
3.2.2.2.5. Modelo etiológico de la independencia	144
3.2.3 Modelo epidemiológico	144
3.2.3.1. Modelo epidemiológico de vulnerabilidad	144
3.2.3.3. Modelo epidemiológico de coincidencia.	144
3.2.4. Modelo Terapéutico	145
3.3. Bases neurobiológicas de la patología dual.	145
3.4. Epidemiología	151
3.5. Evaluación	157
3.6. Tratamiento	161
SEGUNDA PARTE. ESTUDIO EMPÍRICO	
4. CAPÍTULO CUARTO:MÉTODO.	169
4.1. Definición del problema y objetivos de la investigación	169
4.1.1. Objetivos	169
4.1.2. Hipótesis planteadas	170
4.2. Metodología	173
4.2.1.Sujetos	173
4.2.1.1. Contexto Terapéutico	173
4.2.2. Materiales	175
4.3.3. Descripción de variables	177
4.2.4. Procedimiento	182
5. CAPÍTULO QUINTO: ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS	184

6. CAPÍTULO SEXTO: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	197
7. CAPÍTULO SÉPTIMO: CONCLUSIONES	210
Referencias Bibliográficas	213
Anexos	251

INTRODUCCIÓN: Justificación de la Investigación

El consumo de drogas legales e ilegales se ha extendido en nuestra sociedad en las últimas décadas. Tal como evidencian multitud de estudios y encuestas, ningún país desarrollado ha quedado libre de los múltiples problemas que acarrearán los trastornos por uso de sustancias. El consumo de alcohol y drogas es hoy en día uno de los factores de riesgo más importantes en la mortalidad y la morbilidad en el mundo, en especial en los países de Europa y América. Su alta prevalencia, elevado coste personal, familiar y social, en especial en la franja de edad más productiva de la población (18-35 años), hacen que sea la segunda causa de muerte en este segmento de edad después de los accidentes de tráfico, siendo considerados como objetivos prioritarios en los planes de salud en distintos países.

Si nos preguntamos por las causas que se encuentran en el origen de estos trastornos resultan muy interesantes los datos que afirman la existencia de una gran comorbilidad entre conductas adictivas y trastornos de la personalidad. Lejos de ser una casualidad, esta co-ocurrencia tan destacada lleva a los investigadores a sugerir que personalidad y adicción están relacionadas causalmente de algún modo. Podemos decir que la hipótesis que cuenta con una mayor evidencia científica es la que sitúa a los rasgos patológicos de la personalidad como causa de los trastornos por uso de sustancias (Verheuel et al. 2009). Queda fuera de toda duda que determinados patrones de comportamiento estables generan malestar a las personas que los presentan y a quienes les rodean. Sin embargo el concepto de trastorno de la personalidad cuenta con cierta controversia e indefinición. Es interesante, por tanto, el acercamiento que desde los hallazgos de la psicología de la personalidad se está imponiendo en los últimos años que pretende alcanzar una más adecuada conceptualización. Especial atención merece el modelo de los Cinco Grandes Factores. Este modelo, en términos generales, propugna que

INTRODUCCION: JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

cualquier tipo de personalidad puede ser conceptualizada a partir de cinco amplias dimensiones ortogonales.

Otro factor a tener en cuenta en el origen de estos trastornos es el autoconcepto. La relación entre el autoconcepto y el consumo de sustancias es un tema ampliamente estudiado, sobre todo en el periodo de la adolescencia, en el que, tradicionalmente se ha considerado el bajo autoconcepto como un clásico factor de riesgo para el consumo de sustancias. El bajo autoconcepto, por tanto, se trata de un componente a potenciar, aunque no el único, en los programas de intervención psicológica en adicciones.

Finalmente, destacaremos la función de una última variable psicológica, el autoengaño. Un aspecto que caracteriza a las personas adictas es su grado de autoengaño, mayor que el encontramos en la población no adicta. El autoengaño supone para el adicto la incapacidad para apercebirse de los efectos adversos que tiene la adicción. Se trata de un proceso inconsciente que permite a la persona subsanar el sufrimiento que le produce reconocer su comportamiento socialmente inaceptable, síntoma principal de la enfermedad de adicción.

La personalidad y aspectos que pueden considerarse íntimamente ligados a ella como el autoconcepto y el autoengaño juegan un papel muy importante en el inicio y mantenimiento de los trastornos por uso de sustancias. Confirmar y concretar la influencia de cada uno de estos factores en la conducta adictiva es lo que se persigue en este trabajo. Para ello estudiaremos a un grupo de adictos que se encuentran bajo tratamiento integral en un centro especializado de España.

No podemos hablar de adicciones sin hacer referencia a la Patología Dual. Esta indica la coexistencia entre un trastorno mental y un trastorno por consumo de sustancias. En relación a este último, se asienta sobre una personalidad vulnerable, siendo considerada por la Asociación Americana de Médicos (ASAM), como una enfermedad cerebral primaria y crónica de los circuitos de recompensa, motivación, memoria y otros relacionados, cuya disfunción conduce a manifestaciones biológicas, psicológicas, sociales y

INTRODUCCION: JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

espirituales, y que se reflejan en una búsqueda continua y patológica de recompensa y/o alivio mediante el consumo de sustancias y otros comportamientos.

Como se ha mencionado anteriormente, el trastorno por uso de sustancias puede presentarse junto a otras patologías psiquiátricas (trastornos afectivos, de la personalidad, etc.). En estos casos, es primordial tratar en primer lugar la adicción, siendo crucial y totalmente necesario abandonar el consumo de sustancias psicoactivas y mantener la abstinencia. Solo así, podrá realizarse tanto un diagnóstico preciso como un tratamiento adecuado a dicha patología asociada. Con frecuencia, estos pacientes siguen el mismo tratamiento que los “solo- adictos”, aunque en ocasiones son necesarias psicoterapias individuales junto a tratamientos farmacológico.

La adhesión al tratamiento, es una variable que muchas personas con problemas adictivos tienen dificultades para cumplir. La propia naturaleza de los trastornos (en muchos casos crónicos y con tendencia a las recaídas), es la razón por la que muchos de los pacientes hayan sido tratados por diversos recursos asistenciales con escaso éxito. En otros casos, existe una expectativa en muchos pacientes y en especial en muchas familias de recibir un tratamiento fundamentalmente de tipo farmacológico con escasas implicaciones, en comparación con el laborioso trabajo que implican los programas de tratamiento psicológico. Además, diversas barreras todavía siguen dificultando un buen cumplimiento de los tratamientos: disponibilidad para asistir a las sesiones (en muchos casos teniendo que ausentarse del puesto de trabajo), estigma social (los problemas relacionados con sustancias-drogas generan todavía ciertas reticencias entre la población), etc. Facilitar el acceso a los servicios, ofrecer una amplia oferta de alternativas de tratamiento, considerar y facilitar el acceso a servicios adicionales, asesoramiento, apoyo y tratamiento si se precisa para familiares, son algunas de las variables que mejoran la retención en los programas.

Por este motivo, y teniendo en cuenta el marco conceptual, etiológico y explicativo de la patología dual, esta Tesis Doctoral se encuadra por una parte dentro de un marco Biomédico en la comprensión de los trastornos adictivos en

INTRODUCCION: JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

la que se considera a la persona adicta a sustancias como un enfermo crónico de carácter recidivante que ha desarrollado el trastorno debido a una vulnerabilidad biológica que está presente en el individuo. Por otra parte, se encuadra dentro de un modelo bio-psicosocial en relación a la interacción entre bases biológicas, procesos psicológicos como ocurre con los trastornos de personalidad, y factores sociales referentes a la accesibilidad que tiene el adolescente a determinadas drogas, que explicarían el policonsumo desarrollado en nuestra sociedad.

A través de esta investigación pretendemos aportar datos sobre la forma en que interactúan la personalidad y los trastornos por abuso de sustancias, y la manera en que ciertas variables influyen en la adhesión al tratamiento y las recaídas, con el objetivo de mejorar la atención que se les da a las personas que padecen esta enfermedad. Al tratarse de un estudio longitudinal, también se analizarán los posibles cambios que pueden darse a lo largo del tratamiento en estas variables.

INTRODUCCION: Marco Teórico

1. CAPÍTULO PRIMERO: LA PERSONALIDAD

1.1. Conceptualización de la personalidad.

El concepto de personalidad conlleva complejidad y controversia debido a la indeterminación y falta de consenso en cuanto a su definición. Al intentar dar una conceptualización a este constructo, descubrimos la necesidad imperiosa de realizar una revisión en la literatura, confirmándose así la incapacidad de obtener una definición consensuada.

En la antigua Grecia nos encontramos que la palabra persona alude a la máscara teatral que utilizaban los actores en el drama, relacionando la apariencia y el hecho de poseer ciertos rasgos distintivos que caracterizaban a la persona tras esa máscara. Posteriormente, esta palabra fue adoptada por los romanos en el siglo I a.C. (Bermúdez, Pérez y Sanjuán, 2010; Cano, Rodríguez, García y Antuña, 2005; Millon y Davis, 2002). Como indica Allport (1937), citado por Cano et al. (2005), “podría referirse a distintos aspectos como la simulación, el estatus, la dignidad o las cualidades individuales” (p.16). Él se centró en el término person (persona, en inglés) ya que en los tres principales idiomas científicos del momento (inglés, francés y alemán), había una raíz común a los términos personality, personnalité y Persönlichkeit muy parecidas al término “personalitas” del latín medieval y cuyos significados consideró equivalentes (De Miguel, 2000).

En la vida cotidiana, el término “personalidad” tiene frecuentemente un uso cultural compartido en una clase social o etnia desde una perspectiva no sistemática, de manera que parece que todo el mundo conoce lo que implica este concepto. Así, la persona sería definida como un *“conjunto de características que identifican y diferencian a un individuo”*. No obstante, desde una concepción sistemática, se pretende abordar el estudio científico de la personalidad (Cano et al., 2005, p.17).

En una noción más general, sin la implicación de un modelo o ideología, Huteau (1985), define la personalidad como “la unidad estable e individualizada de un conjunto de conductas”. A la definición de personalidad, añade que se establece progresivamente por medio de la imitación y el control del sí mismo, contribuyendo a la formación de la identidad a través de la socialización, cumpliendo así las funciones de control, identificación e investigación (Doron y Parot, 2007).

Si nos centramos en un punto de vista biológico, la personalidad “constituye una regulación orgánica innata, guiada por los condicionamientos del apego” (Doron y Parot, 2007). En este sentido, como sugieren Buss y Plomin (1984) los rasgos de personalidad heredados están presentes desde la infancia temprana, y son influidos por la interacción con el ambiente. Basado en la idea de W. Mischel, Doron y Parot (2007) también destaca la existencia de un determinismo situacional, en el que la conducta viene determinada en función de las demandas situacionales.

Volviendo a la ausencia de una definición universalmente aceptada de personalidad, la carencia de este axioma no implica la negación de elementos compartidos, incluidos en multitud de definiciones realizadas por autores como Bermúdez (1985), Carver y Scheier (1998), Pelechano (1986) y Pinillos (1975). Estos autores destacan entre los aspectos más citados, la internalidad, la globalidad, la identidad, la organización, la coherencia y la individualidad (Cano et al., 2005, p.17). Podemos destacar la definición operativa de personalidad del citado Pelechano (1986), que afirma que “La psicología de la personalidad estudia la estructura y dinámica comportamental que caracteriza al ser humano en evolución, su génesis y organización, desde los determinantes de reactividad situacional hasta los invariantes comportamentales relativos”.

Derivado de todo lo expuesto anteriormente, y de forma general, podemos definir el concepto de personalidad como un constructo que se elabora mediante inferencia a través de la observación de la conducta manifiesta, y sirve para designar las diferencias individuales y los rasgos más consistentes del comportamiento de las personas.

Costa y McCrae (1994) intentan realzar los elementos más comunes en numerosas definiciones de personalidad, y apoyándose en la definición de Allport, sugieren que una conceptualización de personalidad debe incluir las siguientes características (descrito en Bermúdez et al., 2010):

- *Organización dinámica*: que integra la experiencia y la conducta.
- *Sistemas psicofísicos*: representativos de las tendencias y capacidades del individuo.
- *Forma característica de pensar y comportarse*: como hábitos, actitudes y adaptación peculiar al entorno.
- *Influencias externas*: inmediatas, sociales, culturales e históricas.
- *Biografía objetiva*: o cada acontecimiento significativo en la vida de un individuo.
- *Autoconcepto*: como sentido de identidad personal.

Costa y McCrae(1994) incluyen en su modelo las tendencias básicas, en las que contendrían las disposiciones personales, innatas o adquiridas, que pueden ser o no modificables con la experiencia, y los rasgos, inteligencia o habilidades y las influencias externas, que serían las unidades básicas de personalidad. Ambas interaccionarían dando lugar a adaptaciones características, como los hábitos, creencias, intereses, actitudes y roles sociales. Por otra parte, los procesos dinámicos serían los mecanismos que relacionan los distintos elementos del modelo (Bermúdez et al., 2010, p.34).

De manera similar, McAdams (1994) realiza una propuesta descriptiva de la personalidad que abarca tres niveles o dominios:

- Primer dominio de los rasgos o disposiciones: se trata de estructuras psicológicas con predisposición genética que permiten predecir el comportamiento de forma general y descontextualizada.
- Adaptaciones características , que se consideran como procesos vinculados al cambio y al aprendizaje e incluyen elementos personales contextualizados como la motivación, los valores, las expectativas, las formas de afrontamiento al estrés, las competencias, etc.

- Identidad, que proporciona unidad, continuidad y un propósito a la vida de las personas intersituacional y a lo largo del tiempo, asociado con el aprendizaje y el cambio personal (Bermúdez et al., 2010).

En una línea semejante, resulta de interés describir ciertos elementos que constituyen algunas de las teorías más destacadas de la personalidad. En especial nos centraremos en la estructura como uno de los aspectos más estables de la personalidad, estando constituido por una serie de rasgos, que son las características o dimensiones que mantienen la consistencia de la respuesta del sujeto ante situaciones diferentes (Bermúdez et al., 2010).

Unas teorías defienden la naturaleza de los rasgos como psicológicos, mientras otras lo atribuyen a componentes biológicos, derivando de estas últimas las teorías del temperamento, que implicaría una base hereditaria de la personalidad. Actualmente la mayoría de teorías con mayor aceptación consideran que la personalidad se construye a partir de la interacción herencia-ambiente.

En definitiva, el rasgo constituye la unidad básica de la personalidad, manifestándose indirectamente a través del comportamiento y, desde la perspectiva nomotética, de mayor extensión, se asume que características tales como escalabilidad (puntuables como una dimensión continua), polaridad (dimensionalidad), universalidad, generalidad, organización y concesión de estabilidad y consistencia a la conducta (Cano et al., 2005, p. 84).

Además Bermúdez et al. (2010) se refieren a una unidad más amplia que recoge el conjunto específico de rasgos, implicando una mayor generalidad de la conducta. (p.86). No ocurre así con el hábito, que implica una especificidad mayor que el rasgo (Cano et al., 2005), suponiendo una conexión específica entre estímulos y respuestas observables (Eysenk y Eysenk, 1985, citado por Cano et al., 2005,). Para Eysenck, el rasgo está compuesto por hábitos. Con respecto al estado, Fridhandler (1986) defiende que éste implica una duración temporal menor y se vincula a ciertas situaciones frente a la estabilidad y consistencia personal del rasgo (citado en Cano et al., 2005, p.85-86).

Por otra parte, Bermúdez et al. (2010) describen los procesos como aspectos dinámicos de la personalidad, expuestos por diversos autores como adaptaciones características (Costa y McCrae, 1994; McAdams, 1995). Estos procesos están constituidos por aspectos motivacionales, cognitivos o afectivos, que interactúan con las características del contexto (p.86). De modo general, las adaptaciones características se refieren a lo que las personas hacen y los modos para conseguir o evitar algo en períodos o ámbitos concretos de su vida (Cano et al., 2005, p.115).

Bermúdez et al. (2010) afirman que, además de estos elementos de estructura y procesos, a lo largo de su vida la persona recibirá influencias ambientales (culturales, sociales, familiares y situacionales) y biológicas (genéticas, constitucionales, fisiológicas y bioquímicas) que afectaran a la configuración de su personalidad (p.88).

A pesar de que la mayoría de teorías incorporan tanto unidades estructurales como dinámicas, a veces se inclinan en mayor medida hacia uno u otro tipo de elementos. En el apartado 4, describiremos brevemente las distintas teorías más relevantes en la actualidad para la investigación de la personalidad.

1.2. Psicología de la personalidad

La Psicología de la Personalidad es una disciplina relativamente antigua en Psicología. Su inicio se puede situar en 1937, cuando Allport publica su libro "Personality: A Psychological Interpretation". Las obras publicadas por Murray (1938) y Stagner (1937) también marcaron el comienzo de la disciplina como científica (Cano et al., 2005; Bermúdez et al., 2010). Desde su perspectiva idiográfica, Allport (1937) define la personalidad como "la organización dinámica dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos al ambiente" (Bermúdez et al., 2010, p. 30)

Realizando una muy breve revisión histórica, se puede dividir la historia de la Psicología de la Personalidad en cuatro periodos: en primer lugar, un periodo de nacimiento de la disciplina en la década de los 30 y los 40 en el que

se produjeron numerosos avances, y particularmente, significó un impulso para la psicología de la personalidad con los progresos en la teoría del aprendizaje, la aproximación factorialista (teorías de Cattell o de Eysenck), y el desarrollo de las aplicaciones clínicas (psicoanálisis y teoría de Rogers). Por otro lado, el fuerte impacto de las dos guerras mundiales sobre la sociedad, marcando, por un lado, el desarrollo de tests estandarizados, y por otro, el desarrollo de los programas de psicología clínica, la creación de IPAR (Instituto de Evaluación e Investigación de la Personalidad) y el seguimiento de estudios sobre autoritarismo, que llamaron la atención sobre conductas asociadas a determinados estilos cognitivos de personalidad y sus repercusiones sociales y culturales (Bermúdez et al., 2010). Posteriormente hubo un periodo de consolidación de la disciplina, desde los años 40 a la década de los 50. Este periodo se caracteriza por la consecución de cambios importantes que contribuyeron a la consolidación de la psicología de la personalidad como una disciplina científica y su reconocimiento como una especialidad dentro de los departamentos de Psicología. Entre la década de los 60 y los 70 se produce un periodo de crisis de identidad. Durante estos años la principal característica es la falta de coherencia teórica y el desacuerdo entre los resultados de distintos estudios empíricos. Por último, desde la década de los 80 hasta la actualidad, se produce un resurgimiento de la disciplina en la que se empiezan a ver signos de recuperación de la psicología de la personalidad. Los psicólogos pertenecientes a este campo parecen haber encontrado una nueva confianza y credibilidad, así como un renovado vigor y optimismo.

Bermúdez indica (1985b; 1986a), que:

la Psicología de la Personalidad pretende describir de una manera útil y fiable las características que definen al sujeto tanto las que provienen de la realidad física hasta las que se infieren a partir de la observación de la conducta, predecir las diferencias individuales en la conducta de las personas en condiciones similares y, por último, trata de explicar cómo cambia la conducta y las variables contextuales y personales que determinan el origen y mantenimiento del comportamiento (citado en Herrero, 2003, p.50).

Por otro lado, los aspectos sociales y las teorías del aprendizaje son áreas importantes para la Psicología de la Personalidad. Para autores como Pervin o Pelechano se identifican en el estudio de la personalidad diferencias individuales y colectivas, así como procesos de personalidad (Cano et al., 2005).

Por medio de la observación científica, se acaban desarrollando multitud de teorías y modelos que tratan de explicar las razones del comportamiento, diferenciar las conductas interpersonales así como predecir la conducta que se manifestará en una determinada situación (Bermúdez et al., 2010). Como consecuencia, la finalidad de la psicología de la personalidad es comprender los procesos y estructuras psicológicas que configuran el funcionamiento individual.

Muchos investigadores comparten la creencia de que la personalidad es el resultado de interacciones entre subsistemas biológicos y psicológicos.

Como indica Pervin (citado en Bermúdez et al., 2010, p.50), el estudio de la personalidad trata de responder quién es el individuo, cómo ha llegado a ser como es y por qué se comporta de una u otra forma. La primera pregunta correspondería a las características que configuran la personalidad así como a las diversas interrelaciones entre ellas. El cómo se relaciona con los determinantes biológicos y ambientales de la personalidad. La última pregunta responde a las razones de la conducta atendiendo a variables emocionales, motivacionales y/o cognitivas.

Por otro lado, Bermúdez et al. (2010, p.47) señala que “la psicología de la personalidad, tradicionalmente, ha puesto su énfasis en el estudio de la persona total, la dinámica de la motivación y la identificación y medida de las diferencias individuales”. Actualmente, McAdams (1997) citado en Bermúdez et al., (2010) considera que se han realizado una serie de progresos significativos en cuanto a la conceptualización de la motivación, pasando por teorías asentadas en la reducción del impulso al surgimiento de aproximaciones cognitivo-afectivas basadas en la conducta e interacción social; se han hecho numerosos esfuerzos para conseguir una conceptualización (la teoría de los

Cinco Grandes Factores) ampliamente aceptada por la investigación de las diferencias individuales; y, sin embargo, aún no se ha conseguido una integración conceptual para comprender a la persona en su totalidad. (p.48)

Caprara y Cervone (2000) citados en Bermúdez et al., (2010) analizan las razones para mantener el optimismo en cuanto al desarrollo de la psicología de la personalidad a lo largo del siglo XXI, señalando un incremento de los estudios longitudinales y de las técnicas estadísticas, así como el añadido estudio de las influencias socioculturales y su interacción recíproca con la personalidad en la investigación, además del amplio consenso en cuanto a una estructura de cinco factores que representarían las diferencias interindividuales (p.89). Por tanto, Bermúdez et al., (2010), confirman que la formulación más influyente en el estudio de la personalidad, la cual tomaremos como referencia en el estudio de la personalidad de esta investigación, es el modelo de los Cinco Grandes Factores, cuyos rasgos Extraversión (E), Neuroticismo (N), Apertura a la Experiencia (O), Afabilidad (A), y Responsabilidad o Tesón (C) constituyen la base esencial de la personalidad y de sus diferencias interindividuales (p.47).

De acuerdo con Bermúdez et al., (2010), las comunicaciones electrónicas e Internet ha favorecido el intercambio de planteamientos teóricos, de resultados de investigación, e incluso de recogidas de datos para estudios longitudinales que auguran un futuro ciertamente interesante para el estudio de la personalidad, así como su estabilidad y cambio a lo largo del ciclo vital y las diferentes influencias socio-culturales (p.48).

1.3. La investigación de la Personalidad.

A comienzos del siglo XX se ubica el desarrollo de las tres grandes tradiciones de investigación de la personalidad: clínica, correlacional y experimental. Estos enfoques de investigación también es habitual denominarlos “métodos” (Bermúdez et al., 2010).

1.3.1. Aproximación clínica.

El enfoque clínico se caracteriza por el estudio durante un periodo de tiempo prolongado de un caso particular, el uso de la intuición del clínico, la limitación en el uso de procedimientos estandarizados de obtención de información y por tratar de comprender al individuo en su totalidad.

Este tipo de investigación está representado por el psicoanálisis de Freud, la fenomenología de Rogers, la personología de Murray o la teoría de los constructos personales de Kelly. Nacida en la práctica clínica y, por tanto, a partir de las observaciones del paciente extraídas de forma natural y global se intentan elaborar hipótesis que puedan generalizarse al resto de personas, es decir, adopta una postura ideográfica mediante el estudio de casos. Sin embargo, este tipo de observación no es representativa, sistemática ni objetiva, y por tanto, no puede generalizarse ya que no permite la replicación de los datos por otros investigadores o en otros contextos.

Entre las ventajas de esta aproximación se encuentran el estudio de la complejidad en profundidad de las relaciones entre la persona y el ambiente y el evitar la artificialidad del laboratorio. Sin embargo, estos estudios también producen observaciones no sistemáticas, fomentan una interpretación subjetiva de los datos y de las complejas relaciones entre las variables que limitan la generalización y validez de las hipótesis.

1.3.2. Aproximación correlacional.

Este enfoque hace hincapié en las diferencias individuales y en el esfuerzo por establecer relaciones entre ellas en distintos aspectos de la personalidad, utilizando grandes muestras de sujetos y sin manipular directamente las variables. En lugar de ello, simplemente se observa si éstas covarían o no, y en qué medida lo hacen.

La aproximación correlacional recurre al uso de métodos estadísticos por medio de la técnica del análisis factorial y de las escalas de medida con la intención de establecer una estructura básica de la personalidad a través del

concepto de rasgo. Se trata de un acercamiento nomotético, de manera que se asocian o relacionan una serie de comportamientos para formar un rasgo o factor común, aplicable a un gran número de personas.

Galton, Spearman, Cattell y Eysenck son autores muy representativos que llevaron a cabo esta metodología en sus investigaciones. De hecho, el modelo de los Cinco Grandes parte de esta metodología correlacional para hallar los cinco factores esenciales y más descriptivos de la personalidad.

Este tipo de investigación permite estudiar un amplio rango de variables y las relaciones existentes entre las mismas. Sin embargo, se trata de meras asociaciones ya que no es capaz de establecer relaciones causales y presenta problemas de fiabilidad y validez en los cuestionarios utilizados para la evaluación.

1.3.3. Aproximación experimental.

Este enfoque implica la manipulación sistemática de variables para establecer relaciones causales y comprender de este modo los fenómenos que se producen. Así, el experimentador puede manipular una variable, la variable independiente, y medir los efectos sobre una segunda, la variable dependiente. Este enfoque también implica el estudio de muchos sujetos, prestando especial atención al descubrimiento de las leyes generales de funcionamiento psicológico y su aplicación a las distintas personas.

Todo lo anterior implica un control estricto de las variables de interés. Al igual que en la aproximación correlacional, se trata de un enfoque de investigación nomotética, pues trata de establecer leyes generales y aplicables a toda una población. Adquiere una especial relevancia para este enfoque Ebbinghaus, el conductismo de Pavlov, Watson y Skinner, así como las aportaciones de Bandura, Mischel o Rotter al aprendizaje social.

La objetividad con la que se registran los datos, la manipulación de variables específicas y la búsqueda de relaciones causales aparecen como las principales ventajas de este método. Sin embargo, se observan ciertas

limitaciones relacionadas con la situación de laboratorio, que podría sesgar el comportamiento al no tratarse de una situación natural, que impediría la generalización de los resultados. Además, fomenta las características de la demanda y los efectos debidos a las expectativas del experimentador. Por último, al centrarse en unas variables determinadas, olvida el funcionamiento del individuo como un todo, lo que podría no reflejar la complejidad de la conducta humana.

1.4. Modelos teóricos de la personalidad.

Parece generalmente aceptado que existen numerosas teorías de la personalidad que pretenden explicar a la persona en su contexto social. Cada clínico o investigador realiza una definición lo más convergente posible al modelo teórico que utiliza, intentando dar explicación a los numerosos factores implicados en la producción de la conducta, aunque en la práctica solo consiga establecer un rango limitado de fenómenos asociados a la personalidad (Bermúdez et al., 2010).

Para organizar las numerosas teorías de la personalidad existentes, se han agrupado en paradigmas o aproximaciones utilizando diferentes criterios, por lo que existen numerosas clasificaciones. A modo de resumen, vamos a exponer a continuación las categorizaciones más actualizadas y extendidas.

. En primer lugar, en función de los contenidos de las diferentes aproximaciones teóricas; posteriormente, en base a los supuestos epistemológicos; y, por último, siguiendo a Bermúdez (1985d; 2010, p. 73), apoyado en los modelos paradigmáticos organísmico, mecanicista y dialéctico, que, aplicados a la investigación en personalidad, dan lugar a los modelos internalista, situacionista e interaccionista.

Diversos autores de manuales y publicaciones generales de personalidad, como Pervin, Pelechano, Pinillos o Bermúdez, han utilizado las distintas aproximaciones teóricas para establecer una presentación sistemática de las teorías generales de personalidad, por lo que según la utilización de contenidos podemos encontrar (Bermúdez et al., 2010, p.67) aproximaciones

dinámicas (Freud, Jung, Fromm, Adler, Horney, Sullivan...) que surgen de la necesidad de entender los procesos y conflictos inconscientes; aproximaciones humanísticas o fenomenológicas (Rogers, Maslow, May, Murray, Murphy...) con la intención de comprender la conciencia e intencionalidad de la conducta; aproximaciones cognitivas (Lewin, Kelly...); aproximaciones estructurales, disposicionales o multi-rasgo (Allport, Guilford, Cattell, Eysenck, Modelo de los Cinco Grandes...) que pretenden describir y cuantificar las diferencias individuales; aproximaciones de rasgo único (autoritarismo, dogmatismo, complejidad cognitiva, dependencia-independencia de campo); aproximaciones bio-tipológicas o psicobiológicas (Pavlov, Teplov, Strelau, Gray...) que suelen denominarse teorías temperamentales y que tratan de establecer las bases anatómicas, fisiológicas, hereditarias y evolutivas de la personalidad; aproximaciones conductuales (Skinner, Dollard y Miller...) que concede la importancia al aprendizaje directo sobre el comportamiento y del que deriva el enfoque del aprendizaje social, que destaca los procesos observacionales y sociales en el desarrollo de la personalidad y aproximaciones cognitivo-sociales (Rotter, Bandura, Mischel, Cervone...), resalta los procesos mentales y las interacciones sociales en la naturaleza de la personalidad.

En base a Bermúdez et al. (2010) y Herrero (2005), podemos estructurar la teoría e investigación de la personalidad en tres líneas principales:

1.4.1. Modelo internalista-personalista.

Considera que los factores internos personales determinan la conducta, asumiendo que el comportamiento posee un alto grado de consistencia transituacional y estabilidad temporal, considerando a la persona como agente activo y a los factores personales como predictores válidos de la conducta.

La característica principal de este modelo es que los determinantes principales de la conducta son los factores, dimensiones estructurales, o variables personales, que definen a un individuo. Para llevar a cabo el análisis de estas variables se utiliza, generalmente, metodología clínica y/o correlacional.

Dentro de este marco podemos distinguir tres tipos de planteamientos teóricos en función de la naturaleza de las características personales:

- *Planteamientos procesuales o de estado*: este modelo indica que los determinantes de la conducta hay que buscarlos en estados y procesos de naturaleza dinámica, que son resultado de fuerzas internas y externas complejas que constituyen la estructura de personalidad. Es decir, la personalidad viene determinada por **estados internos** del individuo, de naturaleza afectiva y cognitiva (Sánchez, 2007). En estos planteamientos se incluyen las teorías psicodinámicas (Freud, Jung o Adler), las teorías fenomenológicas de Rogers (1979) o Maslow (1967) y la teoría de los constructos personales de Kelly (1955).
- *Planteamientos estructurales o de rasgo*: Las teorías estructurales o disposicionales defienden que la conducta se desarrolla en función de un conjunto de disposiciones estables de respuesta (rasgos) que configuran la personalidad y permiten describir, predecir y, en última instancia, explicar el comportamiento. Por tanto, la personalidad, de naturaleza estructural, se constituye de una serie de rasgos relativamente estables y consistentes a través de las situaciones y a lo largo del tiempo, que se infieren a partir de la conducta manifiesta y ejercen efectos causales sobre la misma. Estos rasgos son comunes a las distintas personas y explican las diferencias individuales en función de la posición del individuo a lo largo de la dimensión así como de la particular organización entre los distintos rasgos. Las definiciones en términos de constructo más aceptadas en psicología de la personalidad han sido aportadas por Cattell (1957) o Guilford (1959). El modelo de rasgo en los últimos años se ha centrado en torno al consenso derivado de los Cinco Grandes factores de personalidad, de forma que cualquier nuevo constructo que aparezca se analizará en relación con estos factores (Ozer y Reise, 1994).
- *Planteamientos biológicos*: este enfoque plantea que los factores causales de la conducta se atribuyen a una peculiar configuración anatómica, de naturaleza no psicológica. A partir de la observación sistemática de distintas constituciones corporales y comportamientos

asociados se han establecido tipologías constitucionales, utilizadas en ocasiones en contextos clínicos y, concretamente, en el estudio de la conducta delictiva, como las tipologías de Kretschmer (1921) o de Sheldon (1939). Dentro de este mismo contexto podemos incluir las teorías que explican la conducta a partir del funcionamiento del sistema nervioso, como la psicología pavloviana o las concepciones de Eysenck (1970) o Zuckerman (1979), o del sistema endocrino como Pende (1921) o Marañón (1951).

1.4.2. Modelo situacionista-externalista.

Los supuestos principales de este modelo proceden del paradigma mecanicista, situando las causas que dirigen el funcionamiento de los organismos en el exterior. Concede mayor importancia a las características de la situación en las que se desarrolla la conducta y al proceso de aprendizaje como vía de adquisición y modificación del comportamiento, por tanto, la concepción del organismo es eminentemente reactiva, la actividad de la persona sería el resultado de la acumulación de las influencias externas.

En este modelo se habla de especificidad conductual, pues la conducta de la persona variará en función de las condiciones estímulares y la similitud en la respuesta. La metodología más indicada para investigar la conducta es la experimental.

Como representación del modelo situacionista destacan Skinner (1969), Watson (1972) o Dollard y Miller (1977). Como precursoras de las actuales teorías interaccionistas, despuntan las conceptualizaciones acerca del aprendizaje social de Rotter (1954) y Bandura (1977) y aportaciones pioneras sobre aprendizaje social-cognitivo y hacia un sistema cognitivo-afectivo de personalidad (CAPS) por Mischel y Shoda (1995).

1.4.3. Modelo interaccionista.

Este modelo vendría a superar las limitaciones de los modelos anteriores, considerando la personalidad como un sistema autorregulador en permanente interacción con otros sistemas. La metodología utilizada suele ser

diversa, destacando las técnicas estadísticas multivariadas. Característica de este modelo serían las propuestas de Mischel (1973), Endler (1993) o Magnusson (1977).

Este modelo defiende que la conducta está determinada por variables personales y situacionales, pero fundamentalmente por la interacción de ambas presentando por lo tanto la personalidad, como un sistema autorregulador en permanente interacción con otros sistemas. Esta pauta bidimensional de variabilidad conductual en distintas situaciones, sería en cierto modo ideográfica, es decir, característica de cada individuo.

Otro de los supuestos fundamentales de este planteamiento, en relación con el carácter activo e intencional otorgado a la persona, indica que el determinante principal viene dado por el significado psicológico, es decir, por la interpretación que el individuo asigna a la situación bajo la influencia de su historia de aprendizaje, que además le llevará a seleccionar las situaciones a las que se enfrenta.

1.5. El Modelo de los Cinco Grandes Factores.

El modelo de los Cinco Grandes parte de la hipótesis léxica de Goldberg (1990) que defiende que las personas, a través del lenguaje, han usado las características de personalidad que se han observado más importantes y útiles en las interacciones sociales; de forma que a mayor importancia posea una característica, mayor probabilidad de que exista una o varias palabras que se refieran a ella (Bermúdez et al., 2010). En palabras de Bermúdez (2010) “se parte de la idea de que el análisis del lenguaje puede ayudar a averiguar cuáles son los elementos básicos que componen la personalidad” (p.197) .

La taxonomía de los Cinco Grandes se ha desarrollado a partir de dos perspectivas teóricas distintas: el enfoque léxico de la personalidad y la evaluación de la personalidad a través de cuestionarios, pero con una misma aproximación metodológica, el análisis factorial. Por ello podríamos encuadrar esta teoría dentro de la tradición correlacional. En este sentido, todas las teorías de personalidad basadas en el enfoque léxico comparten una serie de

características, indicando que la personalidad es un fenómeno natural analizable científicamente (epistemología objetivista) y consideran que el elemento básico de la estructura de la personalidad es el rasgo, utilizando el enfoque nomotético para la investigación, así como una metodología correlacional con mediciones psicométricas (Cano et al., 2005). Atendiendo a las ventajas que ofrece y a su pertinente implicación, Herrero (2003) defiende que “la aproximación correlacional a la personalidad se basa en las diferencias individuales y en el funcionamiento de la persona, tratando de determinar cuál es la estructura básica de la personalidad” (p.56).

Este enfoque se caracteriza por su singularidad en la concepción de la ciencia (empirismo), su metodología, un particular modelo estructural (rasgos y dimensiones) y por su tradición investigadora (hipótesis léxica), y propugna que cualquier tipo de personalidad puede ser conceptuada a partir de cinco amplias dimensiones ortogonales (Millon y Davies, 1998).

Desde esta perspectiva, los “rasgos” son concebidos como construcciones analíticas y clasificatorias útiles que describen las diferencias individuales en la conducta, sin que tengan que existir factores interpersonales subyacentes que contribuyan a generar tales diferencias. De este modo, en lugar de utilizar el término “rasgo”, se prefieren términos menos comprometidos, como el de “factores”, con referencia al análisis factorial que permite identificarlos, o de “dimensiones” de personalidad, aludiendo al carácter bipolar de tales dimensiones individuales extendidas a lo largo de un continuo con dos polos contrapuestos.

En la actualidad, los máximos representantes de este modelo son los investigadores Costa y McCrae, debido principalmente a la elaboración del cuestionario para la medida de los cinco factores más ampliamente reconocido y utilizado (Bermúdez et al., 2010, p.202). Para estos autores, los rasgos constituyen explicaciones distales de la conducta, las etiquetan como “adaptaciones características”, y estarían en función de la personalidad y de la cultura, por lo que esta categoría incluye hábitos, actitudes, habilidades, valores, motivos, roles y relaciones; en resumen, Costa y McCrae (1995) enfatizan el carácter biológico e invariante de los rasgos y apuestan por la

estabilidad temporal (validez de concepto), la base genética y la presencia o acuerdo transcultural como factores explicativos de los rasgos (en Bermúdez et al., 2010. p.213). Los cinco grandes podrían ser llamados del siguiente modo: extraversión o energía, afabilidad, responsabilidad o tesón, estabilidad emocional y apertura mental o apertura a la experiencia (McCrae y Costa, 1986).

Cano et al. (2005) citan a Pelechano (1996) afirmando que los Cinco Grandes han sufrido una constante replicación en numerosas lenguas y países como en Japón, China y Alemania, especialmente en Occidente, donde se confirma la validez transcultural (p.103). De esta forma se pueden constituir los elementos básicos sobre los que elaborar una estructura de la personalidad de alcance universal.

La base genética o heredabilidad, parece tener una carga importante en su influencia en las características de personalidad, aunque no mayor a la del ambiente, pues los genes no dirigen directamente la conducta sino que ejercen su poder a través de las manifestaciones fisiológicas que a su vez se ven moduladas por las características ambientales. Por tanto, y tras las conclusiones de la mayor parte de los estudios genéticos actuales, la interacción entre genes y ambiente es la que determina el resultado final, pudiendo el ambiente potenciar o limitar las posibilidades genéticas con las que nace un individuo (Bermúdez et al., 2010, p. 223).

Siguiendo las conclusiones de Bermúdez et al. (2010), entre los estudios sobre la estructura de la personalidad, el modelo de los Cinco Grandes domina el panorama actual a través de un consenso, aunque con matices, del que sólo parecen apartarse las propuestas de Cattell (16 PF) y Eysenck, con tres factores (p.209). No existe un acuerdo total sobre la denominación de factores ni variables o rasgos incluidos en dichas dimensiones, pero, al menos, se considera una taxonomía aceptada por la mayoría y cuyo marco comúnmente aceptado permite avanzar en la investigación.

1.5.1. Aplicaciones Del Modelo De Los Cinco Grandes

En nuestro país, destacan las investigaciones de Pedrero en cuanto al estudio de la personalidad y la población drogodependiente partiendo de la base del modelo de los Cinco Grandes para extraer las dimensiones básicas relacionadas con este colectivo en particular. Pedrero (2003) cita a Cervera et al. (2001) quien afirma la necesidad de un modelo teórico que relacione tres conceptos que parecen mostrar un sustrato común como son los trastornos de personalidad, el control de impulsos y la adicción a drogas (p.205).

Pedrero (2003) señala que dentro de la crisis actual de los modelos categoriales, ha aumentado el interés por la concepción de la teoría de los Cinco Grandes Factores, cuya estructura de la personalidad ha demostrado ser superior a otros modelos de más o menos factores, como los de Cloninger o Eysenck, respectivamente, incluso en el análisis de muestras transculturales (McCrae, Jang, Livesley, Riexunn y Angleitner, 2001) (p.204).

Basándonos en el artículo de Pedrero (2003), los Cinco Grandes defienden una visión dimensional de los trastornos de la personalidad, algo que se ha considerado para mejorar el diagnóstico de los trastornos del eje II del manual DSM, hasta ahora poco preciso y muy confuso en cuanto a sintomatología diferencial. Por su parte Millon, desde su eclecticismo psicológico y su perspectiva biologicista, aboga acercamientos tanto dimensionales como categoriales a través de una metodología a caballo entre lo racional y lo empírico. Cloninger se mantiene más cercano al modelo de los Cinco Grandes, pero en su taxonomía incluye toda una serie de factores biológicos implicados en la etiología de los trastornos (p.205).

Basándonos en Bermúdez et al. (2010), una de las aplicaciones más importantes del modelo de los Cinco Grandes corresponde al posible diagnóstico de los trastornos de personalidad, de manera que puntuaciones extremadamente altas o bajas así como determinadas combinaciones peculiares de estas podrían ser indicativas de alguna psicopatología de la personalidad (p.231).

En este sentido, se han realizado algunos estudios de la relación entre los cinco grandes, el bienestar y la calidad de vida. Parece ser que las personas que puntúan alto en Neuroticismo tienen una tendencia a experimentar sentimientos negativos, mientras que las personas que tienen puntuaciones altas en Afabilidad y Tesón, no muestran asociaciones tan fuertes ni claras pero en general parecen estar unidas a la experimentación de sentimientos positivos. Según Costa y McCrae (1985), tanto el afecto positivo como el negativo contribuyen por igual a la felicidad, contribuyendo a un equilibrio entre ambos. Esto indicaría que las personas más felices serían las personas que puntúan alto en Extraversión y alto en Neuroticismo. Por otra parte, en cuanto a Afabilidad y Tesón, también los relacionan positivamente con la felicidad y el bienestar personal, probablemente debido a las características de estas dimensiones. Puesto que los individuos afables son acogedores, generosos y amorosos, y las personas con Tesón son responsables, eficaces, competentes y trabajadoras, estas características contribuirían al éxito social y laboral, pudiendo generar mayor sensación de bienestar y satisfacción. Bermúdez et al. (2010) confirman que sujetos con altas puntuaciones en Neuroticismo responden peor a la psicoterapia por su gran desajuste psicológico, al igual que ocurre con bajas puntuaciones en Tesón; en cambio, sujetos con puntuaciones altas en Afabilidad presentan un buen pronóstico (p.232). Brooner, Herbst, Schmidt, Bigelow, y Costa, (1993) utilizaron el NEO-PI en una muestra de adictos a opiáceos en un estudio longitudinal, y fueron divididos en grupos según hubieran recibido un diagnóstico simple de trastorno antisocial, un diagnóstico mixto de éste y algún otro trastorno de personalidad del Eje II sin diagnóstico, destacando la mayor significación de Neuroticismo cuanto más diagnósticos se presentaban, sucediendo lo mismo que con la dimensión de Afabilidad, y no encontrándose diferencias significativas en el resto de factores. Pasado un tiempo, se encontraron relaciones entre Neuroticismo, Afabilidad y Tesón. De esta forma, se indica otra de las aplicaciones del modelo de los Cinco Grandes en psicología clínica para predecir la respuesta de las personas al tratamiento psicológico.

Los trastornos de la personalidad parecen tener una prevalencia considerablemente alta entre la población adicta a sustancias (Araque, De los Riscos, De la Casa y López, 2004; Lorea, Fernández, López y Landa, 2008; Pedrero, 2003; Pedrero y Ruiz, 2012; Pedrero, Puerta, Lagares y Sáez, 2003; San y Casas, 2002, citado en Martínez, 2011 y Verheul, 2001, citado en Pedrero, et al , 2011) especialmente las escalas de personalidad antisocial de la personalidad (Ortiz-Tallo, Cardenal, Ferragut y Cerezo, 2011). Es por esto que un gran número de estudios se dedican a investigar las relaciones entre dimensiones y trastornos de personalidad en estos pacientes, a través de los modelos actuales de mayor rigor mencionados, y cuyos cuestionarios de evaluación han mostrado poseer excelentes propiedades psicométricas y son ampliamente utilizados en investigación y en la práctica clínica.

Las dimensiones basadas en impulsividad o control de los impulsos son las que mayor relación han mostrado con respecto al abuso de sustancias (Belda, Cortés y Gradoli, 2010; Echeburúa, Bravo de Medina y Aizpiri, 2008; Pedrero, 2003 y Pedrero y Ruiz, 2012) y podrían constituir un factor importante de riesgo a considerar de cara a la prevención e incluso en el tratamiento.

Brooner, Schmidt y Herbst, (2002), en una revisión de su anterior estudio longitudinal acerca de las relaciones entre instrumentos que miden los trastornos de personalidad y el cuestionario NEO-PI que evalúa los rasgos del modelo de los Cinco Grandes Factores entre drogodependientes, encuentran relaciones entre Neuroticismo, Afabilidad y Tesón, así como la subescala de Búsqueda de Sensaciones del factor Extraversión, con los diagnósticos del eje II, resultados que confirman otros estudios (citado en Pedrero, 2003, p.205). Además, destacan el gran potencial predictivo con respecto al tratamiento a partir del modelo de cinco factores.

La cuestión del diagnóstico y más aún de su abordaje terapéutico, por tanto, se ve enormemente complicada ante un consumo de sustancias, pues es bien conocido que la ingesta provoca alteraciones en los patrones normales de comportamiento por su interacción y modificación de la expresión de los sustratos biológicos (Pedrero, 2003; Pedrero, Olivar y Puerta, 2007; Pedrero et al., 2011; Pedrero y Ruiz, 2012).

Pedrero (2003) afirma que no es posible conocer qué parte de patología se puede adjudicar a la sustancia y cual a la personalidad del sujeto, y cita a Fernández (2002) para apoyar que las mejores descripciones actuales sobre la adicción pertenecen a los modelos diátesis-estrés bioconductuales, en los que la continua interacción recíproca entre las vulnerabilidades biológicas y psicológicas así como los recursos personales y las circunstancias psicosociales del individuo definen el comienzo y curso de la adicción (p.216) . No obstante, ante la demanda de tratamiento, se conoce que a través de la psicoterapia y farmacología es posible modificar ciertos aspectos, al igual que coexisten otros invariables que deben ser tenidos en cuenta en la elaboración de los programas de tratamiento (Pedrero, 2003).

1.6. Autoconcepto.

El autoconcepto es una de las variables más relevantes dentro del ámbito de la personalidad, tanto desde una perspectiva afectiva como motivacional. Las múltiples investigaciones que lo abordan coinciden en destacar su papel en la regulación de las estrategias cognitivo-motivacionales implicadas en el aprendizaje (González, Nuñez, González y García, 1997). El autoconcepto hace referencia a la percepción, imagen o idea que tenemos sobre nosotros mismos (dimensión cognitiva y descriptiva del yo), con independencia de que ésta sea más positiva o más negativa. Empieza a desarrollarse fundamentalmente una vez que la capacidad simbólica y la conciencia de sí mismo alcanzan un cierto nivel (sobre los tres años de edad), continua desarrollándose se hacia el final de la adolescencia (sobre los 21 años de edad) y se completa en la vejez.

El autoconcepto se entiende como la imagen que uno tiene de sí mismo y que se encuentra determinada por la acumulación integradora de la información tanto externa como interna, juzgada y valorada mediante la interacción de los sistemas de estilos, o forma específica que tiene el individuo de razonar sobre la información; y valores, o la selección de los aspectos significativos de dicha información con grandes dosis de afectividad (González-Pienda, et al, 1997).

Siguiendo a Bermúdez, Pérez y Sanjuán, (2003) es necesario tener en cuenta que la conceptualización de sí mismo puede realizarse de dos formas: en términos incondicionados o de manera contextualizada. Una concepción de manera incondicionada señala la aparición de atributos descontextualizados relativamente estables cuyas conductas se mostrarían relativamente estables a través de numerosas situaciones. Por otra parte, una codificación contextual pone de relieve a los procesos cognitivo-afectivos y características distintivas de la situación de forma que la conducta mostraría variabilidad específica a las demandas situacionales, no refiriéndose así de inconsistencia, sino de adaptabilidad (p.258).

El autoconcepto ejerce una función integradora de la experiencia y la propia identidad, así como una función reguladora de la conducta. En palabras de Bermúdez et al (2003) “la imagen que uno tiene de sí mismo influye en el modo en que se valoran las diversas circunstancias y la intensidad y cualidad afectivas con que reaccionamos a las mismas” (p.277). No obstante no hay que olvidar su influencia en otros aspectos interpersonales, como la percepción social, la situación y elección de la compañía, las estrategias de interacción y las reacciones al feedback (Apodaca, 1996, p.95). Por tanto, es destacable el papel que juega el autoconcepto en la autorregulación del comportamiento, pues influye en el establecimiento de metas y en la preparación y autoevaluación de la propia conducta, aunque la naturaleza y los efectos de este proceso no están aun completamente esclarecidos (Apodaca, 1996, p.94). En esta línea, resulta de obligada mención la teoría cognitivo-social de Bandura (1978; 1991) quien consideró la autorregulación como una de las piedras angulares de la personalidad humana y desarrollo.

El autoconcepto es multidimensional, es decir, está constituido por una serie aspectos relacionados con los distintos roles y actividades que el sujeto realiza, de forma que en cada experiencia particular muestra una serie de características y competencias en el individuo que destacan en ese caso y se diferencia de otros roles que desempeña en su vida (Bermúdez et al, 2003, p.263).

Por tanto, la conducta de una persona va dirigida a reducir en la medida de lo posible las incongruencias o disonancias entre la percepción o valoración actual y el feedback que devuelven los demás o los posibles desarrollos futuros del autoconcepto que nos llevaría el comportamiento (Bermúdez et al, 2003, p.287). Esta sería la base de la Teoría Disonancia Cognitiva, y creemos que es importante para el papel autorregulador e integrador de la conducta en pacientes adictos. Por ejemplo, ante la ansiedad y el deseo de escapar de una situación ante la que se percibe discrepancia, por falta de recursos o capacidad o por las consecuencias emocionales, puede darse a menudo un aumento en el consumo de sustancias, como alcohol u otras drogas, para evadirse de la realidad (p.294).

De esta forma, siguiendo las palabras de Bermúdez et al. (2003), “la falta de concordancia se traducirá en un estado más o menos intenso de tensión e incomodidad psicológicas que motivará a poner en marcha conductas para su reducción o eliminación” (p.279). Este mismo autor añade que en cuanto a diferencias individuales, el nivel de Estabilidad Emocional es una de las dimensiones básicas de la personalidad que influyen en la expresión de la incoherencia comportamental, de forma que cuanto más inestable se es emocionalmente, mayor será la posibilidad de encontrar discrepancias, incomodidad e insatisfacción (p.283).

En este sentido, una característica básica de la personalidad relacionada con la manera de afrontar las discrepancias sería la Apertura Mental, ya que conlleva flexibilidad y adopción de diferentes puntos de vista. Por lo que mientras más elevado sea este rasgo, menor sufrimiento y mayor tolerancia de las posibles incoherencias conductuales (Bermúdez et al, 2003, p.284)

Un término estrechamente ligado con el autoconcepto es la autoestima, considerada como la dimensión valorativa del autoconcepto. La mayor parte de la investigación se ha centrado fundamentalmente en la evolución de esta dimensión, especialmente en el desarrollo de un perfil evolutivo global a lo largo de la infancia y adolescencia (Bermúdez et al , 2003, p.271).

A raíz de numerosos trabajos, basándonos en la descripción de Bermúdez et al, (2003), se observa un patrón normativo caracterizado por una elevada autoestima durante los primeros años de la infancia y un ligero descenso al inicio de la etapa escolar en la que debe enfrentar situaciones muy diferentes del contexto protector familiar. El paso a la adolescencia también se suele caracterizar por un descenso en la propia valoración personal, probablemente debido a los bruscos cambios biológicos y sociales que ocurren durante esta etapa de relativa confusión, anterior al comienzo de la edad adulta. El inicio de este periodo aún no cuenta con suficiente investigación, algunos trabajos indican un crecimiento, otros un descenso e incluso, otras fuentes apuntan que no se produce apenas cambio. Los datos señalan como pauta general un aumento de la autoestima durante la edad adulta, mientras que etapas posteriores se produciría un nuevo descenso asociado a acontecimientos tales como la jubilación, pérdidas personales afectivas y sociales, disminución de competencias y habilidades, y otros cambios característicos de éstas últimas fases del ciclo evolutivo (p.271).

En el estudio de Block y Robins (1993) se aprecia mayor consistencia en el perfil de personalidad relativo al nivel de autoestima en las mujeres, que parece estar afianzado a los 14 años, mientras que en los hombres comenzaría a consolidarse alrededor de los 18 años (mencionado en Bermúdez, 2008, p.276).

Por último, con respecto a la base estructural de la personalidad, situándonos en la conceptualización de los Cinco Grandes Factores, Bermúdez (2008) afirma que el mantenimiento de la autoestima y la imagen positiva de uno mismo estarían relacionada con elevados niveles de las dimensiones de Extraversión y Afabilidad, y a un bajo nivel de Estabilidad Emocional; asimismo, la necesidad de consistencia personal se daría más frecuentemente en personas con un nivel elevado en Tesón (p. 290).

Apodaca (1996) concluye en su investigación que el autoconcepto concebido como elemento activo y dinámico, media en procesos tanto intrapersonales como interpersonales, así como en aspectos conductuales, afectivos y motivacionales, por lo que debe considerarse en la evaluación

(inicial, de seguimiento y final) y en la elaboración de la intervención clínica para mayor adaptación individual y una importante mejora de la eficacia de los tratamientos en el ámbito de las drogodependencias (p.98).

En conclusión, el autoconcepto influye en el establecimiento de objetivos, metas y planes para el futuro, en la valoración de su consecución, en las reacciones emocionales, filtra la información que se atiende y procesa para mantener la congruencia con el autoconcepto y condiciona la interpretación de la conducta de los demás y la forma en la que se manejan las relaciones interpersonales (Bermúdez et al, 2003, p. 299).

De hecho, Apodaca (1996) defiende que el autoconcepto ha ganado en los últimos años un amplio terreno en la investigación de las drogodependencias debido a su alta implicación como potencial explicativo y terapéutico. Además, la autoestima siempre ha sido vinculada al proceso de drogadicción, de manera que muchos estudios han defendido la estrecha relación que parece darse entre el drogodependiente y tener una baja autoestima. Así, las investigaciones parecen indicar que existe una relación negativa entre ambas variables (Abu-Shams, de Carlos, Tiberio, Sebastián, Guillén y Rivero, 1997; Andrews y Duncan, 1997; Blánquez y Díaz Atienza, 2001; Emery, McDermott, Holcomb y Monty, 1993; McInman y Grove, 1991; Pons y Borjano, 1996; Romero, Luengo y Otero, 1995; Young, Werch y Bakema, 1989 citado en Esnaola, 2006). Un bajo autoconcepto en la familia y en la escuela puede actuar como motivadora de la iniciación o el progreso en el consumo de drogas. En un estudio de Esnaola (2006) halló que los sujetos que no beben, se perciben mejor que los sujetos que beben esporádicamente en cuanto en las subescalas de autoconcepto académico y autoconcepto familiar. Sin embargo, se ha reconocido las limitaciones metodológicas de estos estudios y, en la actualidad, el progreso hacia una perspectiva biopsicosocial ha permitido integrar variables fisiológicas, psicológicas y sociales, reconociendo su continua interacción, de forma que el proceso de adicción se considera de naturaleza multicausal (p. 92).

1.6.1. Autoengaño y mistificación.

El psiquiatra Carlos Sirvent ha investigado profundamente acerca del desarrollo de la sociopatía adquirida en la población adicta y ha descrito el proceso de evolución hasta dicha alteración, aún considerada como diagnóstico en investigación por la CIE-10 y el DSM-IV, y descrito con una serie de criterios y pautas diagnósticas aún por confirmar. Por tanto, nos basaremos en el artículo de Sirvent *“la sociopatía adquirida”* (2007) para informar y describir este característico proceso desarrollado en los pacientes con algún tipo de adicción.

Según Sirvent (2007) el sujeto se hace insincero debido a la indiferencia de la realidad, respondiendo lo que más le conviene, sea o no mentira, teniendo como gran prioridad su satisfacción objetal por la droga.

En el ámbito de las adicciones, se ha observado un patrón en el estilo de vida de las personas drogodependientes, caracterizado por el engaño a sí mismos y a los demás, con la finalidad de conseguir lo que quieren, especialmente la droga. Este autoengaño muestra un desarrollo que comienza cuando el sujeto se ve en la obligación de mentir para justificar transgresiones. Dicha necesidad aparece incluso antes de considerarse adicto, cuando el sujeto se ve arrastrado a cometer actos contravenidos. Esas primeras mentiras le generan culpa, y subsiguientemente ansiedad aguda, bien por remordimiento o por el esfuerzo de distinguirla de la verdad, además de recordarla. Cuanto más se miente mayor es el esfuerzo recordatorio y la ansiedad acumulada. Si el ciclo engaño-mentira-embaucamiento continua sucediéndose, el sujeto desarrollará un mecanismo defensivo adaptativo, denominado automatización de la mentira, que se caracteriza por el hecho de que la mentira pasa el filtro consciente que hace sufrir, de manera que el individuo responde a lo que conviene según sus propósitos, sea cierto o no, o lo que es lo mismo, convirtiendo el engaño en autoengaño, incorporando la mentira a su estructura de personalidad. Desde ese momento, el comportamiento falsario del adicto sería más fabulador que mentiroso, realizando respuestas automáticas en función de sus intereses, anteponiéndose siempre a la verdad. Además, de esta forma el sujeto consigue que desaparezca la culpa, neutralizando la

ansiedad crónica: el sujeto ya no está autoengañado. Pero esto no queda ahí, ya que el comportamiento se extiende a muchos de los ámbitos de su vida, hasta un punto de convertirse en una forma de vida, alcanzando otro nivel de perturbación mayor: la mistificación. Algunos datos iniciales llegan a situar la prevalencia de este fenómeno en más del 70% de la población adicta.

Por otro lado, Sirvent (2007) describe la mistificación intrínseca como: “una forma extrema de de autoengaño que afecta al quehacer entero del sujeto, el cual acaba envuelto en una coraza de desconfianza denominada coraza mistificadora que le ensimisma y aísla del mensaje interpersonal. Se trata de un patrón actitudinal, cognitivo y comportamental de morfología sociopática atribuible al *modus vivendi* propio de sujetos adictos de larga, intensa o arraigada trayectoria” (p.314). Los síntomas frecuentes en la mixtificación serían la insinceridad, la hetero y la automanipulación, la incredulidad, la falta de sentido de la realidad, el autodesconocimiento y el talento hosco e irritable.

En un estudio de Sirvent, Blanco y López (2007) denominado “*Psicopatología del autoengaño en adictos*” (citado en Sirvent, 2007, p.312) se demostró la validez de los constructos de engaño y autoengaño, resultando significativa su asociación con la adicción y estableciéndose diferencias de sexo, edad y tiempo de tratamiento. Los resultados en cuanto a sexo mostraron que los hombres presentan puntuaciones superiores en autoengaño y manipulación, mientras que las mujeres los superan en manejo de impresiones, por lo que parecen más preocupadas por su imagen. Las diferencias respecto a la edad indicaron que los sujetos mayores de 43 años tienen niveles superiores de deseabilidad social y manejo de impresiones así como niveles más bajos en manipulación, mientras que el rango de 22 a 31 años presenta una media más elevada en la escala de autoengaño. Por último, en cuanto a tiempo de tratamiento, los sujetos comienzan con un nivel elevado de autoengaño, que se ve aumentado entre los 2 y 3 meses de estancia y van disminuyendo, alcanzando los niveles más bajos en el grupo de 6 meses o más.

Sirvent, en su estudio longitudinal “*Autoengaño y adicción, clínica y psicoterapia*” (2005), confirmó la validez del constructo “mistificación-sociopatía

adquirida” y su relación con el grupo de adicción, y observó la respuesta de éstos al tratamiento, confirmando una mejora tras la intervención terapéutica. Encontró que el grupo control no se aproximó en ningún momento al umbral del autoengaño, mientras que el grupo de adictos se mostraba por encima de la media. Con respecto a la evaluación “antes”, “al principio” y “a mitad de tratamiento” se encontraron diferentes resultados. En la evaluación “antes” se encontraron unas puntuaciones más bajas en comparación con las otras dos evaluaciones, mientras que en la medida “al principio” se encontraron unas puntuaciones superiores que en la medida “mitad de tratamiento”. Sirvent (2005) indica que estos resultados se muestran debido a que en la medida “antes” se muestra sesgada. A partir de la tercera semana de tratamiento, cuando se realiza la evaluación “al principio de tratamiento, se encuentran puntuaciones más altas, debido a que el sujeto ya ha tenido el tiempo suficiente para conocer que el autoengaño era el responsable de su impacto psicológico. En la valoración “mitad de tratamiento” se muestran unas puntuaciones ligeramente inferiores a las del clúster anterior, pudiéndose hablar de una mejora debida a la intervención terapéutica.

En resumen, la mistificación se consideraría como una forma extrema de autoengaño en la que el sujeto vive envuelto en una coraza reactiva de desconfianza que le aísla al cambio, entre otras razones, por una presunción de desconfianza invariable hacia los demás. En definitiva, cambia la personalidad del adicto, anulando sus verdaderos rasgos, dominado por la suspicacia paranoide que le aparta de la realidad y le hace rechazar sistemáticamente a todo lo demás, dirigiendo su vida únicamente a la consecución de la droga a través de la adopción de los patrones más cómodos que le permitan llevar dicho estilo de vida. Esta falta de objetividad y de sentido práctica, provoca que estos individuos se alejen de sus proyectos de vida y de sus posibilidades reales, de manera que si a un adicto se le pregunta por sus aspiraciones de vida, responde fantaseando o de forma utópica.

1.7. Personalidad normal o patológica

La diferenciación entre normalidad y anormalidad no se puede lograr de una forma objetiva (Millon y Davis, 2002, p.11). Uno de los elementos clave de la personalidad es su relativa estabilidad a lo largo de toda la vida, pues se trata de un modo de ser habitual, por lo que dicho elemento resulta útil para identificar tanto la personalidad sana o normal como para la patológica o anormal (Belloch y Fernández, 2008, p.11; Belloch, Martínez, y Pascual, 1996, p. 255;).

Por lo referido a una cuestión puramente formal como viene siendo la estadística, en un enfoque demográfico, identificar la normalidad psíquica resulta sencillo considerando la media o moda de una distribución basada en la “curva normal” o campana de Gauss, de esta forma que la personalidad normal quedaría definida por los valores medios de una distribución normal, mientras que la personalidad desviada se distanciaría de dicha distribución más de dos desviaciones típicas (Fierro, 1984, p.377).

Fierro (1984) también hace referencia a Eysenk y a su metodología factorial para establecer las dimensiones de la personalidad, de la que se obtienen valores normales procedentes de las posiciones centrales en las variables bipolares de la personalidad, mientras que los rasgos psicopatológicos se situarían en alguno de los extremos del continuo (p.377-378).

Este autor considera que la concepción estadística no define las dimensiones propias para la distinción entre normalidad y anormalidad, pues deben ser previamente identificadas de manera cualitativa. También habla de la estadística como un instrumento complementario de enorme utilidad, que cuantifica, relaciona y analiza las estructuras mensurables. Como consecuencia, Fierro (1984) defiende que a través del análisis factorial de variables bien definidas y operacionales se pueden obtener predictores o indicadores fiables y válidos que, singularmente o en alguna combinación, señalan las dimensiones de normalidad o alteración de la personalidad (p.378)

La distinción entre lo sano y lo patológico también se realiza popularmente en las distintas sociedades, de hecho, los antropólogos afirman la naturaleza transcultural de la diferencia entre anómalo y normal (Fierro, 2000; 2004). Aunque se encuentren frecuencias específicas en función de las diversas poblaciones y existe cierta variabilidad cultural, la distinción a nivel social de algunos trastornos es prácticamente universal (Fierro, 2000; 2004). En palabras de Fierro (2004): “tanto análisis descriptivos de las alteraciones de personalidad o de comportamiento, como el enfoque de terapia e intervención psicológica, contemplan la bipolaridad trastorno/ salud mental, componentes individuales de malestar/ bienestar, no reducibles a lo social y a la ideología y valores colectivos” (p.5).

Desde una perspectiva más funcional, se deriva que la personalidad normal se adapta al entorno operando sobre él para adaptarlo a las propias necesidades, entendiendo esta adaptación como la capacidad de afrontamiento al medio a través de una serie de estrategias orientadas a mejorar la calidad de vida. En esta línea, Fierro (2004) señala que el trastorno o salud comportamental viene dado por el bienestar subjetivo o satisfacción en la vida que proporciona la propia capacidad de adaptación, entendiendo la personalidad como el potencial de conducta para alcanzar la salud psíquica (p.8-10).

Ese potencial de conducta, como noción de personalidad, no es un potencial innato, pues en su mayor parte resulta ser adquirido y modificable. Por tanto, el núcleo del trastorno psicopatológico, como disposición inadaptada, también es aprendido y modificable, constituido no solo por una mala gestión de la propia experiencia, sino por cierta incapacidad de autocuidado y autorregulación (Fierro, 2004, p.11).

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM, reconoce que no existe una definición satisfactoria que especifique la delimitación precisa de trastorno mental, es decir, no asume discontinuidad categórica de unos trastornos a otros (Fierro, 2004). A fin de cuentas, y como Fierro (2004) comenta, lo que el sistema DSM (APA, 1994) viene a decir es que el trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o una disfunción

biológica, psicológica o conductual de significación clínica, asociada a un malestar, discapacidad o riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir, dolor, discapacidad o pérdida de libertad; y que esta alteración no solo está referida a la relación entre el individuo y la sociedad (p.6).

Fierro (2004) parafrasea a Belloch, Sandín y Ramos (1995, p.54), Gradillas (1998, p. 25) y Vázquez (1990, p.453,) afirmando que “en la actualidad suele reconocerse que no hay un solo elemento o criterio que tomado aisladamente sea suficiente para caracterizar la conducta “anómala” o el trastorno psicopatológico, y que son varios, concurrentes o complementarios, los criterios al respecto” (p. 7). Por tanto, queda consensuado que los conceptos de trastorno y salud mental pertenecen a una naturaleza multidimensional.

El término de personalidad trastornada trata de referirse a que una parte o la totalidad de las estructuras o procesos de funcionamiento psicológico del individuo en cuestión no están bien integradas, o presentan elementos defectuosos en algún aspecto. Esto provoca un malestar clínicamente significativo, dificulta las relaciones con el entorno y limita el progreso y desarrollo personal; es decir, cuando hablamos de trastorno de la personalidad, nos referimos a que el modo de ser habitual de la persona se caracteriza por patológico o anormal (Belloch y Fernández, 2008, p. 11-12).

1.8. Trastornos de la personalidad

Los trastornos de personalidad actualmente son un área principal de investigación científica, cuya complejidad trasciende las descripciones cotidianas, y poseen una posición preponderante en cuanto a diagnóstico clínico (Herrero, 2003, p. 84).

La primera diferenciación de los trastornos de la personalidad vino de la mano de Prichard, en el primer tercio del siglo XIX, con el término “locura moral”, enfatizando el carácter prolongado del desorden (Belloch, 1996, p. 256; Belloch y Fernández, 2008, p.13). Esta consideración de la personalidad socialmente inadaptada también fue descrita en situaciones clínicas de la

época por psiquiatras como Pinel, Esquirol y Rush (Caballo, 2004, p.26). De forma contemporánea, Lombroso puso de manifiesto estas alteraciones, distintas a los trastornos mentales, por la predisposición inherente en el modo de ser (Belloch y Fernández, 2008, p.14). Durante el siglo XX, Kraepelin propuso los trastornos de personalidad como dimensiones intermedias de psicosis, y, por otro lado, Schneider planteó la personalidad anormal como desviación de la media (Belloch, 1996, p. 356-357; Belloch y Fernández, 2008).

Recientemente, Belloch y Fernández (2008) destaca autores como Shapiro (1965) y Millon (1981) que han contribuido significativamente en las modernas clasificaciones utilizadas para el diagnóstico, como son la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (APA, 1994) (p.14); así como en la reciente edición DSM-5 (APA, 2014), aportando algunos de los argumentos y criterios diagnósticos recogidos para la evaluación de los trastornos de personalidad.

Podemos definir el trastorno de la personalidad como una alteración en el modo de ser habitual de una persona, bien por no ser el modo más frecuente de las personas de su entorno, bien porque no se ajusta a su contexto sociocultural. Abarca un amplio rango de comportamientos, sentimientos y cogniciones que comienzan muy temprano en la vida y se prolongan a través del tiempo y de distintas situaciones (Belloch y Fernández, 2008, p.12). Podemos afirmar que se suelen observar un repertorio de conductas limitadas, repetitivas, inflexibles y poco adaptativas que dificultan la adquisición de nuevas habilidades y estrategias que caracterizan a estos individuos como especialmente vulnerables al estrés. Esta clase de trastornos van acompañados por numerosos problemas como delirios, suicidios, abuso de sustancias psicoactivas, violencia, problemas interpersonales y/o laborales, etc. (Caballo, 2004, p.26), presentando una elevada comorbilidad con otras patologías mentales así como un enorme solapamiento en cuanto a criterios diagnósticos, por lo que el diagnóstico diferencial se convierte en una ardua

tarea. Su tratamiento resulta difícil y costoso, y suelen prolongarse ante la presencia de más trastornos comórbidos.

1.8.1. Teorías explicativas de los Trastornos de la Personalidad

Actualmente existen cinco perspectivas especialmente destacables para la teorización de la personalidad y los trastornos de personalidad: biológica, psicodinámica, interpersonal, cognitiva e inductiva. A continuación, explicaremos brevemente cada uno de estos modelos explicativos basándonos en Millon y Davis (2002).

1.8.1.1 Perspectiva Biológica

Desde esta perspectiva, se puede hablar de influencias distales y proximales. Las primeras tienen su origen en la herencia genética, y transmiten características evolutivas de la especie, muchas de ellas de carácter sociobiológico. La mayoría ejercen una influencia sutil, manifestándose débilmente en la personalidad normal de los individuos, como la agresividad típica de los varones y la maternidad y sociabilidad femenina. En algunos trastornos de la personalidad se puntualizan de forma singular este tipo de estereotipos sexuales, como la personalidad antisocial y narcisista en hombres y la personalidad histriónica y dependiente en mujeres.

La genética constituye una influencia muy remota en los trastornos de la personalidad y no existen resultados concluyentes, probablemente debido a que los estudios constan de muestras muy reducidas que sesgan los resultados e impide la generalización de los datos. Además, el evidente solapamiento entre los criterios y síntomas de los diferentes trastornos de personalidad reafirman la complejidad de las interacciones herencia-ambiente.

Las influencias proximales hacen referencia a las estructuras que subyacen a la conducta o la personalidad, pudiendo distinguir entre temperamento y constitución. El potencial biológico del temperamento se refleja en las disposiciones y sensibilidades con las que un sujeto nace, el estado de ánimo o emotividad predominante y en la intensidad de su ciclo de actividad.

La primera teoría conocida sobre el temperamento procede de la cultura griega del siglo IV a.c, fue Hipócrates quien identificó cuatro temperamentos básicos y, posteriormente, Galeno los relacionó con un rasgo particular de la personalidad: el colérico se asoció con la irritabilidad, el sanguíneo con el optimismo, el melancólico con la tristeza y el flemático con la apatía. Aunque esta teoría de los humores no está vigente, ha sido el primer paso para abrir camino al estudio contemporáneo de la neuroquímica.

Por su parte, la constitución viene a determinar el plan global sobre el que se construye la personalidad. El primero en desarrollar esta visión fue Kretschmer (1926) cuya clasificación de tres tipos corporales se relacionaba con determinados rasgos de personalidad y de psicopatología. De esta forma, el delgado se asociaba a la introversión como rasgo normal y a la esquizofrenia como entidad psicopatológica, mientras que los obesos eran amistosos y dependientes y venían predispuestos a la enfermedad maníaco-depresiva. En la actualidad, la investigación que podría considerarse equivalente a esta teoría inicial está centrada en cada estructura anatómica del cerebro y su relación con el comportamiento normal y la psicopatología.

Los modelos factoriales biológicos, frente a la taxonomía de los sistemas actuales consensuados, realizan el énfasis en lo cuantitativo, reuniendo un grupo de rasgos dimensionales que constituirían la personalidad y cuyo funcionamiento subyacente correspondería a determinadas estructuras psicobiológicas (Besteiro, Lemos, Muñiz, García, y Álvarez 2007). Las disposiciones biológicas y constitucionales forman el núcleo central para la comprensión de los trastornos de la personalidad. Dentro de las aportaciones más importantes y recientes destacan la de Cloninger (1986, 1987) y Siever (1991).

Particularmente, Cloninger (1986, 1987) propone un modelo neurobiológico para los trastornos de personalidad basado en la interrelación de tres rasgos que a su vez se asocian a un sistema concreto de neurotransmisión. La búsqueda de novedad se relaciona con una baja actividad basal en el sistema dopaminérgico, la evitación del daño con una alta actividad serotoninérgica y la dependencia de la recompensa con una baja actividad

basal noradrenérgica. De esta manera, la personalidad antisocial caracterizada por la búsqueda de sensaciones y la ausencia de miedo, puntuaría bajo en evitación del daño y alto en búsqueda de novedad, mientras que la personalidad esquizoide obtendría bajas puntuaciones en todas las dimensiones del modelo. La correspondencia entre los TTPP generados por el modelo de Cloninger con los del DSM es ambigua, y existen varios trastornos que no aparecen en este modelo. Esto se relaciona con que el autor defiende la existencia de dimensiones básicas de la personalidad, cuya diferencia entre la población normal y clínica se basa en lo cuantitativo y no en lo cualitativo (Besteiro et al, 2007).

En este sentido, es importante destacar que existe abundante apoyo empírico tanto para los rasgos de personalidad más frecuentemente vinculados a la adicción (Pedrero, 2006), como para la sintomatología cortico-frontal declarada por los adictos en tratamiento (Pedrero, Ruiz, Llanero, Rojo, Olivar y Puerta, 2009). En el siguiente capítulo, se hará una referencia más extensa en cuanto a esta estrecha vinculación entre personalidad, sintomatología frontal y adicción.

Por otro lado, el modelo psicobiológico de Siever y Davis (1991) describe cuatro dimensiones que constituyen diversas manifestaciones de los Ejes I y II del DSM. En los extremos se situaría la patología que daría lugar al trastorno del Eje I, mientras que las alteraciones más ligeras que se hacen persistentes se asociarían a los trastornos de personalidad o Eje II. De este modo, la dimensión organización perceptivo/cognitiva aparecería en el Eje I como esquizofrenia y en el eje II como trastorno esquizotípico, esquizoide o paranoide de la personalidad. La dimensión impulsividad/agresividad se refleja en el Eje I como trastornos del control de los impulsos y en el Eje II como trastornos límite y antisocial de la personalidad. La inestabilidad afectiva se manifestaría como trastorno afectivo en el Eje I y como personalidad límite o histriónica del Eje II. Por último, la dimensión de ansiedad/inhibición se reflejaría en el Eje I como trastornos de ansiedad y en el Eje II en los trastornos de personalidad por evitación, por dependencia o el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

1.8.1.2 Perspectiva Psicodinamica

Freud (1923), padre del psicoanálisis, dedicó su vida a la elaboración de una de las teorías sobre la personalidad más completas conceptualmente y más ampliamente criticada. Según la segunda tópica freudiana el aparato psíquico está compuesto de tres estructuras: yo, superyo y ello. A partir de esta estructura, Freud intentó elaborar y sistematizar su nuevo modelo estructural, del que surge su teoría del yo (Nos, 1995). Por otra parte, definió la estructura de la personalidad en *ello*, *yo* y *superyo*, regidos por el principio del placer, de realidad y de moralidad, respectivamente. El *ello* presiona desde lo más profundo ansiando gratificación, mientras que el *superyo*, formado por la conciencia y el ego ideal, evita los impulsos del *ello* para cumplir el código moral y realizar lo correcto. En esta situación se encuentran mucho de los trastornos de personalidad como ocurre con los obsesivo-compulsivos. Para evitar el desbordamiento del *yo*, éste utiliza los denominados mecanismos de defensa, que pretenden fraternizar entre el resto de componentes de personalidad y sirven como perfil defensivo a la hora de describir cómo actúan las distintas personalidades alteradas.

Según este autor, la personalidad se desarrolla a través de cinco estadios psicosexuales, cada uno de ellos marcados por una secuencia de desafíos evolutivos. El primero es el estadio oral, va desde el nacimiento hasta los dos años y recibe el placer mediante la boca y la lengua. El segundo estadio es el anal, contempla el período de dos a tres años y el placer se localiza en la defecación. El siguiente estadio es el fálico, comprende desde los tres a los seis años y su foco de placer es el pene o clítoris – en este estadio ocurre el conocido complejo de Edipo y de Electra –. Desde esta perspectiva, esta etapa puede ser importante para el comienzo del desarrollo de una personalidad narcisista o histriónica. Entre los seis y doce años corresponde el estadio latente para que en la pubertad la sexualidad resurja en el estadio genital. A diferencia de los estadios anteriores que intentaban maximizar el placer, el objetivo en este último es conferir de energía sexual las relaciones con los demás para encontrar el amor maduro.

Para la perspectiva psicoanalítica, comprender un trastorno mental implica entender la expresión de los impulsos básicos del ello en el contexto de las limitaciones realistas del yo y las idealizadas y morales del superyó. Posteriormente, esta perspectiva pasó a centrar su atención del ello al yo, y se denominó psicodinámica en vez de psicoanalítica.

El estadio final de la perspectiva psicodinámica es el de las relaciones objetales, en el que cada instinto posee un objetivo, enfocado al mundo externo que permite alcanzarlo. La teoría actual sobre las relaciones objetales es interpersonal y cognitiva, pues sostiene que el mundo se conoce a partir de representaciones mentales internas e indica que el contenido es interpersonal y se desarrolla a partir de la interacción desde la primera infancia con los progenitores y otras personas significativas. Las relaciones objetales existen como estructuras mentales inconscientes que organizan la experiencia, influyen en la conducta actual por la moralidad y además a través de las representaciones mentales del sí mismo y de los demás, y solo son parcialmente accesibles al pensamiento consciente.

El autor principal de la teoría de las relaciones objetales es Kernberg, (1976) quien defiende la clasificación de la personalidad en tres niveles de organización estructural: psicótico, límite y neurótico. La personalidad normal, en contraste, posee un sentido integrado y cohesionado del sí mismo denominado "identidad del yo". Por tanto, cada nivel de organización refleja distintas características clínicas predominantes o criterios estructurales, especialmente en cuanto al grado de integración de la identidad, los mecanismos defensivos y la prueba de realidad.

El nivel neurótico posee cierta integración pero los sentimientos de culpa inconscientes se manifiestan en conductas patológicas de interacción y preocupación por cuestiones sexuales; este nivel incluye personalidades depresivo-masoquista, obsesivo-compulsiva e histérica. El nivel límite se sitúa entre la neurosis y la psicosis. Estas personas son similares a los neuróticos aunque menos integrados y aunque mantienen el contacto con la realidad, a veces se disocian; poseen la tendencia de utilizar mecanismos de defensa primitivos y según Kernberg (1976), presentan una disociación de la

representación objetal. Por último, el nivel psicótico apenas posee integración de la identidad, suele fusionarse con otros o con el entorno y se caracteriza por una agresividad intensa e inapropiada.

Sus trabajos sobre la organización de la personalidad borderline han sido valiosísimos en la comprensión estructural, precisión diagnóstica y tratamiento apropiado de estos pacientes (Nos, 1995).

1.8.1.3. Perspectiva Interpersonal

Este enfoque defiende la personalidad como un producto social de las interacciones con los otros significativos, y no puede ser entendida en el interior ya que está inmersa en un contexto. Así pues considera la individualidad como una ilusión de la cultura occidental por su relevancia excesiva en la objetividad y el racionalismo.

Sullivan (1953) presentó un modelo a partir de 1953 que se convirtió en alternativo al modelo freudiano, su “teoría de las relaciones interpersonales”. Este autor que trabajaba en la terapia de esquizofrenia partió de la idea de que el examen clínico sólo podía convertirse en conocimiento real en la medida en que el terapeuta participa con sus pacientes en el sistema que se crea y comprende su propia participación en el mismo (Cobos, 1998).

Se considera el padre de la perspectiva interpersonal, situando a la patología dentro de un contexto ecológico transaccional, aportando a su vez mayor empatía y humanismo al tratamiento. De esta forma argumenta que algunas formas de trastorno mental, de carácter individual, surgen y se mantienen a través de patrones desadaptativos de interacción y comunicación social. El autor defiende la reconceptualización continua del sí mismo por las comunicaciones interpersonales con el entorno.

Otro enfoque de gran importancia es el de Leary (1957) que define la personalidad como toda conducta que está relacionada abierta, consciente, ética o simbólicamente con otro ser humano real, colectivo o imaginado. El objetivo de esta conducta interpersonal, al igual que las actividades sociales,

emocionales e interpersonales que iniciamos, son intentos de evitar la ansiedad y de establecer y mantener la autoestima (Castaño y Espada, 2005)

En su concepción de personalidad existen diversos niveles: comunicación pública, descripción consciente, simbolización privada, inconsciente no expresado y los valores. Además, este autor desarrolló el circuplejo o círculo interpersonal, uno de los modelos geométricos más influyentes en la teoría de la personalidad.

Este círculo organiza los constructos como segmentos de un círculo, por lo que cada personalidad comparte características con sus compañeros inmediatos. Está formado por dos dimensiones, el dominio y la afiliación, que se entrecruzan y definen la comunicación interpersonal. Así, cada personalidad está compuesta por una mezcla de diferentes cantidades de dominio y afiliación relacionándose con sus segmentos cercanos y oponiéndose a los contrarios del círculo. En dicho círculo, las conductas son complementarias en caso de ser opuestas en el eje vertical, de control, o similares en el horizontal, de afiliación.

En este modelo se enfatiza la importancia de la “profecía que se cumple a sí misma”, de manera que la realidad social asociada a un estilo interpersonal origina respuestas que confirman esa realidad. En algunos casos, este principio es muy adaptativo, sin embargo, en el caso de los trastornos de personalidad lleva a la creación de círculos viciosos y la propia persona se convierte en la fuerza que impulsa su patología (escalado transaccional). Las conductas interpersonales difieren además en intensidad y rigidez, criterios fundamentales para definir la anormalidad.

La teoría más actual del modelo interpersonal es el Análisis Estructurado de la Conducta Social (AECS) de Benjamin (1974, 1996), y constituye un intento de integración de la conducta interpersonal, las relaciones objetales y la psicología del sí mismo.

1.8.1.4. Perspectiva Cognitiva

La perspectiva cognitiva enfatiza la continua construcción que realiza la mente del mundo, de los otros, del sí mismo y del futuro. Parte de la base de que la mente, como procesador de información, atiende y selecciona la información activamente tanto a nivel consciente como inconsciente. Esta información tendría un límite, pues la cantidad de información es muy amplia y en caso de tener acceso completo a todos los recuerdos la mente se desbordaría, teniendo por lo tanto una función además, protectora. Además, antes de actuar, la mente sopesa las probabilidades pasadas y los acontecimientos futuros para el desarrollo de planes que alcancen los objetivos que se propone.

Este trabajo de investigación proviene de la terapia cognitiva, cuyo máximo representante es Beck (1979). La conducta es explicada a través del contenido de las estructuras mentales internas denominadas esquemas, los cuales median el procesamiento cognitivo a todos los niveles otorgando significado a los estímulos, son susceptibles de cualquier operación mental y pueden ser cambiados o elaborados mediante nuevos aprendizajes. Los esquemas funcionan como un filtro cognitivo que permiten procesar la experiencia y crear una interpretación comprensible. Sin embargo, también introducen sesgos y distorsionan en cierta medida la realidad objetiva, ya que poseen una prioridad conceptual que dirige la construcción del mundo, que a su vez facilita la disminución de carga cognitiva pero inhibe el desarrollo de otras perspectivas. Por lo tanto, la información que resulta incongruente con las expectativas de los esquemas no es percibida.

Cuando las distorsiones cognitivas forman un patrón coherente se consideran un estilo cognitivo. En el caso de los trastornos de personalidad, cada personalidad procesa la realidad de forma diferente y posee su propio estilo cognitivo. Beck (1979) y sus seguidores enfatizaron este aspecto de las distorsiones cognitivas definiéndolas como errores crónicos y sistematizados de razonamiento que promueven la malinterpretación de la realidad objetiva. Existen diferentes tipos de distorsiones como el pensamiento dicotómico,

propio de la personalidad obsesivo-compulsiva y límite, o la personalización instaurada en la personalidad evitadora y paranoide.

El modelo de terapia cognitiva de Beck y Freeman (1990) asocia los distintos trastornos de personalidad con ciertas estrategias evolutivas primitivas que se encuentran exageradamente desarrolladas en la patología de la personalidad. De esta manera, en la personalidad dependiente subyace la estrategia de búsqueda de ayuda, en la antisocial la depredadora, en la obsesiva la responsabilidad y perfeccionismo (o ritualista), en la personalidad paranoide la defensiva, en la esquizoide la autónoma, en la histriónica el exhibicionismo y en la narcisista la estrategia competitiva.

1.8.1.5. Perspectiva Inductiva

Desde este enfoque se intenta aplicar una metodología científica rigurosa mediante el análisis factorial, recopilando numerosas observaciones y construyendo a posteriori una teoría. Con respecto a la personalidad, la perspectiva inductiva está estrechamente relacionada con la psicología de los rasgos e intenta establecer las relaciones entre un gran número de características de personalidad para definir qué rasgos o dimensiones son los fundamentales.

El análisis factorial permite examinar de forma matemática el solapamiento entre las características de personalidad y obtener el menor número de dimensiones. El modelo de personalidad más influyente y punto de convergencia entre las teorías de la personalidad ya ha sido explicado en el modelo de los Cinco Factores de Costa y McCrae (1990)

En cuanto a la relación entre dicho modelo y los trastornos de personalidad, destacan como marcadores más significativos el Neuroticismo y la Introversión, presentes en casi todas las alteraciones de personalidad, en cambio, la escasa Amabilidad o Tendencia a Enfrentarse a los Demás se muestra en los trastornos más disfuncionales. Más que un recurso diagnóstico, el modelo de los Cinco Grandes constituye una herramienta de clarificación de

las diferencias entre trastornos clínicamente muy semejantes y para apuntar indicadores pronósticos.

1.8.2. Clasificación y Diagnóstico de los Trastornos de la Personalidad

Las clasificaciones de los trastornos de personalidad nos llegan de los sistemas CIE y DSM.

Como indica Esbec y Echeburúa (2011):

Todas las clasificaciones actuales de los trastornos de personalidad exigen: 1) que el comienzo del trastorno se ubique en la infancia o en la adolescencia (inicio precoz); 2) que haya una persistencia de la conducta en el tiempo y en casi todas las situaciones (estabilidad y consistencia); y 3) que cause sufrimiento personal, problemas en el trabajo o dificultades en las relaciones familiares o sociales (p. 2).

En mayo de dos mil trece, se publicó la quinta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), de la American Psychiatric Association (APA, 2013). Esta nueva clasificación está relacionada con el reconocimiento de los problemas básicos asociados a las clasificaciones categoriales, por lo que se han integrado en la estructura de clasificación dos tipos de parámetros dimensionales, por un lado, los espectros o equivalentes dimensionales para diagnósticos (dimensiones psicopatológicas), y por otro, las evaluaciones dimensionales (medidas de síntomas transversales –cross-cutting– y medidas de gravedad). (Sandín 2013)

El nuevo modelo dimensional de clasificación de los trastornos de personalidad, se basa en variantes desadaptativas de rasgos de personalidad que se funden imperceptiblemente entre sí y con la normalidad (APA, 2013).

El DSM-5 ha cambiado el “patrón dominante de pensar, sentir y comportarse” (DSM-IV) por el de “fracaso en la adaptación” desde dos puntos de vista: defecto o deterioro en la identidad propia y/o fracaso en las relaciones interpersonales (Esbec y Echeburúa 2011). Por lo tanto, se conciben los trastornos de personalidad como la incapacidad de desarrollar un sentido de

identidad propia y de establecer unas relaciones interpersonales adaptativas en el contexto de las normas culturales del individuo y de las expectativas creadas, con alteraciones de la empatía, intimidad la cooperación interpersonal. Esta incapacidad se considera estable en el tiempo y de origen temprano.

Este manual recoge seis trastornos de personalidad específicos: antisocial, de evitación, límite, narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico. sobre la base del deterioro en el funcionamiento personal (Criterio A; identidad, auto-dirección, empatía e intimidad) y cinco rasgos de personalidad patológica desadaptativos (afectividad negativa, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo). Los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide, histriónico y dependiente, han sido suprimidos (Sandín, 2013).

Estos rasgos de personalidad constituyen una extensión del modelo de personalidad de los cinco factores (Costa y Widiger, 2002) referido a las variantes de personalidad más extremas y desadaptativa.

En cuanto al diagnóstico, ha desaparecido el sistema multiaxial, en comparación con la anterior versión, apareciendo un sistema dimensional. Estos sistemas dimensionales presentan claras ventajas frente a las categorías: reflejan mejor la naturaleza continua de los rasgos y sus interrelaciones, evitan solapamientos y diagnósticos múltiples, y cuentan con una base empírica sólida (Becoña, 2014)

La última revisión de la CIE (OMS, 1992), y hasta ahora vigente, clasifica los trastornos de personalidad en la categoría de trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F60-69). Al igual que el DSM, los trastornos de esta categoría se refieren a pautas de conducta persistentes y profundamente arraigadas, que se manifiestan de forma estable como desviaciones respecto a los demás individuos de la cultura y provocan malestar o problemas de adaptación social; sin embargo, a diferencia del DSM, en esta categoría se incluyen otros trastornos referidos a los hábitos y control de impulsos, así como los relacionados con la conducta sexual (Belloch y Fernández, 2008, p.17). Por lo tanto, los trastornos de personalidad se agrupan de la siguiente manera:

- Trastornos específicos de la personalidad. La CIE-10 cataloga diez trastornos específicos de la personalidad, cuyo diagnóstico precisa el cumplimiento de al menos tres de las características que se especifican en cada una de las descripciones:
 - o Trastorno paranoide de la personalidad
 - o Trastorno esquizoide de la personalidad
 - o Trastorno disocial de la personalidad
 - o Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad
 - o Trastorno histriónico de la personalidad
 - o Trastorno anancástico de la personalidad
 - o Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad
 - o Trastorno dependiente de la personalidad
 - o Otros trastornos específicos de la personalidad :se incluyen aquí los trastornos de la personalidad que no satisfacen ninguna de las pautas de los tipos específicos
 - o Trastornos de la personalidad sin especificación.

- Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad. Esta categoría se reserva para anomalías de la personalidad que no presenten la sintomatología concreta que caracteriza a los trastornos específicos de la personalidad. Está configurado por trastornos mixtos de la personalidad y por variaciones problemáticas de la personalidad.

- Transformaciones persistentes de la personalidad, no atribuibles a lesión o enfermedad cerebral. Se incluyen anomalías de la personalidad secundarias a catástrofes o exposiciones prolongadas a factores estresantes intensos o haber padecido enfermedades psiquiátricas importantes, y que se manifiestan en sujetos que previamente no padecían ningún trastorno de personalidad.

- Otros trastornos de la Personalidad y del comportamiento del adulto. Estos trastornos se refieren a la exageración, fingimiento o prolongación inadecuada en el tiempo de quejas somáticas que, o bien tuvieron una base real, o bien han sido provocadas intencionadamente, para la obtención de alguna ganancia secundaria consciente.

- Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto, no especificado. Esta categoría sólo debe usarse como último recurso, cuando el clínico asume la existencia de un trastorno de la personalidad y del comportamiento, pero carece de información necesaria para clasificar la patología en alguno de los grupos anteriores.

Debemos tener en cuenta que estamos a la espera de la publicación de la CIE-11. Según Geoffrey M. Reed, director de la Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11, OMS):

El área de los trastornos de personalidad cambiará sustancialmente. La nueva clasificación pondrá énfasis en la severidad del trastorno de personalidad, pero también hará posible la codificación de rasgos prominentes, en lugar de tener muchas entidades diagnósticas artificiales y reificadas por lo que no sabemos si esta llevará a cabo modificaciones con respecto a la clasificación de estos trastornos. (Buela, 2012)

Es por lo tanto previsible, que la clasificación aquí expuesta sufra algún tipo de modificación

1.8.3. Epidemiología y diagnóstico diferencial de los Trastornos de la Personalidad

Según Belloch y Fernández, (2008), los trastornos del grupo A se suelen asociar a la esquizofrenia, los del grupo B al uso de alcohol y otras sustancias, mientras que los trastornos del grupo C se relacionan con trastornos de ansiedad. Además, el solapamiento existente entre los diferentes trastornos de la personalidad se debe a que los síntomas y rasgos esenciales aparecen en varios trastornos (p.24).

Según un estudio de Ortiz et al, (2011), basado en una muestra española con el MCMI-III, los resultados muestran una mayor frecuencia de

rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva, narcisista e histriónica y trastornos de ansiedad. Además, se observan diferencias según el sexo, mostrando los hombres mayor frecuencia de rasgos narcisista, paranoide, antisocial, esquizoide, trastorno del pensamiento y de abuso de sustancias y de alcohol; mientras que las mujeres muestran mayor prevalencia en síndromes depresivo, dependiente, evitativa, límite, negativista y agresivo-sádica, y en los trastornos distímico, somatomorfo y trastorno de estrés postraumático (p.55).

Además, en estudios anteriores en nuestro país sobre personalidad, con el MCMI, se ha obtenido como resultado que las escalas de personalidad antisocial, narcisista y paranoide forman parte de un mismo perfil en el que se encuentran correlaciones con síndromes clínicos de abuso de sustancias, trastornos del pensamiento y trastorno bipolar (Loinaz, Echeburúa y Torrubia, 2010; Ortiz-Tallo, Fierro, Blanca, Cardenal y Sánchez, 2006).

Diversos estudios permiten estimar que entre el 65 y el 90% de los sujetos que son tratados por abuso o dependencia de sustancias presentan al menos, un trastorno de personalidad concomitante (Brooner et al., 2002; Halikas, Crosby, Pearson, Nugent y Carlson, 1994; citado en Pedrero et al, 2003).

En relación con el consumo de sustancias, se encuentra una comorbilidad especialmente alta de los trastornos de personalidad. Por ejemplo, Pedrero, et al (2003; citado por Belda, et al, 2010) llegan a la conclusión que entre los pacientes en tratamiento ambulatorio por abuso/dependencia de sustancias, alrededor del 83% presentan un trastorno de personalidad; no obstante, esta cifra suele disminuir tras un periodo de abstinencia.

Lorea et al, (2008) en su estudio hallaron una mayor proporción de trastornos de personalidad en un grupo de adictos en comparación con el grupo control medido por medio del MCMI-II. En concreto, la Tasa de comorbilidad obtenida en el grupo de adictos es del 36,7% (uno de cada tres pacientes que acuden a consulta presenta como mínimo un trastorno de personalidad).

En otro estudio, Pedrero et al, (2003) indican que cuanto menor es la edad de inicio de consumo de sustancias, mayor es la puntuación en escalas de personalidad dependiente. Por otra parte, la correlación negativa entre la edad y las escalas de patrones agresivos y antisociales podrían indicar, según Pedrero et al., que estos patrones disminuyen en presencia e intensidad a medida que transcurre el tiempo, aunque no hay datos que establezcan relaciones causales (p.253). En este mismo artículo se afirma que “diversos estudios permiten estimar que entre el 65% y el 90% de los sujetos tratados por abuso de sustancias presentan, al menos, un trastorno de personalidad concomitante” (p.242).

La personalidad antisocial, además de ser más frecuente en hombres, suele correlacionar muy a menudo con el consumo abusivo de sustancias y de alcohol (Ortiz et al., 2011; Morgenstern, Langenbucher y Kevin, 1997, y Grant et al., 2004, mencionado en Robles, Crespo, Brenlla y Páramo, 2007).

Casas (1993) (mencionado en Robles et al., 2007) establece que debido a la alta prevalencia entre los trastornos de la personalidad y el trastorno por consumo de sustancias, sería el trastorno de personalidad es el que con mayor frecuencia lleva al consumo abusivo de sustancias (p.126).

Ortiz et al., (2011) menciona a Fernández y Echeburúa (2006) para referirse al uso excesivo de los autoinformes como forma de diagnóstico que podrían tender al sobrediagnóstico de los Trastornos de Personalidad, así como a las diferencias en la comorbilidad entre los trastornos mentales del eje I y los trastornos de la personalidad del eje II que varía según el tipo de instrumento de evaluación utilizado (p.50).

A continuación se detalla la prevalencia de cada uno de estos trastornos, más allá de su relación con los trastornos por consumo de sustancias.

1.8.3.1. Trastorno de la Personalidad Paranoide:

Por lo referido al diagnóstico diferencial, es necesario discernir el trastorno paranoide de la personalidad del trastorno delirante de tipo

persecutorio, de la esquizofrenia de tipo paranoide y del estado de ánimo con síntomas psicóticos. A pesar de las similitudes entre estos trastornos, estos últimos suelen presentar un periodo de síntomas psicóticos persistentes, como alucinaciones y delirios.

Este trastorno puede presentarse como antecedente premórbido de otros trastornos y puede darse conjuntamente con otras patologías como el trastorno depresivo mayor, la distimia, algunos trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias. Con respecto a la comorbilidad con otros trastornos de personalidad, los más probables son el esquizotípico, el esquizoide, el narcisista, el límite y el de evitación (Belloch y Fernández, 2008, p.37-38).

Diversos estudios coinciden en que dos rasgos de las dimensiones universales de personalidad constituirían la base del trastorno paranoide: el neuroticismo y la ausencia de cordialidad (Costa y McCrae, 1990; Trull, 1992; Wiggins y Pincus, 1989) (citado en Belloch y Fernández, 2008, p.39).

1.8.3.2. Trastorno de la Personalidad Esquizoide

Es necesario diferenciar este trastorno de la esquizofrenia, del trastorno esquizofreniforme, del trastorno delirante y del trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, cuya clave distintiva radica en la ausencia de alucinaciones y delirios en la persona esquizoide. Para realizar un doble diagnóstico con alguno de los trastornos anteriores, es necesario que la persona presente previamente la personalidad esquizoide y que éste persista durante la fase de remisión de síntomas psicóticos. Presentan cierta comorbilidad con el trastorno depresivo mayor, y como antecedente premórbido del trastorno delirante o la esquizofrenia. El trastorno esquizoide de la personalidad también se observa con frecuencia comórbido del trastorno esquizotípico, paranoide y evitativo.

Pelechano, De Miguel y Hernández (1995) afirman que la ausencia de cordialidad y la introversión son los rasgos de los cinco factores básicos de la

estructura de la personalidad que se han relacionado con la personalidad esquizoide (citado en Belloch y Fernández, 2008, p.43).

1.8.3.3. Trastorno de la Personalidad Esquizotípica:

El trastorno esquizotípico de la personalidad presenta una tasa elevada de comorbilidad con la esquizofrenia, el trastorno psicótico breve, el trastorno esquizofreniforme y el trastorno delirante. Para la realización de un doble diagnóstico, es necesario que el trastorno esquizotípico se haya iniciado con anterioridad y que las características de personalidad persistan en la fase de remisión de síntomas.

Suele aparecer durante la infancia o adolescencia y presentar un curso relativamente estable. Finalmente, un pequeño número de casos desarrolla esquizofrenia u otro trastorno psicótico grave.

Por lo que respecta a la relación del trastorno esquizotípico con los cinco grandes factores de personalidad, la introversión, el neuroticismo y la ausencia de cordialidad son los rasgos característicos del esquizotípico tanto en población normal como en clínica (Belloch y Fernández, 2008, p.49).

1.8.3.4. Trastorno de la Personalidad Antisocial:

Este trastorno se presenta en mayor medida en hombres que en mujeres, con una proporción 3:1, y su incidencia en la población normal es de 1% a 3% y del 3% al 30% en muestras clínicas. Las tasas de prevalencia aumentan exponencialmente entre adictos a opiáceos y alcohol alcanzando cifras del 50%, y en personas ingresadas en prisión pueden llegar a una tasa del 75% (Belloch y Fernández, 2008, p.53).

Finalmente, se ha relacionado este trastorno con rasgos de neuroticismo, ausencia de cordialidad y de minuciosidad o escrupulosidad, característico del modelo de los cinco grandes factores de personalidad (Belloch y Fernández, 2008 p.58).

La DSM 5 (APA, 2013), relaciona la aparición de este trastorno en relación con el presentar un trastorno de conducta con inicio previo a los quince años.

1.8.3.5. Trastorno Límite de la Personalidad

Tiene un curso crónico sujeto a algunas variaciones. Suelen ser más graves los episodios de descontrol afectivo e impulsivo al comienzo de la edad adulta aunque su pronóstico tiende a ser favorable, ya que, con el paso del tiempo, consiguen progresivamente mayor estabilidad.

Presenta una elevada comorbilidad con otros trastornos tales como el consumo de sustancias psicoactivas, trastornos de alimentación, trastornos del control de impulsos, trastornos por déficit de atención y trastorno por estrés postraumático. Además, la sintomatología del trastorno límite tiende a solaparse con algunos trastornos del estado de ánimo, especialmente con depresión mayor, pero también con distimia y trastorno bipolar II, así como con esquizofrenia.

El diagnóstico diferencial es necesario dado la gran cantidad de trastornos que pueden darse conjuntamente con el trastorno límite. Las diferencias fundamentales con las alteraciones del estado de ánimo se refieren, por un lado al comienzo del trastorno, que en estas suelen ser de inicio brusco, y tener un desencadenante externo, así como una percepción más egodistónica que en el caso del trastorno límite (Belloch y Fernández, 2008, p.66).

La conducta de manipulación es un rasgo común con el trastorno antisocial de la personalidad, pero éste enfoca sus acciones hacia su beneficio personal, mientras que las razones de la persona con trastorno límite van encaminadas a lograr el interés de quienes se ocupan de él. Por último, comparte con el trastorno de la personalidad por dependencia su temor al abandono. No obstante las personas que padecen un trastorno de personalidad límite, reaccionan con sumisión y búsqueda urgente de una nueva relación en caso de ruptura para reemplazar la anterior, ante los sentimientos de vacío

emocional, rabia y exigencias que muestran las personalidades límites (APA, 2000).

1.8.3.6. Trastorno de la Personalidad Histriónica:

El trastorno histriónico de la personalidad muestra una elevada comorbilidad con trastornos de ansiedad, somatoformes, disociativos y con la distimia (Belloch y Fernández, 2008. p.77).

Las investigaciones que intentan relacionar el trastorno histriónico de personalidad con las dimensiones o factores universales destacan los rasgos de neuroticismo y extroversión como más distintivos y, en menor medida, la ausencia de minuciosidad o escrupulosidad (Belloch y Fernández, 2008, p.80).

1.8.3.7. Trastorno de Personalidad Narcisista:

Las ideas de grandiosidad de los narcisistas pueden confundirse con un episodio maníaco o hipomaníaco, aunque el menor deterioro en caso del trastorno de personalidad es un aspecto diferencial fundamental.

El trastorno narcisista puede darse conjuntamente con el trastorno distímico o depresivo mayor, la anorexia nerviosa y el abuso de sustancias, así como con otros trastornos de personalidad comórbidos, especialmente el histriónico, límite, antisocial y paranoide (APA, 2000).

1.8.3.8. Trastorno de la Personalidad Evasiva:

La DSM 5 (APA, 2013), lo presenta como un trastorno de inicio en las primeras etapas de la vida adulta y presente en diferentes contextos, siendo la tónica común la dificultad en las relaciones sociales. En lo referido a la comorbilidad y diagnóstico diferencial, se suele dar un gran solapamiento entre la fobia social generalizada y el trastorno de personalidad por evitación.

1.8.3.9. Trastorno de la Personalidad Dependiente:

El trastorno dependiente constituye uno de los trastornos de personalidad más observados en salud mental, aunque no existen porcentajes

concretos que se tomen como referencia en cuanto a su epidemiología. Se suele hablar de una prevalencia en torno al 22% en la población clínica y del 2% en la población general (Belloch y Fernández, 2008 p.93).

Es importante señalar que durante la evolución de este trastorno es relativamente frecuente la aparición de trastornos mentales de gravedad variable, como episodios depresivos mayores, trastorno de angustia con agorafobia, fobia social y trastornos somatoformes (hipocondría) y disociativos, así como abuso y dependencia de sustancias psicoactivas que pueden llegar a ser graves (Belloch y Fernández, 2008, p.93).

1.8.3.10.Trastorno de Personalidad Obsesiva-Compulsiva:

Supone un patrón dominante de de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y está presente en diversos contextos. (APA, 2013)

1.8.4. Evaluación de los trastornos de la personalidad

Existe un gran número de autores que parece estar de acuerdo en que la tarea de realizar una evaluación y un diagnóstico de los trastornos de personalidad. Caballo (2004) indica que parece existir más acuerdo sobre los problemas que conlleva que sobre las posibles soluciones y añade que para diagnosticar un Trastorno de Personalidad hay que considerar la cronicidad, estabilidad, el inicio temprano de los síntomas en la vida del individuo y el reconocimiento del carácter egosintónico de los mismos por parte del paciente.

Actualmente podemos encontrar numerosas entrevistas estructuradas e instrumentos de autoinforme para la evaluación de los Trastornos de Personalidad. Sin embargo es frecuente que los problemas en esta evaluación provengan de instrumentos mal contruidos, con propiedades psicométricas imprecisas y deficientes descripciones en los sistemas de clasificación, que provocan la necesidad de diagnósticos múltiples ante el continuo solapamiento de síntomas (Caballo, 2004, p. 42). Debido a estas dificultades, el diagnóstico

de los trastornos de personalidad está envuelto en una enorme complejidad sujeta a continuas críticas y debates que aún están por delimitar. como consecuencia de esto, debe considerarse de especial relevancia el análisis funcional como medio de evaluar y evaluar y establecer un tratamiento en cualquier trastorno psicológico, pues en él se observarán las circunstancias en los que tiene lugar las conductas problemáticas, así como las variables predisponentes, desencadenantes y de mantenimiento de dichos comportamientos (Caballo, 2004, p.42).

Caballo (2004) también afirma que la forma más usual para la evaluación de los Trastornos de la personalidad es la utilización de cuestionarios generales que exploren la posible presencia de trastorno o psicopatología. En caso de suponer ya la existencia de una alteración en la personalidad, se puede utilizar un cuestionario específico para el trastorno sospechado, sin embargo, debido a la comorbilidad existente entre estos trastornos, se suele recomendar el uso de cuestionarios generales (p.330).

A lo largo de sus tres versiones, el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III) se ha convertido en uno de los instrumentos más utilizados internacionalmente para la evaluación de la psicopatología tanto por profesionales de la psicología y psiquiatría, como por investigadores de aspectos clínicos (Butcher y Rouse, 1996; Piotrowski, 1997; Sanz, 2007; citado en Ortiz-Tallo et al 2011).

Además, este es el instrumento de referencia en estudios transculturales (Craig, 2005; Rossi y Sloore, 2005). Van den Brande (2002) apunta la necesidad de realizar investigaciones transculturales en Europa que aporten datos a la comunidad científica, sobre la epidemiología de los trastornos de la personalidad y síndromes clínicos.

1.8.6. Tratamiento de los trastornos de la personalidad

Plantear un tratamiento para los trastornos de personalidad no es tarea fácil (Caballo, 2004, p. 44; Belloch y Fernández, 2008, p.143), pues se encuentran afectadas una amplia gama de aspectos de la vida del paciente,

suelen presentar comorbilidad con otras alteraciones e inciden en maneras de pensar nucleares que ofrecen una considerable resistencia al cambio. Para el planteamiento terapéutico es necesario concebir los trastornos de personalidad como desórdenes persistentes y rígidos pero no inmodificables, pues pueden producir una serie de cambios positivos en diferentes grados.

Pedrero et al. (2003) citado por Araque et al, (2004) en un estudio que correlaciona los trastornos de personalidad con el manejo clínico, apunta que los perfiles de personalidad límite, histriónica, evitativa y autodestructiva se asocian con mayor dificultad (p.227). Asimismo, otro estudio (López, Landa, Fernández, Lorea y Zarzuela, 2003) afirma que el número de Trastornos de Personalidad correlaciona positivamente con peores resultados en los tratamientos (citado por Araque et al., 2004, p. 227).

Numerosos estudios que relacionan los trastornos de personalidad con el consumo de sustancias, concluyen que tanto la alta prevalencia entre los trastornos de personalidad como la alta comorbilidad, dificultan enormemente la posibilidad de establecer un perfil patológico homogéneo para el consumo de cada sustancia (Araque et al., 2004; Lorea, Fernández, López y Landa, 2009). Estos mismos autores enfatizan el hecho de que se debe adaptar los tratamientos y las estrategias psicoterapéuticas a las necesidades específicas de cada individuo, especialmente para los consumidores, pues la alta comorbilidad no es más que una señal para la atención de ambos trastornos simultáneamente. Martínez, Graña y Trujillo (2011) no solo destacan la personalidad, las recaídas o consumos puntuales y las diferencias individuales como variable prioritaria, sino que hacen especial hincapié en la influencia multifactorial de estas variables cuyo impacto difiere según el momento del tratamiento en el que se encuentre el paciente (p.234).

En esta misma línea, Martínez (2011) defiende la eficacia del terapia cognitivo-conductual para la intervención simultánea del trastorno por consumo de sustancias y el trastorno de la personalidad, siempre y cuando exista una buena adhesión al tratamiento y, en la valoración, se tengan en cuenta las variables relacionadas con la adicción, los rasgos de la personalidad y la calidad de vida (p. 171). Estudios como los de Beck et al. (2001), Linehan

(1993) y Pretzer (1998), citados en la revisión de Martínez (2011), abalan la eficacia de la TCC en los trastornos de la personalidad (p. 170).

La Terapia Cognitiva de Beck es el tratamiento más ampliamente utilizado y extendido de los Trastornos de Personalidad, pero carece de suficientes estudios empíricos que permitan validar su eficacia (Luciano y Valdivia, 2012, p.869). Lo mismo ocurre con el resto de tratamientos y es que no existe ninguna intervención que pueda considerarse como eficaz, y solo han conseguido etiquetarse como tratamientos “probablemente eficaces” la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) de Linehan (1993) para el Trastorno de Personalidad Límite y la Terapia de Conducta clásica para el Trastorno de Personalidad límite y evitativo (p.870).

Otra intervención de corte cognitivo-conductual es la terapia centrada en los esquemas (Young, 1990), que reconoce sus orígenes en el modelo de Beck. No obstante presenta una serie de características diferenciales:

- La terapia es menos directiva y exige mayor confrontación, la relación terapéutica se utiliza en mayor medida para conducir hacia el cambio.
- A mayor resistencia mayor duración de tratamiento.
- Existe un nivel de expresión afectiva durante las sesiones.
- Identificar la evitación cognitiva y conductual es un punto de interés para el terapeuta y otorga mayor peso a las raíces infantiles de los esquemas.

En primer lugar propone identificar los esquemas disfuncionales para, posteriormente, emplear técnicas terapéuticas que promuevan cambios a nivel afectivo, cognitivo, interpersonal y conductual.

Las terapias de grupo suelen ser un recurso muy importante para la intervención de los Trastornos de Personalidad pues representan un escenario de actuación para las relaciones interpersonales, pueden tener un efecto motivador y permite ofrecer una experiencia de aprendizaje, desmintiendo así las expectativas y los esquemas negativos de los pacientes. Tratan de hacer posible un cambio de perspectiva en la observación de sí mismos y de los

demás. Martínez, Graña y Trujillo, (2009), aporta los estudios de Graña (1994) y Verinis (1996) que destacan como opción más favorable el tratamiento en formato grupal frente al individual en la terapia de adicción al alcohol con trastornos de personalidad (p. 111).

Existen una serie de propuestas que dominan el panorama actual (basado en Belloch y Fernández, 2008):

- Análisis Estructural del Comportamiento Social de Benjamin (1993)
- Modelo de Terapia Cognitiva de Beck y Freeman (1995)
- Terapia Centrada en Esquemas de Young (1990)
- Programa Dialéctico-Conductual de Linehan (1993), específico para el trastorno límite.

Independientemente del grado de especificidad, las intervenciones deben aplicarse simultáneamente en diferentes niveles para una mayor eficacia, integrando psicoterapia individual, grupal, familiar, farmacoterapia e incluso tratamientos institucionales. Destaca en gran medida la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente como punto primordial para la terapia. Esta característica conocida como alianza terapéutica permitirá que el cliente deposite la confianza necesaria en el profesional y en el tratamiento facilitando así un avance más favorable y una mayor adherencia.

El uso de terapia farmacológica en los trastornos de personalidad está basado en el supuesto de que ciertas dimensiones de la personalidad están mediatizadas por la acción de neurotransmisores. De esta forma, los neurolépticos resultarían útiles para tratar algunos síntomas de pacientes esquizotípicos y límites, los antidepresivos se emplean para la disregulación emocional y los IMAOs para regular la disforia de evitadores y límites. Por último, la inestabilidad y las conductas impulsivas suelen tratarse con anticonvulsivantes. Sin embargo, la eficacia de estos psicofármacos no está empíricamente validada y suele utilizarse como tratamiento combinado junto a psicoterapia para actuar sobre ciertas conductas específicas y mejorar la adherencia al tratamiento psicológico.

El análisis estructural del comportamiento social (Benjamin, 1993) es una terapia de orientación psicodinámica que enfatiza la perspectiva interpersonal. Trata de diseñar una intervención específica para el paciente basándose en las dimensiones de afiliación e interdependencia y la clave reside en los procesos inconscientes que irán reconstruyéndose a lo largo de la terapia. El tratamiento tiene una duración media de dos años y requiere un especial cuidado de la alianza terapéutica que a menudo es frágil a la hora de intervenir en los trastornos de personalidad. Entre sus objetivos se encuentran la facilitación del reconocimiento de patrones, el bloqueo de patrones desadaptativos, el fortalecimiento de la voluntad para abandonar patrones desadaptativos y la promoción del aprendizaje de nuevos patrones.

Beck y Freeman(1995) fueron los primeros autores que presentaron de forma sistemática una terapia cognitivo-conductual para los trastornos de personalidad, pues anteriormente esta orientación sólo había tratado conductas específicas. En su intervención, se centran en el cambio de las creencias que mantienen estos trastornos y que se encuentran profundamente arraigadas, dominando los pensamientos, los sentimientos y los comportamientos de estos pacientes.

Siguiendo a Luciano y Valdivia (2012), la Terapia Dialéctico Conductual (DBT), se presenta similar a la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Stroschal y Wilson, 1999) y la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) propuesta por Kohlenberg y Tsai (1991). La esencia de esta intervención reside en el trabajo sobre la integración de los considerados polos opuestos y la aceptación de uno mismo para posibilitar el cambio. Esta terapia permite especialmente la mejora de conductas problemáticas, como el suicidio o el comportamiento autolesivo, sin afectar tanto a las características típicas del trastorno (p. 871).

Con respecto a la Terapia Cognitiva clásica, suele incluir componentes de entrenamiento en habilidades sociales y exposición gradual a situaciones temidas (Luciano y Valdivia, 2012), el problema de este tratamiento parece residir en la dificultad en el mantenimiento de las mejoras a largo plazo.

También es necesario destacar el auge de las terapias breves contemporáneas que tratan de adaptar el tratamiento a las características individuales y estructurarlo para alcanzar sus objetivos en un periodo corto de tiempo. El inconveniente reside en que los trastornos de personalidad son persistentes y estables y complican el tratamiento si coexiste con otros síntomas de trastornos mentales, por lo que supone un sesgo al tratar únicamente el problema inmediato más grave y deberían combinarse diversas intervenciones para abarcar la personalidad en su totalidad.

Millon y Davis (2002) señalan que en los últimos años, muchos clínicos apoyan el eclecticismo terapéutico como forma de tratar al paciente con los instrumentos y técnicas que sean lo más efectivas y adaptadas posibles, independientemente de su perspectiva teórica (p. 96). Por tanto, el eclecticismo se plantea como una perspectiva que, en ausencia de una teoría completa de la naturaleza humana, se apropia de las técnicas que mejor funcionan para abordar la complejidad de las personas y sus patologías (p. 97). El problema de la terapia breve y del eclecticismo técnico es que no permiten una terapia específica para los trastornos de la personalidad, y por tanto se tratan de la misma forma que los trastornos mentales del Eje I (Millon y Davis, 2002, p. 108).

Estos autores destacan que dado que la concepción de la personalidad no puede plantearse como algo aislado, sino más bien como la suma de sus partes, debe ocurrir lo mismo con los trastornos de personalidad y su manera de abordarlos. En consonancia, la terapia integracionista se concibe como una terapia ideográfica óptima que aglutina las técnicas de intervención seleccionadas a partir de su eficacia para resolver las psicopatologías y por su contribución positiva al patrón global de la personalidad (p. 99). De esta manera, la posición integracionista se ve obligada a incluir componentes cognitivos, interpersonales, psicodinámicos y biológicos a la psicoterapia debido a la naturaleza multifactorial de la personalidad (p. 108). Herrero (2003) también destaca la lejanía de Millon en cuanto a la postura ecléctica pues su búsqueda constante por la coherencia teórica le acerca a una perspectiva más integracionista (p. 143).

1.8.6. El Modelo de Millon: la perspectiva evolucionista

Este modelo se enmarca dentro de una aproximación funcional-interpersonal en el que se describen características clínicas observadas y factores etiológicos, biológicos y psicológicos, y las etapas evolutivas que podrían corresponderse con ciertos patrones de personalidad. Además, introduce la importancia que las estrategias de afrontamiento suponen en cuanto a estilos de comportamiento interpersonal, teniendo en consideración la influencia tanto de mecanismos inconscientes como procesos conscientes.

Theodore Millon es uno de los autores más importantes en el estudio y la investigación de los trastornos de personalidad (Ortiz-Tallo et al., 2011). De su implicación en la elaboración y ajustes de los criterios diagnósticos de los TTPP del DSM-III, nació el Inventario Clínico Multiaxial de Millon, instrumento clínico fundamental a la hora de evaluar la personalidad y la psicopatología. Uno de los objetivos básicos de la teoría de Millon es el estudio y valoración de la personalidad como paso previo al tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento

Este autor entiende la personalidad como un patrón profundamente arraigado, que se compone de cogniciones, afectos y conductas persistentes, y donde juegan una función importante el aprendizaje experiencial y las disposiciones biológicas (p. 154). La descripción del modelo de Millon a lo largo de este apartado estará basada en la exposición de Herrero (2003).

La personalidad resulta de la interacción con las demandas ambientales e intrapersonales, de manera que la normalidad se define en la medida en que exista una actitud constructiva ante el entorno y en comportamientos promotores de salud, mostrando habilidades de flexibilidad y capacidad de adaptación, tolerancia a la frustración y demora de la gratificación entre otras. Por el contrario, ante la carencia o escasez de este tipo de características, nos encontraríamos con una personalidad patológica e inadaptada (p. 154).

Este modelo, además presenta una estrecha relación con el modelo biopsicosocial. Para el desarrollo de la personalidad, Millon defiende una

interacción entre las bases biológicas (herencia y modulación), los procesos evolutivos (neuroplasticidad y estimulación interpersonal) y los aprendizajes o factores ambientales (repertorio básico de conductas y acontecimientos vitales) en función de su múltiple combinación pueden constituir determinantes patológicos o de adaptación (Herrero, 2003; Millon y Davis, 1998).

De esta forma, Millon (Ávila y Herrero, 1995) desarrolla su teoría sobre los patrones de personalidad en dos etapas. En la primera, basándose en las estrategias de afrontamiento y las fuentes de refuerzo, aboga por la coexistencia de dos ejes de aprendizaje solapados evolutivamente. Por un lado, un eje interpersonal y actitudinal compuesto por el aprendizaje de la confianza básica, la auto-competencia y la identidad personal; y por otro, un eje de aprendizaje de las estrategias de afrontamiento inter e intrapersonales que se manifiesta en el estilo predominante de personalidad (p.158)

Considerando los factores biológicos y ambientales, el origen de los patrones de personalidad se explican a partir de dos dimensiones (p. 159):

Actividad vs Pasividad: se caracteriza por la búsqueda activa o pasiva de refuerzo respectivamente, con carácter proactivo o reactivo en la obtención de refuerzos y minimización del dolor. Esta dimensión es básicamente biológica y está modelada por el aprendizaje.

Clase de vínculo interpersonal entre el Sí mismo y los Otros, dimensión que comprende cuatro categorías con niveles cualitativamente diferentes – Retraimiento, Independencia, Dependencia y Ambivalencia –. El retraimiento se refiere a la tendencia al aislamiento y desinterés interpersonal, definida como estilo Desvinculado. La dependencia se refleja en la subordinación de las propias experiencias a la reacción de los demás. Por el contrario, la independencia se manifiesta por la autosuficiencia y la gratificación en función de los propios valores y deseos. Por último, la ambivalencia se muestra por la oscilación entre pautas de dependencia e independencia, la utilización de ambas o bien recurriendo de forma cíclica a una u otra, y suele reconocerse como estilo Confuso.

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

En la segunda etapa, se integran estas ideas con los principios de la teoría de la evolución y de la ecología. En esta ocasión, Millon identifica tres polaridades evolutivas (Dolor-Placer, Actividad-Pasividad, Sí mismo-Otros) para obtener un modelo más completo que permita explicar la génesis y el desarrollo de la personalidad, de manera que la manifestación de estas polaridades permitirá establecer un patrón de personalidad concreto, ya sea normal o patológico (p. 161). Asimismo, se añade la Discordancia, descrita como la incapacidad o déficit estructural para establecer la relación Sí mismo-Otros.

A partir de la primera formulación del modelo, el autor propone una serie de estilos de personalidad normal, ya observables durante la adolescencia, que surgen como resultado de la interacción de las polaridades de refuerzo, es decir, de la conducta instrumental y la fuente de refuerzo. Estos patrones de personalidad se muestran en la siguiente figura:

PATRON DE CONDUCTA INSTRUMENTAL	FUENTE DE REFUERZO			
	<i>Independiente</i>	<i>Dependiente</i>	<i>Ambivalente</i>	<i>Desvinculado</i>
Activo (Proactivo)	Personalidad enérgica	Personalidad sociable	Personalidad sensible	Personalidad inhibida
Pasivo (Reactivo)	Personalidad segura o confiada	Personalidad cooperadora	Personalidad respetuosa	Personalidad introvertida

A continuación se describen brevemente cada uno de los estilos de personalidad normal (Herrero 2003)

- El estilo introvertido o patrón retraído pasivo corresponde a individuos silenciosos, aislados e indiferentes que no suelen involucrarse emocionalmente con objetos, con tareas ni con los demás.

- La personalidad inhibida o patrón retraído activo describe a personas reservadas que sienten incomodidad ante las relaciones sociales y tienden a mantener la distancia y a evitar a los demás, especialmente por miedo a ser rechazados.
- El cooperativo o patrón dependiente pasivo se relaciona con sujetos compasivos y bondadosos, con poca iniciativa y frecuentemente con ánimo bajo y escasa confianza en su propio rendimiento y habilidades.
- La personalidad sociable o patrón dependiente activo se refiere a los individuos habitualmente muy expresivos y dramáticos, socialmente encantadores, que buscan mantener con los demás relaciones intensas y experiencias nuevas e interesantes.
- El patrón confiado o independiente pasivo se relaciona con sujetos muy confiados y seguros en sus habilidades, que suelen ser descritos por los demás como egocéntricos.
- El estilo enérgico o independientemente activo se corresponde con sujetos de pensamiento inflexible, tendentes a dominar a otros y a asumir la responsabilidad y dirección habitualmente. Pueden llegar a ser desafiantes, crueles e intolerantes. Existen dos variantes: indócil (independiente activo) y poderoso/enérgico (discordante activo).
- El respetuoso o patrón ambivalente pasivo se define en sujetos de pensamiento serio, eficiente, correctos en cuanto a la manera de comportarse y prefieren vivir de manera organizada, evitando situaciones imprevisibles.
- El sensible o patrón ambivalente activo se corresponde con una personalidad descontenta y pesimista que suele manifestar un comportamiento poco predecible. Son sujetos extravertidos que pueden pasar al polo contrario con rapidez, lo que en ocasiones les genera culpabilidad haciendo que se disculpen, aunque pronto vuelven a presentar los mismos cambios imprevisibles. Millón distingue en sus últimos trabajos dos variantes: sensible-oposicionista (ambivalente activo) y auto-desvalorizado (discordante pasivo).

Pedrero et al. (2003) en uno de sus estudios quiso explorar las relaciones entre las dimensiones básicas de personalidad propuestas por el

modelo de los cinco factores, y los trastornos de personalidad, encontró en sus resultados que se adecuaban consistentemente con los principios teóricos que guiaban la caracterización de las escalas en el modelo de Millon. Así, los sujetos esquizoides y evitadores compartían un fuerte grado de introversión, una baja afabilidad, poca perseverancia en las tareas y nula apertura mental, aunque los evitadores presentarían un mayor grado de inestabilidad emocional y ambos aparecerían como formas menores del patrón esquizotípico. Los sujetos dependientes serían muy afables, mientras que los histriónicos serían extrovertidos en la búsqueda de un refuerzo externo del que dependería una estructura extremadamente vulnerable, como en el caso de los narcisistas, aunque estos no se sientan tan inclinados a ser agradables con aquellos que deben proveerles del refuerzo que creen merecer. Los antisociales, son incapaces de empatizar con los demás y serían proclives a las respuestas impulsivas frente a situaciones que implicaran amenaza a su inestable estructura emocional, de forma muy similar a lo que se observa en los dos patrones agresivos, aunque la pasividad se caracteriza por la nula apertura mental. Los tres patrones parecen ajustarse adecuadamente a formas menores del patrón paranoide y también al límite. Los obsesivos compulsivos se caracterizan por un fuerte tesón en el cumplimiento de sus tareas del que depende su fuerte estabilidad emocional, aunque esta puede ser también producto de la alta distorsión de sus percepciones.

En otro estudio de Pedrero et al. (2003) encontró que el patrón pasivo/agresivo era el más prevalente en el sexo masculino y el segundo entre las mujeres (que presentan el patrón dependiente como el más prevalente) en una muestra donde el 83% de los sujetos estudiados en un programa de drogodependencias presentaron al menos un trastorno de personalidad.

Millon (Millon et al, 1996, 1999; Millon y Escovar, 1995) apuesta por un modelo prototípico caracterizado por una síntesis de elementos categoriales y dimensionales, es decir, se incluye una aproximación dimensional o cuantitativa que permite identificar rasgos de la personalidad problemáticos (p. 171). A partir de este enfoque, Millon (Herrero, 2003) crea una clasificación personológica que especifica ciertos criterios para cada trastorno, como ocurre

en los manuales diagnósticos DSM, pero abarcando un rango más amplio de áreas clínicas, de forma que el criterio se considera prototípico y no la personalidad como un todo (p. 172).

Por tanto, Millon (1985) defiende la continuidad sindrómica como base para entender los trastornos de personalidad que constituirían desviaciones extremas de los patrones de personalidad normales (p. 173). De esta manera, a través del modelo evolutivo, se caracterizan los trastornos de personalidad como formas rígidas o extremas de los patrones básicos de personalidad, y son representados en un continuum como extensiones cuantitativas de los rasgos conductuales normales.

Millon (Millon et al, 1999) establece una división en prototipos clínicos en función de la problemática característica central y de su gravedad: por un lado, en el nivel moderado se encuentran las personalidades con dificultad para sentir (esquizoide, evitativo y depresivo), con conflictos interpersonales (dependiente, histriónico, narcisista y antisocial) y con conflictos intrapsíquicos (compulsivo, negativista, sádico y masoquista); por otro lado, las personalidades con defectos estructurales (esquizotípico, límite y paranoide) y estructuralmente descompensadas (terminal) se ubican en el nivel más grave (Herrero, 2003, p. 178).

Este autor nunca ha permanecido ajeno al sistema nosológico oficial de la APA, pero la multiaxialidad que defiende Millon (1992a, 1986b, 1990; Millon y Davis, 1996; Millon y Escovar, 1995) le lleva a un análisis pormenorizado de la conducta, en que abarca diversas perspectivas así como una gran variedad de criterios de mayor amplitud clínica. En dicho análisis distingue entre propiedades estructurales y funcionales, cuyas diferencias suelen ser mayoritariamente cuantitativas o dimensionales, más que una distinción cualitativa o categorial (p. 187).

Como buen integrador de los distintos enfoques tradicionales, este modelo caracteriza cada uno de los patrones de personalidad desde las perspectivas biológicas, psicoanalíticas, cognitivas y comportamentales.

Asimismo, las conceptualiza según pertenezcan al ámbito estructural o funcional.

Los atributos estructurales representan las disposiciones más arraigadas, integradas y relativamente duraderas. Específicamente, se tratarían de recuerdos, actitudes, necesidades o incluso miedos y conflictos, que guían y modulan la vida del sujeto. Millon destaca cuatro atributos estructurales relevantes para la personalidad:

- La autoimagen, confiere identidad y continuidad a la experiencia cambiante.
- Las representaciones objetales, conjunto de experiencias significativas del pasado que sirven de sustrato para interpretar y reaccionar ante las distintas situaciones.
- La organización intrapsíquica, u organización morfológica, que configura la fuerza estructural dando coherencia y funcionalidad a la personalidad.
- La expresión afectiva, asociado a la forma, intensidad y frecuencia predominante de manifestar las emociones. Estos aspectos expresivos también se manifiestan, indirectamente, en el nivel de actividad, la cualidad del lenguaje y la apariencia física del sujeto.

Por su parte, los atributos funcionales hacen referencia a los procesos psicológicos internos del individuo y su interacción con el entorno social. Millon propone cuatro atributos funcionales fundamentales:

- Actos expresivos, o conducta aparente física y verbal.
- Conducta interpersonal, modo en que la persona interactúa con los demás.
- Estilo cognitivo, percepción, procesamiento, organización y forma de comunicación de la información.
- Mecanismos reguladores. Procesos inconscientes que actualmente representan una fuente de problemas pues perpetúan y mantienen una serie de alteraciones conductuales y actitudinales.

2. CAPITULO SEGUNDO: ADICCION

2.1. Introducción: aspectos generales de las adicciones

El uso de drogas para obtener efectos euforizantes y psicodélicos se conoce desde siempre. Todas las culturas han utilizado sustancias psicoactivas, unas veces con fines religiosos y otras con fines curativos.

Se conocen cultivos de vid para vino desde el año 4000 a.C en Mesopotamia. Esta sustancia se menciona en el Código Hammurabi, donde se penaba la manipulación del vino. También son conocidas las fiestas griegas y romanas, dedicados a los dioses del vino, Dionisos y Baco, respectivamente. La cerveza, de consumo habitual en la actualidad, según la mitología egipcia es un regalo de los dioses, habiéndose encontrado tablillas al respecto del año 2200 a.C... Otra droga, el Opio y sus “virtudes”, aparece en los textos de escritores griegos y romanos, como analgésico y alivio para la tos y la diarrea. A Friedrich Wilhelma Sertüner se le atribuye el descubrimiento de la morfina, cuya administración en la Guerra de Secesión Americana (1861-1866), supuso un gran problema de adicción para los soldados heridos en la misma, conociéndose como “enfermedad del soldado” o “mal militar”, no siendo hasta 1857 cuando se habla de adicción a la morfina. Para solucionar este problema de dependencia de la morfina, en 1874, H. Dreser, técnico de la farmaceutica Bayer, descubre la heroína, un derivado opiáceo que lejos de paliar el problema de la adicción a la morfina, se convirtió en otra potente droga (Del Castillo, 2014).

En España, las adicciones aparecen ligadas a los remedios de botica, donde se utilizaban sustancias tales como la morfina, codeína, atropina, cocaína, heroína, mescalina y barbitúricos, aludiendo sólo a sus beneficios y obviando su capacidad adictiva, extendiéndose su venta y uso sin control hasta principios del siglo XX. Lo mismo ocurría con el tabaco, cuyos efectos nocivos tampoco se conocían. Por el contrario, a estas alturas, ya empezaron a describirse los efectos negativos del alcohol, incluso para las mujeres embarazadas. (Torres, Santodomingo, Pascual, Freixa y Álvarez, 2014)

La (American Psychiatry Association, APA) en su primera edición de 1952, tipificaba los Trastorno por uso de sustancias como un “disturbio sociopático de la personalidad” y en el posterior DSM-II de 1968 los agrupaba junto con la “desviación sexual y las conductas antisociales”. En 1980 la APA, en el DSM-III, clasifica el uso de sustancias en dos categorías diagnósticas mayores: abuso y dependencia, y las incluye en un capítulo específico denominado “trastorno por uso de sustancias” (codificables en el Eje I) y los considera como un auténtico trastorno mental, siendo considerado nuevamente en el DSM-5. Por lo tanto, en la actualidad los trastornos adictivos están conceptualizados como auténticas enfermedades cerebrales y no meros problemas sociales o del carácter (Szerman, 2013)

El concepto de adicción implica una interacción entre tres factores íntimamente relacionados, como lo son la sustancia, la persona que consume, y el contexto. Aisladamente ninguno de estos factores por sí mismo es suficiente para provocar una patología adictiva, por lo que se necesita la sinergia de estas tres variables (Mabit, 1995). En este sentido, podríamos preguntarnos qué se entiende por “sustancia psicoactiva” o “droga”, ya que es un concepto base por el que se va a empezar a desarrollar este segundo capítulo.

Como señalan Medranza de Lázaro y Benítez, (2006), una droga o sustancia psicoactiva es aquella que tiene la posibilidad de modificar el psiquismo a nivel subjetivo (emociones, sensopercepciones...) o de modificar la conducta. Algunas de éstas, a partir de su uso, son susceptibles de provocar adicciones. En este sentido, la motivación es un factor crucial, debido a la búsqueda de gratificaciones a corto o largo plazo ya sea para modificar el estado de ánimo, la conducta o mejorar las funciones cognitivas. Las principales características que reúnen las drogas son las siguientes:

- *Una vez dentro del organismo, se dirigen al cerebro y modifican su entorno de forma variable.*
- *Su uso regular puede provocar procesos como la tolerancia –donde se señala que a medida que el organismo se va adaptando a la presencia regular de la sustancia, se necesita mayor cantidad de esta para*

producir el mismo efecto- y la dependencia –tras su uso habitual, la persona siente la necesidad de consumir dicha sustancia para no experimentar sensaciones o síntomas de abstinencia física y/o psíquica-.

De esta manera, y a modo de síntesis, una característica común y central a las conductas adictivas es la pérdida de la capacidad para controlar el consumo o la compulsión, con la incipiente necesidad de aumentar la dosis para obtener el mismo bienestar (Becoña y Cortés, 2011; Pereira, 2009).

Por otro lado, destacamos una serie de terminologías conceptuales prioritarias a manejar en drogadicción según la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, CIE-10: CDI-10 (2000).

- *Intoxicación aguda:* estado consecutivo a la administración de una sustancia psicoactiva, que produce alteraciones del nivel de la conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras respuestas y funciones psicofisiológicas. Dichas alteraciones están directamente relacionadas con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia y se resuelven con el tiempo y con recuperación completa, salvo si el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación. Las complicaciones pueden ser traumatismos, aspiración del vómito, delirium, coma, convulsiones u otras complicaciones médicas. Su naturaleza depende del tipo farmacológico de la sustancia y del modo de administración.
- *Síndrome de Dependencia:* un conjunto de fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan tras el consumo de sustancias y que, típicamente, incluye un deseo intenso de consumir la droga; dificultades para controlar el consumo; persistencia en el consumo a pesar de las consecuencias dañinas; mayor prioridad dada al consumo que a otras actividades y obligaciones; aumento de la tolerancia y, a veces, un cuadro de abstinencia física. El síndrome de dependencia puede presentarse para una sustancia psicoactiva específica (por ejemplo, tabaco, alcohol o benzodiazepinas) y/opara una clase de sustancias psicoactivas farmacológicamente diferentes.

- *Síndrome de abstinencia: grupo de síntomas, variables en clasificación y gravedad, que se producen con el abandono completo o parcial de una sustancia psicoactiva tras un consumo persistente de la misma. El inicio y curso del síndrome de abstinencia es limitado en el tiempo y está relacionado con el tipo de sustancia psicoactiva y dosis consumida inmediatamente antes del cese o reducción del consumo. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones. Becoña (2008) destaca que cuando se influye mediante algún antagonista específico, se le puede denominar “síndrome de abstinencia precipitado” (mencionado en Becoña y Cortés, 2011, p.18).*
- *Craving: conducta marcada por la necesidad de consumo de sustancias y la falta de control sobre el mismo, asentada sobre una base neuroquímica (Becoña y Cortés, 2011, p.34). Se trata del deseo imperioso por la administración de la droga. En diversos estudios (Martínez Verdejo, 2011; 2012) se pone de manifiesto la importancia de las creencias nucleares en la adicción y su influencia sobre el craving, pues determinará el riesgo de recaída, especialmente en los tres primeros meses de abstinencia. Además, estos autores también han corroborado que los factores de autoeficacia percibida y funcionalidad del consumo predicen la intensidad del craving, y por tanto, aumentan el riesgo de recaída y afectan al éxito del tratamiento. Pereira (2009) coincide en que uno de los factores predictivos más importantes para la recaída en el consumo son el craving y el estrés, que actúan agravando el síndrome de abstinencia (p.12).*
- *Tolerancia: la misma cantidad de sustancia produce menos efectos, por lo que se requiere mayor cantidad para obtener los mismos resultados que antes de este fenómeno. En la misma línea se sitúan Bandres, Campos y Velasco (1986), que argumentan que la tolerancia a las drogas es un proceso por el cual una dosis determinada va produciendo un efecto progresivamente menor a medida que se va repitiendo su administración. Estas definiciones encajan con la denominada*

tolerancia farmacológica (Becoña y Cortés, 2011). Podemos diferenciar algunos tipos más. En este sentido, vamos a desarrollar los tipos de tolerancia, basándonos en las aportaciones de Martín del Moral y Lorenzo, (2009). Según estos autores, podemos distinguir dos tipos de tolerancia, atendiendo al individuo o a la propia sustancia. Si atendemos a la perspectiva del individuo, obtenemos la siguiente clasificación.

- *Tolerancia Innata*: se produce cuando existe una disminución de la sensibilidad a la sustancia desde su primera administración, pudiendo ser un factor de riesgo para desarrollar una dependencia temprana.
- *Tolerancia adquirida*: que puede clasificarse en tres tipos. La primera sería la **tolerancia farmacocinética**, que se produce por cambios en la distribución o metabolismo de la droga después de la administración repetida, reduciendo la concentración en el plasma y consecuentemente en los lugares de acción. Otro subtipo sería la **tolerancia farmacodinámica**, que ocurre por cambios adaptativos producidos en los sistemas biológicos afectados por la sustancia, afectando a la respuesta fisiológica, que sería menor. Por último, cabe destacar la **tolerancia condicionada**, que se refiere al desarrollo de una serie de efectos de una sustancia, debida a mecanismos compensadores que se desarrollan con el consumo recurrente en situaciones semejantes. Es decir, la persona con adicción presenta una serie de efectos por el mero hecho de estar expuesto a estímulos ambientales que están presentes en el momento de la administración de la droga y que han sido condicionados a los efectos de la sustancia adictiva. Está influida por las expectativas o el estado de ánimo. Se postula que sería un tipo de tolerancia que resultaría del intento de superar el efecto de la droga por parte de la persona. En los drogodependientes se observa este tipo cuando la administración de la sustancia se asocia a determinadas “señales” ambientales (determinados olores, la visión de una jeringuilla, etc.). Este fenómeno de tolerancia

aprendida permite explicar cuadros de intoxicación aguda con dosis “habitual” de sustancia.

Por otro lado, atendiendo a la perspectiva de la propia sustancia podemos clasificar la tolerancia en otros tres tipos.

- *Tolerancia aguda*: es la que se genera precozmente con la administración repetida de una droga con motivo de un acontecimiento determinado, como por ejemplo, aquellos cocainómanos que repiten dosis pocas horas después con motivo de una sesión festiva.
- *Tolerancia invertida*: es una propiedad por la que algunas drogas producen los mismos efectos o aún más acentuados con dosis más bajas, debido a la acumulación de la droga en determinados tejidos y a su liberación progresiva, o por una incapacidad de metabolización. Es muy característica en los alcohólicos debido a su progresiva hepatopatía, a consecuencia de un consumo intenso y prolongado
- *Tolerancia cruzada o recíproca*: ocurre al producirse una disminución del efecto de una dosis determinada debido al consumo continuado de otra sustancia. Suele presentarse entre drogas del mismo grupo farmacológico o que actúen por un mecanismo idéntico o análogo, como ocurre por ejemplo, con la heroína con todos los fármacos opiáceos que muestren afinidad por los receptores μ .

Junto con el fenómeno de la tolerancia, suele hablarse de neuroadaptación –antes denominada como dependencia física-, que es un estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismo. Este concepto se refiere al proceso por el que la acción repetida de una sustancia a nivel neuronal provoca una serie de cambios con la finalidad de recuperar el nivel de funcionamiento previo a la administración (Becoña y Cortés, 2011). Es decir, se trataría de un mecanismo homeostático para recuperar el equilibrio del sistema. Pereira (2009) relaciona los términos

dependencia y abstinencia a través de la adaptación neuronal sufrida por medio de la administración de la droga que surgen para compensar la desregulación que ocasiona la exposición a la sustancia, y cuyo cese del consumo origina los síntomas de abstinencia (p.10). En el apartado de la neurobiología de las adicciones se detallarán los procesos a nivel bioquímico y neuroestructural con mayor precisión.

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), por otra parte se mezclan los conceptos de dependencia física (tolerancia, abstinencia y neuroadaptación), psicológica (aprendizaje y características personales – existe un sentimiento de satisfacción e impulso psíquico que exigen el consumo para producir placer o evitar el malestar) y social (grupo, cultura y medio ambiente) como elementos complementarios en el desarrollo de la adicción (Becoña y Cortés, 2011, p.25).

En cambio, Becoña y Cortés (2011) hablan del potencial adictivo de una droga como la tendencia que tiene una sustancia de producir dependencia (p.25). No obstante, es reconocido entre los profesionales de las adicciones que tan sólo un pequeño porcentaje de las personas que consumen una sustancia adictiva llegará a desarrollar dependencia y, como consecuencia, se convertirá en adicto (Pereira, 2009). Como hemos mencionado al principio del capítulo, se pone de manifiesto que existen más factores que influyen en el proceso de las drogodependencias, y un aspecto fundamental radica en la vulnerabilidad individual, y el apoyo a la importancia que supone la interacción entre los factores biológicos, sociales y psicológicos en el desarrollo de las adicciones.

2.2. Modelos teóricos de las adicciones.

Para Cashdan (1972; citado en Paolini, 1991.p.114),

la psicología anormal ha sido concebida a la largo de la historia según actitudes, modelos globales o paradigmas diversos; en los antecedentes primitivos y sistemas religiosos era concebida como algo trascendente, pero desde la antigüedad, existe una corriente de opinión que considera a la enfermedad mental como un fenómeno natural sujeta a las normas de los

demás fenómenos mundanos. Esta forma naturalista, adopta dos posiciones elementales: los que creen que la enfermedad mental es algo orgánico, y los que creen que se trata de un proceso eminentemente psicológico.

Distingue dentro de estos, entre los que adoptan una actitud empírica y los que adoptan una actitud intrapsíquica. Dada la evolución actual, debemos considerar los que adoptan una actitud cognitiva, y los que adoptan una actitud epistemológica sistémica.

Los modelos que se aplican a la conducta normal, psicopatología o adicciones son similares, explicándose a continuación los modelos teóricos más importantes y con mayor implicación bien en la explicación del origen y mantenimiento de las adicciones, o bien en el proceso de abandono y transición hacia la recuperación, influyendo algunos de estos de manera muy significativa en la evaluación y tratamiento del trastorno.

2.2.1. Modelo Biomédico

El modelo biomédico tradicional, cree que la dependencia de una o varias drogas es una enfermedad crónica de carácter recidivante (Casas, Duro y Pinet, 2006, mencionado en Fernández, Carballo, Secades y García. 2007). Se trata de una perspectiva reduccionista, centrada en la vulnerabilidad genética y en el origen biologicista del trastorno, considerándolo como una enfermedad. Este modelo es el que subyace a los sistemas de clasificación actuales.

Este modelo enfatiza el carácter crónico de la enfermedad debido a la vulnerabilidad biológica presente en el individuo, por lo que no acepta el concepto de curación y de ahí justifica las recaídas (Fernández et al., 2007). Por lo tanto, el objetivo prioritario del tratamiento siempre es la abstinencia total, pues el contacto con la droga provocará la inmediata recaída. Por tanto defiende que el consumo controlado en un adicto es imposible para lograr su recuperación (Fernández et al, 2007).

2.2.2. Modelos Conductuales

Los modelos conductuales explican la conducta anormal o patológica como un fenómeno de adquisición que sigue unas leyes de condicionamiento clásico, operante y aprendizaje social. Desde cada paradigma propone explicaciones, aunque en la actualidad el único que permite explicar de modo comprensivo la conducta del consumo de drogas es la del aprendizaje social, especialmente para su inicio. (Belloch, Sandín y Ramos, 2008)

Desde el condicionamiento clásico, llega la aportación de Wikler (1965), que explica que aquellos individuos que fueron adictos a veces mostraban señales de un síndrome de abstinencia –meses más tarde de haberse administrado la última dosis, como lagrimeo o bostezos. Esto le llevó a plantear un proceso de condicionamiento denominado síndrome de abstinencia condicionada que implicaba que los episodios de abstinencia, respuesta incondicionada, se habrían apareado con estímulos condicionados. Esto implica que la presencia de estos estímulos o el hecho de pensar en ellos pueden provocar una respuesta condicionada de abstinencia (Graña, 1994, mencionado en Belloch et al., 2008).

Varios estudios han demostrado que en el desarrollo de la tolerancia a las drogas, distintos estímulos ambientales influyen en la aparición de la denominada tolerancia condicionada. El desarrollo de esta tolerancia sigue un proceso que describe Graña (1994): cuando una droga es administrada (estímulo incondicionado, EI) su efecto (respuesta incondicionada, RI) va precedido de la estimulación ambiental en que se realiza la administración (estímulo condicionado, EC). Si la respuesta condicionada (RC) que provoca la estimulación ambiental es de signo opuesto al efecto de la droga (EI), entonces se produce una respuesta condicionada compensatoria. Si este tipo de respuestas interactúan con los efectos incondicionados de la droga, el resultado será una debilitación progresiva de dichos efectos conforme las respuestas condicionadas van creciendo. Esta atenuación de los efectos de una droga a lo largo de las diferentes administraciones define el fenómeno de la tolerancia condicionada. Además, se ha postulado que las respuestas condicionadas compensatorias influyen en el craving o deseo y en el síndrome

de abstinencia (Graña y Carrobles, 1991, mencionado en Belloch, et al., 2008). Dado que las respuestas condicionadas compensatorias producen una mayor disposición a administrarse la droga, ello implica que las mismas incrementan el deseo de la droga o craving.

Por su parte, el condicionamiento operante permite explicar la conducta adictiva especialmente desde la autoadministración de drogas. Cualquier evento que incremente la probabilidad de ocurrencia de una conducta está determinado por sus consecuencias. Las sustancias psicoactivas pueden funcionar eficazmente como reforzadores positivos. Distintos estudios en modelos animales y en humanos han mostrado cómo la morfina es un reforzador positivo si se administra en dosis pequeñas, no habiendo dependencia física dado que no existe síndrome de abstinencia una vez retirada la misma (Graña y García, 1994, mencionado en Belloch et al., 2008). Sin embargo, también funciona como un reforzador negativo, al provocar las náuseas, principal componente aversivo de la conducta de autoadministración. Este componente aversivo desaparece con la continua administración de opiáceos, manifestándose de nuevo todas las características de reforzador positivo una vez establecida la dependencia física. Al dejar de consumir la sustancia, aparece de forma inevitable el síndrome de abstinencia, que se puede evitar volviendo de nuevo a consumir. Esa conducta de consumo es reforzada negativamente, incrementando la probabilidad de ocurrencia al eliminar al estado aversivo generado por el síndrome de abstinencia.

Por último, también se destaca el importante efecto que puede tener la teoría del aprendizaje social sobre las adicciones. Esta teoría estudia la conducta como un resultado de la interacción de la persona con su entorno, desarrollando las características de la situación en la que se encuentra (Fernández y Llorente del Pozo, 2006).

En este sentido, la probabilidad de una conducta en relación con otras alternativas ante una determinada situación psicológica vendrá determinada por las expectativas del individuo y el valor de los refuerzos esperados y alcanzados, destacando el papel que tienen las expectativas de reforzamiento,

las expectativas de solución de problemas y las expectativas de control sobre los refuerzos.

Las teorías basadas en el Aprendizaje Social–Cognitivo han sido aplicadas a la explicación integradora del consumo de sustancias psicoactivas, sirviendo de base para el desarrollo de intervenciones orientadas a la prevención de recaídas en la deshabituación en la conducta adictiva (Llorente, 1997, mencionado en Fernández y Llorente, 2006).

2.2.3. Modelo Cognitivo

Los modelos cognitivos consideran que existe un procesamiento de la información sesgada hacia los estímulos relacionados con la adicción, provocando distorsiones y creencias disfuncionales que dominan la vida del adicto. En este sentido, cabe mencionar a Sirvent (2007) quien explica que el sujeto adicto, muestra una creencia de sus propias mentiras, producto de consecuencias como la prioridad de la sustancia en la vida del sujeto, el tiempo que lleva engañándose a sí mismo y a su alrededor para justificar su consumo, y de esta forma aliviar su malestar.

En concreto, dentro de los modelos cognitivos, el modelo de Beck se refiere al craving como la manifestación de pensamientos y creencias disfuncionales inherentes al proceso adictivo (Martínez y Verdejo, 2011). Por tanto, considera fundamental la aplicación de técnicas cognitivas que traten de modificar dichas creencias como clave para el afrontamiento del craving.

Como se ha mencionado anteriormente, el craving es un deseo (o necesidad psicológica) intenso e irrefrenable que conduce al individuo a abandonar la abstinencia. Por medio de las aportaciones de González (2009) donde menciona a Beck , Wright, Newman y Liese, (1999) se identifican cuatro tipos de craving, que se enumeran a continuación:

- 1) Respuesta a los síntomas de abstinencia: al disminuir el grado de satisfacción que se encuentra en el uso de la droga, se incrementa la sensación de malestar interno cuando se deja de tomar la droga.

- 2) Respuesta a la falta de placer: cuando el individuo no posee habilidades para encontrar formas prosociales de divertirse, desea mejorar su estado de ánimo “automedicándose”.
- 3) Respuesta “condicionada” a las señales asociadas con las drogas: cuando los pacientes asocian estímulos neutros –una determinada calle- con una intensa recompensa obtenida de la utilización de drogas que inducen un *craving* automático.
- 4) Respuesta a los deseos hedónicos: cuando el paciente combina una experiencia natural placentera con el uso de drogas –cuando el individuo combina el sexo con las drogas- que hace que se asocien, desarrollando el inicio del *craving* al realizar la actividad natural sin el uso de drogas por que el placer experimentado de estas experiencias no es comparable cuando se combina con la droga.

2.2.4. Modelo Biopsicosocial

Para desarrollar este modelo, vamos a centrarnos en las aportaciones de Fernandez et al. (2007). Desde esta perspectiva biopsicosocial se plantea que las adicciones son el resultado de la interacción de los niveles biológico, psicológico y social, no considerando a la conducta adictiva como una condición crónica del individuo.

En este modelo multifactorial e integrador –inicialmente propuesto por Engel (1977) algunos de los factores biológicos (genética, neuroquímica, fisiología, etc.) sociales (familiares, disponibilidad, sistema de valores, etc.) y psicológicos (personalidad e historia de aprendizaje) constituirían factores protectores (fundamentales para el tratamiento), frente a otros factores de riesgo (minimización durante el tratamiento para disminuir recaídas). El conocimiento completo de la conducta de adicción requiere un análisis funcional que relacione todos estos elementos.

En este modelo se contempla que pueda darse una recuperación en ausencia de tratamiento. Es decir, las adicciones pueden evolucionar favorablemente si se producen las condiciones que determinen el cambio de conducta. En este sentido, cuando una persona drogodependiente se recupera

sin la intervención de tratamiento formal alguno, se dice que se ha recuperado “naturalmente”, produciéndose una “recuperación espontánea” o que ha mejorado mediante un proceso “guiado por él mismo” o “autocambio”.

Por otra parte, la recaída sería el resultado de la interacción de distintos factores que determinan la presencia de hábito. No debe ser vista como una evidencia de vulnerabilidad biológica subyacente, sino como la evidencia del fracaso de los mecanismos de afrontamiento del sujeto frente a los condicionantes contextuales de su conducta.

En esta perspectiva tendría cabida el “consumo controlado”. Este modelo considera que la capacidad de auto-control no es una capacidad crónica de la persona, sino que debe verse como el resultado de determinantes contextuales y la capacidad de afrontamiento.

Este proceso de auto-cambio o recuperación natural en las adicciones pone en entredicho el modelo biomédico predominante y coloca su punto a favor de la perspectiva biopsicosocial, que concuerda mejor con la pluralidad de las diferentes rutas adictivas (Fernández, et al., 2007).

Por último, el Modelo bioconductual del consumo de drogas de Pomerleau y Pomerleau (1987) es el que mejor se ajusta para la explicación del consumo y su desarrollo, (Secades y Fernández, 2001). Este marco contextual tiene la capacidad de poder analizar las conductas de consumo, en función de las interacciones con el contexto, la vulnerabilidad individual y las consecuencias. Las variables incluidas bajo la denominación de contexto (estímulos esteroceptivos e interoceptivos) vendrían dadas desde los modelos de aprendizaje clásico y operante, y se combinarían con las variables reforzadoras identificadas bajo consecuencias. La conducta incluiría los comportamientos relacionados con el consumo de drogas, y el rechazo de las sustancias y la resistencia a consumir. La vulnerabilidad o susceptibilidad incluiría factores genéticos, las influencias socioculturales y la historia de aprendizaje (Secades y Fernández, 2003).

2.3. Neurobiología de las adicciones

La dependencia de sustancias es una enfermedad del sistema nervioso central (SNC) debida a una disfunción neurobiológica de estructuras cerebrales mesencefálicas, límbicas y corticales y de circuitos cerebrales implicados en la motivación y la conducta (Kalivas y Volkow, 2005, citado en Pereiro, 2010; Kosten, 1998; Leshner, 1997;).

En este sentido, juegan un papel crucial los circuitos implicados en el aprendizaje y la memoria a la hora de desarrollar una enfermedad adictiva. La asociación repetida del efecto reforzante de las sustancias de abuso con determinados estímulos contextuales o internos, puede inducir un poderoso efecto de condicionamiento, tanto a la sustancia como a las señales que predicen su posible disponibilidad.

El desarrollo tardío de los circuitos implicados en las emociones, la capacidad de razonamiento y el control inhibitorio de respuestas inapropiadas podrían explicar la elevada propensión de los adolescentes para ignorar los efectos potenciales negativos de su comportamiento y a actuar de manera impulsiva, incrementando el riesgo de desarrollar la enfermedad en las etapas precoces de la vida.

2.3.1. Factores neurobiológicos en las conductas adictivas

Podemos decir que el alcohol y otras drogas son sustancias químicas que modifican el funcionamiento de determinadas redes neuronales, provocando cambios a nivel cognitivo, emocional, motivacional y conductual.

Su administración aguda puede producir cambios transitorios, que desaparecen cuando finaliza su efecto farmacológico. Sin embargo cuando su consumo es crónico, se provoca una importante huella en la memoria emocional, que afecta a las conexiones neuronales y vías, causando permutas de larga duración en el funcionamiento del cerebro, haciendo que la persona se haga más vulnerable hacia la vuelta al consumo.

Estas sustancias químicas mencionadas, activan el circuito de la recompensa cerebral –en el que se involucra la amígdala, el núcleo accumbens y el hipocampo-, utilizando los mismos mecanismos fisiológicos que los reforzadores naturales (agua, comida o conducta sexual).

Con el consumo reiterado, se produce pues, un “estado de necesidad” por lo que éste va cobrando especial interés en comparación con otras actitudes y provocando un deterioro progresivo de la capacidad de autocontrol sobre su autoadministración. Esto lleva a un cambio en la “mentalidad” de la persona, que puede llegar a ser considerado como irracional.

A largo plazo, la conducta de consumo de sustancias puede llegar a ser problemática, bien sea de manera ocasional, con intoxicaciones ocasionales o aislada, o bien de manera habitual, con deterioro progresivo en diversas áreas, como lo son el ámbito laboral, familiar, social, económico, legal, académico, deportivo y de salud mental y corporal.

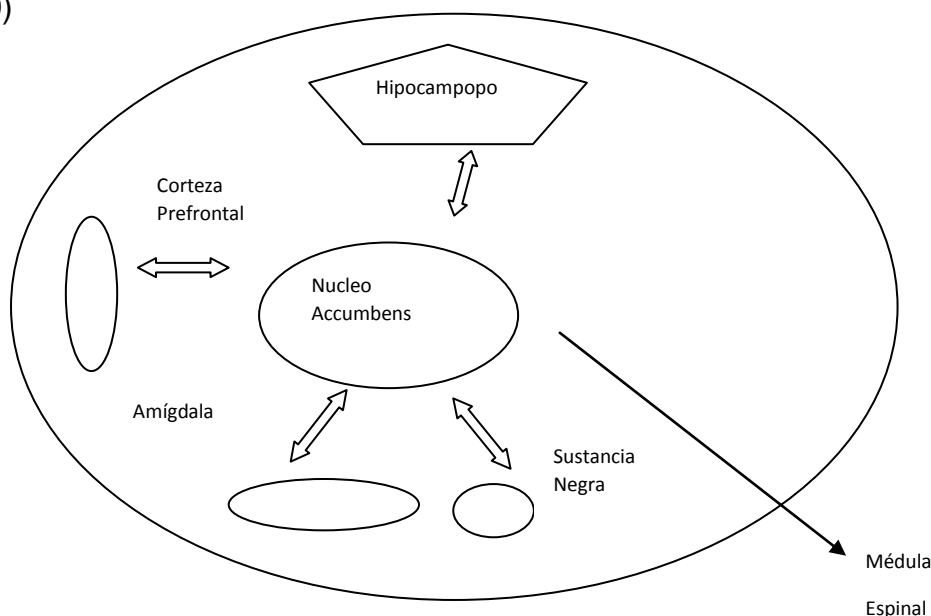
La persona que ha desarrollado dependencia a una o varias sustancias, dedica cada vez más tiempo a pensar en cuestiones relacionadas sobre cómo conseguir esa sustancia, conseguir dinero para adquirirla, autoadministrársela, recuperarse de sus efectos, etc., provocando que el individuo abandone sus intereses y responsabilidades. Más adelante, es posible que la persona tome conciencia de que el consumo de esa sustancia le está perjudicando y decida, de esta forma, abandonar su consumo. No obstante, si ha desarrollado una fuerte dependencia, va a encontrarse con varios obstáculos para controlar y reducir su consumo, ya que la dependencia cursa además con un deterioro sobre la capacidad de autocontrol en cuanto al consumo de la sustancia. Es en este momento cuando toma conciencia de la necesidad de abandonar el consumo y abstenerse de la sustancia durante un periodo continuado. Sin embargo, lo más probable es que reinicie el consumo, el cual volverá a ser excesivamente alto, alternando etapas de abstinencia y de recaída que configuran el círculo vicioso característico de la adicción. En este sentido, una de las variables que actúa como uno de esos obstáculos, es el autoengaño. Dicha variable influye en la percepción errónea del individuo de los determinantes contextuales que le rodean, anteponiendo sus intereses a la

verdad, de forma que se busca el cómo aliviar el malestar producido por diversas causas. De esta forma, el sujeto encuentra una justificación para consumir dicha sustancia (Sirvent, 2007).

2.3.2. El circuito de la recompensa cerebral

En 1954, Olds y Milner implantan electrodos en diferentes áreas cerebrales del Sistema Nervioso Central de animales, y observan que al administrarles microestímulos eléctricos mostraban una actitud placentera. Además, cuando estos tienen la posibilidad de autoestimularse en un circuito electrónico cerrado o de autoadministrarse en estas áreas sustancias que producen dependencia, eligen una conducta repetitiva presionando una palanca para recibir un estímulo eléctrico o una dosis de droga, lo cual produce unas manifestaciones que se interpretan como placer. Estos estudios vinieron a confirmar la hipótesis de que existía un sistema neuronal que sería el substrato anatómico y neuroquímico del placer, el cual puede ser estimulado por otras drogas y fármacos de abuso.

Este circuito de recompensa se describe en la siguiente figura. (Ulloque, 1999)



En este circuito de recompensa, la corteza prefrontal, el hipocampo, la amígdala y la sustancia negra, interactúan con el núcleo accumbens, el cual envía estímulos a la médula espinal. Podemos decir que este circuito es el

responsable de las conductas placenteras y de recompensa, siendo el substrato anatómico, neuroquímico y neurofisiológico de la dependencia.

Los estudios con animales han evidenciado que el alcohol y las otras drogas tienen un sustrato neurobiológico común, que es el efecto de liberación de dopamina en el núcleo accumbens (Wise, 1988, citado en Pereiro, 2010). Las neuronas dopaminérgicas (DA) que provienen del área tegmental ventral (ATV) se proyectan hasta estructuras límbicas y de la corteza frontal, presentando una activación fásica en respuesta a los estímulos reforzadores primarios, como la comida, el agua o estímulos relacionados con la conducta sexual, es decir, aquellos que tienen una importancia para la supervivencia del individuo o de la especie y que además juegan un papel crucial en el aprendizaje motivacional, tanto en las conductas apetitivas de aproximación, como de las consumatorias (Di Chiara e Imperato, 1985, citado en Pereiro, 2010).

Ahondando más allá, se conoce pues que el consumo crónico ya no parece producir una mayor liberación de dopamina, sino alteraciones en los receptores, concretamente, reducción del subtipo D2 (inhibidores de la liberación de dopamina) e incremento del subtipo D1, (excitadores, que facilitan la liberación de dopamina) (Corominas, Roncero y Casas, 2009; Pereira, 2009; Becoña y Cortés, 2011). Este hecho bioquímico se corresponde con la manifestación de tolerancia ante el consumo repetido de una sustancia, que conlleva la necesidad de incrementar la dosis para lograr el mismo efecto (Becoña y Cortés, 2011).

No obstante, se conoce que existen diferencias individuales en relación con la vulnerabilidad para desarrollar una adicción, pudiendo deberse en una gran proporción a diferencias individuales en los sistemas implicados en el proceso cerebral de la memoria, que tendrían a su vez un componente genético (Ibáñez-Cuadrado, 2008, p. 105.).

Corominas et al, (2009) también atribuyen al desequilibrio en la cantidad de los dos subtipos de receptores, las alteraciones funcionales que podrían facilitar la aparición de trastornos neurológicos y enfermedades psiquiátricas.

En concreto, Nora Volkow (en Corominas et al) , a través de la técnica de tomografía por emisión de positrones (TEP), parece demostrar que la reducción significativa de los receptores D2 (en estriado dorsal y núcleo accumbens) es habitual en pacientes adictos a alcohol, opiáceos y cocaína. Esta reducción también se relaciona con un aumento de la impulsividad (Corominas et al., 2009), lo que podríamos asociar con el carácter compulsivo de la conducta adictiva.

En resumen, se considera que la disminución de de los receptores dopaminérgicos D2 explican disminución de los efectos placenteros y la aparición de síntomas de abstinencia (falta de energía y anhedonia), mientras que la hiperestimulación de los receptores D1, que median la transcripción y síntesis de proteínas, provoca neuroadaptaciones y cambios estructurales que explicarían el fenómeno de la tolerancia (Corominas, et al., 2009; Pereira, 2009). Estos mismos autores defienden que el glutamato interacciona con la DA y provoca cambios estructurales a largo plazo en el sistema de recompensa, que media el control de la conducta de búsqueda de droga.

Esta disminución de los receptores D2 está asociado a una disminución del consumo de glucosa en el cíngulo anterior dorsolateral y en la corteza prefrontal dorsolateral, provocando impulsividad y compulsividad (Koob y Volkow, 2010).

La actividad física mencionada anteriormente, tiene un comportamiento diferente cuando se trata de sustancias psicoactivas, ya que los estímulos apetitivos para dichas sustancias siguen actuando como activadores dopaminérgicos, e incluso pueden hacerlo de manera creciente, cuando el sistema dopaminérgico se sensibiliza (Hyman, Malenka y Nestler, 2006, citado en Pereiro, 2010).

De este modo, el circuito de la recompensa cerebral está compuesto de estructuras relacionadas con el sistema dopaminérgico meso-límbico, pero este además mantiene conexiones directas con el sistema opioide endógeno, serotoninérgico y GABAérgico, entre otros (Koob et al., 1992, citado en Pereiro, 2010).

Existen factores ambientales y genéticos, que pueden modificar el funcionamiento del circuito cerebral de la recompensa, y contribuir a un aumento de la vulnerabilidad de las personas hacia la adicción. En concreto, cabe mencionar la existencia de un modelo denominado multifactorial, que tal y como señala Ibáñez (2008), pueda explicar de forma más adecuada el desarrollo de las adicciones, por medio de una interacción entre genética y ambiente. Siguiendo más allá, se ha estimado que los factores genéticos contribuirían en un 40-60% en la vulnerabilidad del desarrollo de las adicciones, mientras que los factores ambientales explicarían el resto.

2.3.3. Efectos reforzadores y sistema dopaminérgico

Como hemos mencionado anteriormente, la administración de diversas sustancias psicoactivas produce una activación del sistema dopaminérgico (DA) mesolímbico. La desinhibición que se produce en el área tegmental ventral produce una mayor liberación de dopamina en el núcleo accumbens, este efecto neuroquímico sería el sustrato neurobiológico del efecto reforzador positivo.

Mediante la teoría de la sensibilización incentiva de Robinson y Berridge (1993; 2003) se postula que la motivación exagerada por las sustancias de abuso se provocaría al generar un estado de sensibilización del sistema de recompensa mesolímbico, que mantiene un papel crucial en la atribución de relevancia incentiva a los estímulos, de manera que esos estímulos condicionados se perciben como atractivos, induciendo una motivación compulsiva de consumir esa sustancia.

De esta forma, con la activación del circuito de la recompensa cerebral, se produce un estado de “necesidad”, haciendo que el consumo de sustancias se viva como un proceso de primera necesidad para la persona adicta, sobretodo en momentos de abstinencia aguda intensa.

Koob y Le Moal (1997) proponen en su modelo que la adicción se compone de tres fases: preocupación/anticipación, atracones/intoxicación y abstinencia/emociones negativas. La motivación incentiva podría jugar un papel

crucial en la primera fase, cuando el individuo desarrolla la adicción. Durante la segunda fase, es cuando se producirían los atracones e intoxicaciones agudas lo que provocaría la regulación a la baja del circuito de la recompensa, con un aumento del umbral para la recompensa cerebral (Koob y Kreek, 2007, citado en Pereiro, 2010). Por último, en la tercera fase de abstinencia y emociones negativas se produciría una mayor escalada del craving y del consumo de sustancias.

En cuanto al efecto reforzador negativo, es conocido que los síntomas de la abstinencia de las benzodiazepinas y del alcohol se manifiestan en una hiperexcitación o “irritabilidad” del SNC, que puede persistir durante semanas después de su retirada. Si el paciente sigue tomando esas sustancias, los síntomas de abstinencia post-aguda se prolongarán más allá en el tiempo, e interferirán en la recuperación del alcoholismo.

El consumo de alcohol o de benzodiazepinas consigue neutralizar de manera rápida y eficaz, los síntomas de abstinencia retardada, consiguiendo con ello un poderoso efecto reforzador negativo, ya que alivian el malestar y restablecen la homeostasis, aunque sea de manera temporal. No obstante, este efecto es sólo transitorio.

Además, las personas que sufren otros trastornos mentales o episodios de dolor intenso, pueden conseguir un potente efecto reforzador negativo, debido al efecto de alivio que produce el consumo de estas drogas. En las fases más avanzadas, se produce una disminución del efecto reforzador positivo debido a los cambios neuroadaptativos derivados del abuso crónico de alcohol o drogas. Este consumo genera una cierta “insensibilidad” del circuito de la recompensa a los efectos de dichas sustancias.

Por ese motivo, las personas que padecen estados psicopatológicos pueden percibir que el consumo de sustancias les ayuda a sentirse mejor, debido a que la droga actúa como un medicamento que mitiga estados emocionales que pueden llegar a ser muy desagradables o aversivos. No obstante, no tienen en cuenta el posterior efecto rebote –al acabar el efecto de la droga- ni las consecuencias negativas del consumo, debido a que estas se

producen horas o días después de la última toma, siendo el efecto inmediato el que queda fuertemente asociado al consumo. Ese efecto rebote, consiste en la reaparición de los síntomas psicopatológicos –ansiedad, insomnio, fobias, etc.- pero con una mayor intensidad que la que percibía antes de l contacto esas sustancias psicoactivas.

2.3.4. Evidencia empírica de la adquisición de la adicción a nivel neurobiológico

Los numerosos estudios sobre los factores biológicos que subyacen a los mecanismos de desarrollo de la adicción constituyen un conjunto lo suficientemente abundante de evidencia científica como para poder afirmar la existencia de unas bases neuroanatómicas y neuroquímicas implicadas en las conductas compulsivas de consumo de drogas.

Si bien es cierto que cada sustancia posee unos mecanismos de acción específicos, existe un factor común en la neurobiología de las sustancias adictivas que radica en la activación de la vía mesolímbica dopaminérgica (Corominas et al., 2009), crítica en el proceso de dependencia y adicción (Fernández-Espejo, 2002). El consumo de sustancias, directa o indirectamente, supone el aumento del neurotransmisor básico del sistema de recompensa, la dopamina (Pereiro, 2009), éste incrementa el efecto hedónico y es responsable de la sensación placentera que produce la administración de la droga (Becoña y Cortés, 2011).

Fernández-Espejo (2002) afirma que en los estudios realizados con tomografía por emisión de positrones (PET) se observa que el consumo agudo de psicoestimulantes, como cocaína o anfetamina, induce la activación de centros nerviosos como las vías mesolímbica y mesocortical, los núcleos del rafe y la amígdala.

En los estudios de Fernández-Espejo (2002) se demuestra que en el síndrome agudo de abstinencia a opiáceos en ratas tiene lugar un aumento de dopamina en la Corteza Prefrontal junto a una depresión acentuada de la liberación de dopamina en el núcleo accumbens (NAC). Junto a otros autores

se reafirma la naturaleza dual de los cambios originados en la Corteza Prefrontal, que, por un lado disminuye la gravedad somática del síndrome, y por otro, disminuye el nivel de dopamina en el núcleo accumbens, hecho asociado a la disforia emocional propia del síndrome de abstinencia.

En relación con lo anterior, Corominas et al. (2009), afirman que durante la abstinencia, tras consumos prolongados, se observan en los adictos una disminución metabólica o hipofuncionalidad en regiones prefrontales que explicaría la disminución de la capacidad de decisión que permite la consolidación del hábito de consumo sin mediación de los procesos conscientes, y, en parte, también explicaría el síndrome de abstinencia (anhedonia y depresión) (p.83).

Tras la fase aguda de abstinencia, le sigue una fase asintomática de abstinencia a largo plazo en el que tienen lugar fenómenos importantes como el “craving” o la “abstinencia condicionada”. Ambos ocurren en situaciones ambientales y emocionales determinadas y, aunque no se conocen sus bases neurobiológicas, se sabe que están relacionadas con el proceso de sensibilización en la fase de consumo crónico de la droga (Fernández-Espejo, 2002).

Por otro lado, Corominas et al. (2009) tratan de relacionar el craving que sufre un adicto en abstinencia con el condicionamiento de estímulos: la amígdala es una estructura clave en la formación de asociaciones memorizadas entre acontecimientos relevantes desde la perspectiva motivacional y estímulos neutrales, que se convierten en predictores o condicionados (EC). De esta manera, el adicto experimentaría una recuperación de las emociones relacionadas con el consumo que motivarían la conducta de ingesta.

Parafraseando a Volkow (2010), “cualquier evento que genera una gran emoción tendrá una mayor probabilidad de ser recordado”; de esta manera enfatiza el papel de la amígdala y el hipocampo en el condicionamiento, en general, y en la memoria, el aprendizaje y la emoción, en particular, estructuras básicas de las conexiones mesolímbicas, mesoestriatales y mesocorticales

implicadas en las adicciones. Concretamente, a nivel celular, la amígdala envía proyecciones glutamatérgicas al núcleo accumbens, responsable del aumento de dopamina ante la presencia de estímulos condicionados, provocando un aumento de dopamina en el estriado, lo que se relaciona con un nivel más elevado de deseo de consumo de la droga o craving.

Asimismo, Corominas et al (2009) concluyen que la liberación de DA en el estriado dorsal se produce en el desarrollo de la adicción como hábito y ante la exposición de EC, y se relaciona con deseos craving, lo que se puede traducir en una predisposición al consumo. Además, añaden que el consumo provoca alteraciones en la plasticidad de las sinapsis de esta región estriada dorsal que dificultará la formación de nuevas conexiones y, como consecuencia, el aprendizaje de nuevas conductas adaptativas.

También parece existir una hiperreactividad del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal que puede durar años, y que explica la liberación exagerada de cortisol, acetilcolina y corticoides suprarrenales durante situaciones de estrés. Estas hormonas pueden agravar la sensibilización de los circuitos dopaminérgicos y facilitar la aparición de craving (Becoña y Cortés, 2011; Fernández-Espejo, 2002).

Por último, hay que recordar que a pesar de que las bases neurobiológicas descritas a lo largo de este apartado constituyen un punto en común, como ya se mencionó al comienzo, cada sustancia posee unas propiedades específicas y por tanto un mecanismo de acción determinado. Podemos destacar como nociones generales las descritas por Becoña y Cortés (2011) y Pereira (2009).

- *Cocaína y psicoestimulantes*: provocan la inhibición de la bomba de recaptación de dopamina en las neuronas del ATV y NAC y la activación de receptores dopaminérgicos postsinápticos. También inhiben las bombas de recaptación de serotonina y noradrenalina, produciendo como consecuencia el aumento de estos neurotransmisores.

- *Opiáceos: actúan sobre los receptores mu de las neuronas GABAérgicas del ATV, provocando de forma indirecta la liberación de dopamina en el NAC. El cese del consumo de opiáceos produce hiperactividad del locus coeruleus, lo que origina el síndrome de abstinencia.*
- *Alcohol: sus múltiples puntos de acción sobre sistemas GABA, glutamato, dopaminérgico y opioide endógenos activarían, en última instancia, el sistema de recompensa, aunque aún se desconoce su mecanismo de acción exacto.*
- *Drogas de diseño: sus efectos son especialmente serotoninérgicos pero también actúan sobre la dopamina. Su consumo facilita la liberación desde ATV de ambas sustancias en el NAC.*
- *Cannabis: estimulan los receptores CB1 del ATV que favorece la liberación de dopamina en NAC. También parece intervenir en la modulación del sistema opioide.*

Es importante destacar que la dependencia a una sustancia viene dada por la interacción de factores biológicos (vulnerabilidad personal y susceptibilidad del sistema nervioso) y ambientales (educación, disponibilidad y accesibilidad de la sustancia, grupo social, reforzadores, etc.). No es posible detectar a priori la vulnerabilidad de una persona, pero se puede afirmar que las personas con dicha vulnerabilidad sufrirían más tempranamente y con mayor intensidad las alteraciones en las áreas implicadas en la adicción, y facilitaría el proceso de dependencia y mantenimiento (Ambrosio, 2003; citado en Becoña y Cortés, 2011, p.41).

2.4. Clasificación, Diagnóstico y Evaluación de las drogodependencias

A la hora de establecer unos criterios formales para referirse a los procesos y pautas que rigen las drogodependencias, los sistemas de clasificación más utilizados actualmente son el DSM, o Sistema Diagnóstico de Enfermedades Mentales, elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría, y la CIE, o Sistema Internacional de Enfermedades, elaborado por

la Organización Mundial de la Salud. Estos sistemas de clasificación actuales siguen el modelo biomédico, considerando la adicción a la droga como un trastorno o enfermedad (Fernández et al., 2007). Su utilidad radica en la necesidad de establecer un lenguaje común entre profesionales a la hora de distinguir el proceso patológico que sufre una persona con un trastorno mental, en este caso, una adicción por consumo de sustancias.

La nueva clasificación DSM 5 ha traído cambios en cuanto a los trastornos relacionados con sustancias. En la denominación de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos se incluyen las distintas sustancias psicoactivas y el juego, que aparecía en el apartado de trastornos de control de impulsos no clasificados en otros apartados, en el DSM-IV

Los principales cambios que el DSM-5 introduce son los siguientes (American Psychiatric Association, 2013; Compton, Dawson, Goldstein y Grant, 2013; Hasin et al., 2013):

- Se elimina el abuso y dependencia del DSM-IV y solo queda el trastorno relacionado con sustancias como una suma de criterios de abuso y dependencia del DSM-IV. El diagnóstico se hace cuando la persona tiene 2 o más síntomas de 11 a lo largo de 12 meses.
- Aparece el nivel de severidad: bajo (2-3), moderado (4-5) o severo (6 o más) en función del número de criterios diagnósticos.
- Los 11 criterios proceden de unir los de abuso y dependencia del DSM-IV con las siguientes excepciones:
 - o se elimina el ítem del DSM-IV referido a tener problemas legales
 - o se añade el ítem de craving.
- Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos:
 - o trastornos por consumo de sustancias
 - o trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o medicación).
- Se mantienen la mayoría de los síndromes psiquiátricos inducidos por sustancias del DSM-IV (depresión inducida por consumo de sustancias)

- y se amplían a otros (trastorno bipolar inducido por el consumo de sustancias).
- Aparece por primera vez en el DSM-5 el trastorno de juego dentro de la categoría de trastorno por consumo de sustancias. Las sustancias pasan de 11 en el DSM-IV a diez en el DSM-5, al hacer una reordenación de las mismas. Quedan las siguientes: alcohol; cafeína; cannabis; alucinógenos (fenciclidina y otros alucinógenos); inhalantes; opiáceos; sedantes; hipnóticos y ansiolíticos; estimulantes (sustancia anfetamínica, cocaína y otros estimulantes), tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas).
 - Se introduce el síndrome de abstinencia del cannabis, pero no para la cafeína.

Una crítica que se hace a esta nueva clasificación es el hecho de que se sigue considerando a las sustancias como responsables (por neuroadaptación) del uso adictivo, aunque también a la acción de las sustancias en personas vulnerables, que destacan por su impulsividad. Sigue sin tenerse en cuenta otros aspectos dimensionales y sintomáticos de la vulnerabilidad, como la emocionalidad negativa y el psicoticismo, o los sistemas y circuitos neurobiológicos que subyacen a esta vulnerabilidad. También se hace referencia a la diferenciación entre los trastornos por uso e inducidos por sustancia, ya que esta última categoría se considera minoritaria (Szerman, 2015)

Con respecto a la CIE-10, los criterios para la dependencia de sustancias son similares al DSM pero los reduce a cinco criterios y añade un sexto referente al deseo o craving (OMS, 1992).

A continuación se muestra por medio de la Tabla 1. Los diferentes trastornos adictivos según el DSM-5 y la CIE-10

Tabla 1. <i>Clasificación de los Trastornos por Uso de Sustancias DSM-5/CIE-10.</i>	
DSM-V	CIE-10
TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno por consumo de alcohol: - Intoxicación por alcohol - Abstinencia de alcohol - Trastorno relacionado con el alcohol no especificado 	SINDROME AMNÉSICO <ul style="list-style-type: none"> - Incluye psicosis de Korsakov inducida por alcohol u otras sustancias psicótropas - Síndrome de Korsakov inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas TRASTORNO PSICOTICO RESIDUAL Y TRASTORNO PSICÓTICO DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR ALCOHOL O POR SUSTANCIAS PSICOTROPAS <ul style="list-style-type: none"> - Con reviviscencias (“flashbacks”) - Trastorno de la personalidad o del comportamiento - Trastorno afectivo residual - Demencia inducida por alcohol u otras sustancias psicótropas - Otro deterioro cognoscitivo persistente - Trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS <ul style="list-style-type: none"> - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabidoides - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedanes o hipnóticos - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína) - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos - Trastornos mentales y del
TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA CAFEINA <ul style="list-style-type: none"> - Intoxicación por cafeína - Abstinencia de cafeína 	
TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL CANNABIS <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno por consumo de cannabis - Intoxicación por cannabis - Abstinencia de cannabis - Trastorno relacionado con el cannabis no especificado 	
TRASTORNOS RELACIONADOS CON ALUCINÓGENOS <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno por consumo de fenciclidina (trastornos relacionados con los alucinógenos) - Trastorno por consumo de otros alucinógenos - Intoxicación por fenciclidina - Intoxicación por otro alucinógeno - Trastorno de percepción persistente por alucinógenos - Trastorno relacionado con la fenciclidina no especificado - Trastorno relacionado con los alucinógenos no especificado 	
TRASTORNOS RELACIONADOS CON LOS INHALANTES <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno por consumo de inhalantes - Intoxicación por inhalantes - Trastorno relacionado con inhalantes no especificado 	
TRASTORNOS RELACIONADOS CON LOS OPIACEOS <ul style="list-style-type: none"> - Trastornos por consumo de opiáceos - Intoxicación por opiáceos - Abstinencia de opiáceos - Trastorno relacionado con los opiáceos no especificado 	
TRASTORNOS RELACIONADOS CON LOS SEDANTES, HIPNÓTICOS O	

<p>ANSIOLÍTICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos - Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos - Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos - Trastorno relacionado con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado <p>TRASTORNOS RELACIONADOS CON LOS ESTIMULANTES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno por consumo de estimulantes - Intoxicación por estimulantes - Abstinencia de estimulantes - Trastorno relacionado con los estimulantes no especificado <p>TRASTORNO RELACIONADOS CON EL TABACO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno por consumo de tabaco - Abstinencia de tabaco - Trastorno relacionado con el tabaco no especificado <p>TRASTORNOS RELACIONADOS CON OTRAS SUSTANCIAS (O SUSTANCIAS DESCONOCIDAS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas) - Intoxicación por otras sustancias (o sustancias desconocidas) - Abstinencia de otras sustancias (o sustancias desconocidas) - Trastorno relacionado con otras sustancias (o sustancias desconocidas) no especificado <p>TRASTORNOS NO RELACIONADOS CON SUSTANCIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Juego patológico 	<p>comportamiento debidos al consumo de tabaco</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles <p>TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MÚLTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICÓTROPAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intoxicación aguda - Consumo perjudicial - Síndrome de dependencia - Síndrome de abstinencia - Síndrome de abstinencia con delirium - Trastorno psicótico - Síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas - Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas - Otros trastornos mentales o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas sin especificación <p>ABUSO DE SUSTANCIAS QUE NO PRODUCEN DEPENDENCIA</p>
--	---

Centrándonos en el capítulo 7 “Evaluación de los Trastornos Adictivos” de Becoña y Cortés (2010), desarrollaremos los aspectos más relevantes relacionados con la evaluación en personas con adicciones a sustancias psicoactivas. Las fases de las que consta dicha evaluación pueden agruparse en cinco pasos:

- 1) Descripción de las conductas que constituyen el problema y de las variables que lo mantienen.
- 2) Formulación de hipótesis explicativas del problema.
- 3) Establecimiento de objetivos terapéuticos.
- 4) Selección de las técnicas de tratamiento.
- 5) Valoración de los resultados de la aplicación de tratamiento.

Además, en cualquier tipo de evaluación psicológica en el campo de las adicciones es imprescindible obtener información sobre aspectos relacionados con:

- 1) Nivel de gravedad de la conducta adictiva: problemas desarrollados en un periodo de tiempo más o menos extenso.
- 2) Problemas agudos que se presenten durante la intoxicación o la abstinencia y que aparecen detallados en la sección de *trastornos por uso de sustancias* en el DSM-5
- 3) Trastornos psicopatológicos
- 4) Estado psicológico del individuo
- 5) Evaluación neuropsicológica
- 6) Evaluación de los estados de cambio

Esta información puede obtenerse por medio de la entrevista conductual, la autoobservación y los instrumentos de evaluación estandarizados (entrevistas e informes).

Los estudios epidemiológicos, como hemos dicho anteriormente, muestran una elevada presencia de trastornos psicopatológicos (depresión, ansiedad, de personalidad y psicóticos) en pacientes con diagnóstico de abuso/dependencia de sustancias. A la hora de realizar la evaluación de este tipo de trastornos se necesita tener en cuenta la relación temporal entre el momento del consumo y la aparición y curso de estos síntomas con el síndrome de abstinencia o la intoxicación producidos por el consumo de drogas.

Para evaluar si existen trastornos mentales y del comportamiento comórbidos, se puede hacer uso de instrumentos genéricos. Entre dichos instrumentos destacan las entrevistas clínicas, los cuestionarios y algunas escalas específicas que mencionaremos para la evaluación de los trastornos adictivos.

Entre las entrevistas clínicas a destacar, podemos citar la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID I; First, Spitzer, Gibbson y Williams, 1998), el Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Robins et al., 1988), el Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN; Organización Mundial de la Salud, 1992) y el Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM; Hasin, Trautman, Miele, Samet, Smith y Endicott, 1996, adaptación en español de Torrens, Serrano, Astals, Pérez-Domínguez y Martín-Santos, 2004). Todas estas entrevistas abarcan los trastornos mentales y del comportamiento del eje I y del eje II.

Por otro lado, entre los cuestionarios generales que podemos mencionar, están el Cuestionario de 90 síntomas Revisado (Symptom Check List Revised, SCL-90-R; Derogatis, 2002), y el Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire, GHQ-28; Goldberg y Hillier, 1979).

Para la realización de una evaluación más exhaustiva en el contexto de las adicciones, podemos encontrar cuestionarios centrados en adicciones más específicas, como por ejemplo en la evaluación del consumo del alcohol, tales como la Evaluación General de Alcoholismo Crónico (CAGE; Mayfield, McLeod y Hall, 1974, validación española de Rodríguez-Martos, Navarro, Vecino y Pérez, 1986), el Test de Identificación de Trastornos por el Uso de Alcohol (AUDIT; Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente y Grant, 1993, adaptación española de Contel, Gual y Colom, 1999), el Cuestionario Breve para Alcohólicos (CBA, Feuerlein, 1976, adaptación española de Rodríguez-Martos et al., 1986), el Test de Alcoholismo de Munich (Munich Alcoholism test, MALT) (Feuerlein, Küfner, Ringer y Antons, 1979; adaptación española de Rodríguez-Martos y Suárez, 1984). Además de estos instrumentos, podemos también sugerir la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA; Guardia et

al., 2004). También existen instrumentos para evaluar la dependencia de la nicotina –Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina (FTND; Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991)- la dependencia de drogas ilegales –EuropASI (Bobes et al., 2007)- o la valuación del craving – Cuestionario de Craving (Weiss, Griffin y Hufford, 1995). También es de especial importancia la evaluación de la autoeficacia, debido a su prominente relación con el autoconcepto y con el consumo de sustancias psicoactivas, mencionando especialmente el Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD; De León, Pérez, Oropeza y Ayala, 2001).

2.5. Epidemiología

Como publica el Plan Nacional sobre Drogas (2013), que recoge los datos de la OEDT: Encuesta sobre alcohol y drogas en España, las sustancias ilegales consumidas alguna vez en la vida con mayor rango de consumo fueron el cannabis (27.4%), cocaína en polvo (8.8%), éxtasis (3.6%) y anfetaminas/speed (3.3%). Otras sustancias con datos a destacar son el alcohol (90.9%), tabaco (71.7%), hipnosedantes (19.6%) y los tranquilizantes (17.1%). La edad de inicio media de cada una de estas sustancias se sitúa en los 16 años para el alcohol y el tabaco, en los 18 para el cannabis, en los 20 para las anfetaminas, alucinógenos, heroína y éxtasis, y en los 21 para la cocaína en polvo, en los 22 para la cocaína base y en el caso de los hipnosedantes a los 34,5 años

En cuanto a la población general, Los datos demuestran que las drogas de mayor consumo son, por este orden, el alcohol (el 76,6% lo ha consumido en los últimos doce meses), el tabaco (40,2%) y los hipnosedantes (11,4%). La proporción de personas que consume hipnosedantes supera por primera vez a la de los consumidores de cannabis.. En cuanto a las diferencias de género, se da un mayor consumo entre los hombres, excepto en el caso de los hipnosedantes, donde la proporción de mujeres consumidoras duplica al de los varones. En el caso de la cocaína, la proporción de hombres cuadruplica a la de las mujeres, y en el del cannabis, esta proporción casi se triplica. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013)

A nivel europeo, según los datos Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA -, 2014) más de 80 millones de europeos adultos han consumido una droga ilegal en algún momento de su vida, lo que supone la cuarta parte de la población adulta. La mayoría indican haber consumido cannabis (73.6 millones), habiendo cifras muy inferiores a drogas como la cocaína (14.1 millones), las anfetaminas (11.4 millones) y el éxtasis (10.6 millones).

Respecto a la cocaína, la mayoría de consumidores que inician un tratamiento son varones (84%) jóvenes (14-35 años) de dos tipos: sin problemas de integración social o marginados que consumen la droga por vía parenteral o crack junto a otras sustancias.

Por otro lado, el consumo de heroína continúa siendo la responsable de la mayor tasa de mortalidad y morbilidad en relación al consumo de drogas en Europa, aunque atendiendo a la adicción en la última década, en términos generales parece ir disminuyendo la iniciación al consumo de esta droga. Con respecto al consumo de opiáceos se aproxima a 1.3 millones de consumidores en la UE (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA -, 2014).

La comorbilidad psiquiátrica de los consumidores incrementa la probabilidad de problemas laborales, deterioro neuropsicológico, disfunción social y pobre calidad de vida. En lo que respecta a esta última variable citada, diferentes estudios realizados por Martínez-González, Graña y Trujillo (2011) sugieren que una disminución en dicho nivel se relaciona con un aumento en las creencias irracionales sobre el craving. Hablando de comorbilidad, la patología dual, es el diagnóstico que presenta una mayor dificultad de tratamiento y un peor pronóstico. Dicha patología será desarrollada con mayor detalle en el siguiente capítulo.

2.6. Desarrollo de la dependencia: factores de riesgo y de protección.

El consumo de sustancias es un fenómeno universal que se da en todas las culturas. Además, afecta a numerosos individuos, que las utilizan en algún

momento de su vida. El paso del uso a la dependencia de las drogas no es un proceso inmediato, sino que supone un proceso mucho más complejo, que pasa por diferentes etapas (Becoña y Cortés, 2011, p.46)

- *Fase previa o de predisposición:* en ella resultan determinantes los factores de riesgo y de protección que aumentan o disminuyen la probabilidad del consumo. Estos factores los podemos clasificar en biológicos, psicológicos y socioculturales
- *Fase de conocimiento:* íntimamente vinculada a la disponibilidad de la sustancia en el contexto del individuo. Consiste en el conocimiento de la misma, y de sus efectos psicoactivos tanto de forma activa como de forma pasiva.
- *Fase de experimentación:* en este momento se produce el inicio del consumo de sustancias. En esta fase entran en juego una serie de factores de riesgo y protección (constitucionales, familiares, emocionales e interpersonales, e intelectuales y académicos) ligados a la adolescencia y a la adultez temprana.
- *Fase de consolidación:* periodo en el que se da un paso del uso a la dependencia. El proceso va a depender fundamentalmente de las consecuencias positivas o negativas asociadas al consumo, que estarán relacionadas con su familia, sus iguales y con la propia persona. En esta fase suele darse un aumento del consumo, además de producirse una transición a otro tipo de sustancias más peligrosas. Cuando se mantiene la dependencia en el tiempo, podemos hablar entonces de una adicción consolidada.
- *Fase de abandono:* requiere de la conciencia del individuo de que las consecuencias del consumo son más negativas que positivas. A esto se puede llegar por causas externas, presión contextual (de la familia, la pareja, situaciones legales o sanitarias), o internas. En esta fase es donde los distintos tratamientos para el abandono del consumo cobran una especial importancia, así como la consecución y mantenimiento de la abstinencia a largo plazo.

- *Fase de recaída*: bastante habitual en el proceso de abandono de sustancias, que puede producirse años después de haber consumido el último consumo.

La adolescencia es un periodo clave en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas. Durante esta etapa, tal y como señala Blakemore (2012) es característica la presencia de que el cerebro adolescente presente diferencias significativas en comparación con el cerebro adulto, que podrían aumentar la posibilidad de desarrollar adicción. Las principales características son una marcada actividad amigdalina en el sistema límbico que puede relacionarse con la sensación emocional de consumir una droga. Unido a esto, se produce un desarrollo incompleto de la corteza prefrontal, que como veremos más adelante, es una región crucial en el circuito de la recompensa y de la adicción. Dicho incompleto desarrollo de la corteza prefrontal implica la presencia de un mayor rango de conductas tanto impulsivas como compulsivas, que expone al individuo a desarrollar el trastorno.

Esta etapa se caracteriza así pues por una etapa de cambio y transición hacia la vida adulta que supone un autoconcepto más definido así como un aumento de las responsabilidades y requiere una mayor madurez tanto emocional como racional. Durante este periodo se produce la mayor prevalencia de consumo, pero la mayoría se trataran de consumos esporádicos que no desarrollaran adicción, considerándose por varios autores como parte del proceso de individualización (Becoña y Crotés, 2011, p.47).

2.6.1. Factores De Riesgo y Protección para las adicciones.

Según León Fuentes (1996) debe tenerse en cuenta que el problema de las drogodependencias no sólo se da en personas que a priori podrían considerarse como conflictivas, problemáticas o marginales, sino que en función de una serie de circunstancias contingentes, un adolescente o joven perfectamente integrado, con una personalidad aparentemente adaptada y comportamiento adecuado, puede iniciarse en el consumo, llegando incluso a convertirse en un problema.

Entendemos como factor de riesgo “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la posibilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)”.

Recogiendo los factores de riesgo y de protección propuestos por Becoña (2002), agrupamos estos factores implicados en el inicio y mantenimiento del consumo en cinco grandes grupos (citado en Becoña y Cortés, 2011, p.49): factores familiares, comunitarios, de compañeros/iguales, escolares y factores individuales.

Entre los factores familiares de riesgo destacarían una historia de consumo parental, baja supervisión familiar, conflictos o abusos, aprobación de actitudes antisociales, etc., mientras que con un apego seguro habría un mayor grado de implicación familiar, altas expectativas parentales y dinámica familiar positiva, constituyendo así, una serie de factores protectores frente a situaciones de riesgo de consumo de drogas.

La comunidad puede ejercer una influencia negativa si se encuentra en situación de deprivación económica y social y tiene una alta disponibilidad y accesibilidad a las drogas. De manera similar actuarían los iguales, pues un entorno con actitudes favorables al consumo y aprobación de conductas antisociales perjudicarán al individuo y facilitarán el consumo.

En cuanto a los factores de riesgo de compañeros e iguales encontramos actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo de drogas, compañeros que consumen drogas, conducta antisocial o delincuencia temprana, rechazo por parte de iguales, apego a los iguales que no consumen drogas, asociación con iguales que están implicados en actividades organizadas en la escuela, recreativas, de ayuda, religiosas u otras, resistencia a la presión de los iguales, especialmente a las negativas y no ser fácilmente influenciado por los iguales.

Por otra parte, la escuela puede ser un factor de protección en lo referido a las oportunidades de implicación prosocial y el clima positivo; sin embargo, el

bajo rendimiento académico, un clima reinado por conductas antisociales e incluso una escuela de gran tamaño, pueden constituir factores de riesgo al consumo.

Por último, y de manera especialmente destacable, los factores individuales tales como la resiliencia, la autoeficacia, las habilidades sociales, unas buenas expectativas hacia el futuro, un buen rendimiento académico y la capacidad de adaptación a los cambios ambientales constituyen grandes factores de protección frente a ciertos factores biológicos, psicológicos, conductuales y rasgos de personalidad que pueden ejercer influencias favorables hacia el consumo.

En lo referente a los factores biológicos, la mayoría de las investigaciones al respecto, se centran en el estudio de los genes, relacionados con el consumo de alcohol de los padres. Este tipo de estudios muestran que los hijos de alcohólicos en adopción tienen mayor riesgo de desarrollar alcoholismo que los hijos de no alcohólicos en adopción (McGue, 1994 mencionado en Becoña y Cortés, 2011, p.55). En los estudios con gemelos se encuentra una mayor concordancia entre los dicigóticos que entre los monocigóticos en el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Además, parece haber una mayor heredabilidad en la dependencia en el abuso (Pickens, Svikis, McGue, Lykken, Heston y Clayton, 1991; citado en Becoña y Cortés, 2011, p.56). Otros dos factores biológicos muy relevantes son la edad y el sexo, pues según indican los datos del Plan Nacional sobre Drogas (2008), la mayor prevalencia del consumo de sustancia ilegales suele pertenecer al grupo de varones, prioritariamente entre los 15 y 34 años (Becoña y Cortés, 2011, p.56). Estos datos corroboran que la etapa de la adolescencia constituye la de mayor riesgo de consumo.

En cuanto a factores psicológicos y conductuales, trastornos afectivos, de ansiedad, TDAH u otras conductas antisociales se consideran como factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas (p.56). Con respecto a la conducta antisocial, esta resulta en un factor íntimamente relacionado con el consumo de sustancias. Diferentes estudios muestran que la agresividad infantil y adolescente son predictores del uso y abuso de

sustancias (Ohannessian y Hesselbrock, 2008; Timmermans, Van Lier y Koot, 2008, mencionado en Becoña y Cortés, 2011). En este sentido, cuando la conducta agresiva se convierte en una estrategia de afrontamiento habitual, puede moldearse un estilo de personalidad que derive en un trastorno antisocial de la personalidad, en el que el consumo de sustancias es frecuente (American Psychiatric Association, 2002, extraído de Becoña y Cortés, 2011). También es destacable el estudio de las actitudes hacia el consumo, pues se ha mostrado que actitudes más favorables hacia el mismo, se relacionan con mayores distorsiones en la percepción de riesgo y creencias erróneas sobre los efectos de las drogas así como una mayor disposición hacia el consumo (Villa, Rodríguez y Sirvent, 2006; citado en Becoña y Cortés, 2011, p.58).

Los rasgos de personalidad han sido tradicionalmente uno de los factores que más interés han suscitado para su estudio y relación con las conductas adictivas. Esta posible asociación trata de predecir la aparición de consumo y mejorar tanto el tratamiento como la prevención (Becoña y Cortés, 2011, p.58).

Uno de los modelos más destacables en el estudio de la personalidad es el Modelo de los Cinco Grandes de Costa y McCrae, que trata de elaborar un perfil basado en las puntuaciones derivadas de los factores de neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad (Becoña y Cortés, 2011, p.58). Otros modelos importantes constituyen: el Modelo Alternativo de los Cinco Factores de Zuckerman y cols, el Modelo de los Tres Factores de Eysenck y el de Cloninger (Becoña y Cortés, 2011, p.58).

Un rasgo básico de personalidad directamente relacionado en las investigaciones sobre adicciones es la impulsividad, que suele incluir dos dimensiones: por un lado, la dificultad de demorar la recompensa y la necesidad de reforzamiento inmediato, y, por otro, la conocida impulsividad no planeada, que constituye una respuesta rápida y espontánea que suele relacionarse con el mantenimiento del consumo y un déficit subyacente a nivel de los lóbulos frontales (Becoña y Cortés, 2011, p.58). Asimismo, diversos estudios relacionan el consumo de mayor número de sustancias a un

incremento de la impulsividad y una menor percepción de riesgo (Becoña y Cortés, 2011, p.58).

2.7. El tratamiento de las adicciones

Existen numerosas formas de intervención en la enfermedad de adicción. Por un lado, encontramos numerosos programas de prevención, sobre todo orientado a los adolescentes. Según la Doctora Nora Volkow, el proporcionar a los adolescentes una información sin exageraciones, basada en evidencias sobre los efectos de las drogas, tiene como consecuencia un menor consumo, por lo que los programas de prevención funcionarían. La prevención tendría dos objetivos, por un lado, minimizar los factores de riesgo, y por otro aumentar los factores de protección. Volkow (2013) afirma que la adicción puede tratarse, siempre teniendo en cuenta que se trata de una enfermedad crónica, por lo que las intervenciones deberían ser permanentes, obteniéndose los mejores resultados en las intervenciones con seguimientos de cinco años. También se han visto resultados en aquellas intervenciones de un año en las que el individuo se mantiene en contacto con la intervención terapéutica, de manera más intensa en los primeros dos meses, y después de forma más esporádica.

Para realizar un buen tratamiento la persona no sólo debe de conseguir la abstinencia absoluta de todo tipo de sustancias psicoactivas sino que además debe de cambiar todos los comportamientos y actitudes, para no recaer siendo posiblemente la única manera de que desaparezca el craving totalmente.

La abstinencia mantenida se caracteriza como un proceso que suele tardar en aparecer en relación a la sustancia principal o secundaria motivo de consulta. Dicha tardanza impide la adecuada observación terapéutica, por lo que los diferentes cuadros clínicos que podrían describirse con mayor facilidad en situaciones de no concomitancia con las drogodependencias se presentan como un auténtico problema clínico de intervención. Por otro lado, existen personas con adicción que tienden a quedar atrapados en los centros de tratamiento, bajo la supervisión de si cumplen o no los programas de tratamiento. Muchos de estos pacientes creen que estos programas sólo tienen

un objetivo: controlar sus vidas, como por ejemplo, es el caso de los tratamientos de mantenimiento con metadona (Martínez y Trujillo, 2003, pág. 17).

Por ello, estos tratamientos sin un modelo terapéutico a la par, no pueden entenderse. Ha de plantearse poder alcanzar una serie de objetivos centrados en conseguir la abstinencia de cualquier tipo de sustancia psicoactiva. Para llegar a esto, se ha de plantear en primer lugar un cambio de estilo de vida, que como se ha mencionado anteriormente, correlaciona negativamente con el consumo de sustancias. La base en dicho cambio está en la presencia o no de otras psicopatologías y puede quedar afectado por la falta de motivación del paciente y por la dificultad que representa un cambio en los hábitos de vida para cualquier persona que padezca una psicopatología.

Otro proceso de crucial importancia, es la evaluación, anteriormente explicada. Para poder llevarla a cabo adecuadamente se precisa de un periodo de tiempo extenso. En muchos casos, se puede observar la presencia del cuadro psicopatológico tras haber alcanzado un cierto periodo de abstinencia.

De modo general, se puede optar por un periodo de fases de seguimiento en las que el sujeto debe ser consciente de que debe mantener la relación con el equipo terapéutico, para así atender cualquier incidencia que pudiera aparecer durante el mismo y reducir asimismo el número de recaídas (Izquierdo y Álvarez ,2014).

Carrascal y Álvarez (2002), el objetivo primordial del tratamiento no es la eliminación o la reducción de los efectos nocivos derivados del uso de sustancias, sino el capacitar al paciente para que pueda tener las mismas oportunidades de las que dispone su grupo de pertenencia. Se refiere a Vaillant (1983,1995) cuando afirman que a la hora de planificar el tratamiento más que puntuar en áreas problema para plantear prioridades terapéuticas, habría que considerar la dependencia como capaz de reflejar simultáneamente un hábito condicionado a una enfermedad (p. 13)

Proponen tres fases de tratamiento con unos objetivos determinados para cada una de ellas. (Carrascal y Álvarez, 2002)

- La desintoxicación terapéutica tendría como objetivo la entrada en un proceso de abstinencia completa de la sustancia, debe reunir unas condiciones de seguridad óptimas, de cara a prevenir posibles complicaciones y realizarse con el máximo confort y mínimo distress para el paciente. (Société Française d'Alcoologie, 1999)
- La deshabituación tiene por objetivo llevar a cabo el proceso de ruptura, no sólo con el aspecto comportamental del consumo, nsino intentando modificar las circunstancias y condiciones tanto personales como ambientales que contribuyen al mismo (Freixa, 1996)
- La rehabilitación que conducirá a recuperar las disponibilidades personales y las habilidades sociales que se han desestructurado o deteriorado con el consumo, tanto en los aspectos personales, comportamentales, de convivencia, de pareja, de familia, laborales y sociales (Freixa, 1996). En algunos casos puede tratarse de una auténtica habilitación, cuando debido al inicio precoz del consumo, estas habilidades sociales y personales no se hayan alcanzado.

Estos autores también entienden que el tratamiento debe ser a largo plazo, comprendiendo un tiempo no inferior a cinco años, ya que los estudios realizados no confirman que un tiempo de dos años sea adecuado como base para un pronóstico a largo plazo. Vaillant (1996b), encontró sólo un 9% de recídas después de cinco años. Es por esto, que el seguimiento de los pacientes debe realizarse y planificarse dentro de ese periodo con una intensidad diferente a lo largo del mismo, pero acorde a la evolución del paciente (p.14)

El abordaje del drogodependiente debe ser integral, abarcando desde una perspectiva biopsicosocial todas las esferas de salud, física, mental, familiar y de relación social y laboral.

Se debe priorizar el tratamiento específico de la enfermedad primaria en adicción, cuyo eje principal sería el grupo de discusión terapéutica, siendo a día

de hoy el instrumento más eficaz y potente que la ciencia médico-psicológica pone al alcance de los profesionales de las drogodependencias (Álvarez, 1999)

Dentro de este contexto se defiende un abordaje multidisciplinar. (Carrascal y Álvarez, 2002)

7.1. Modelo Transteorico De Prochasca Y Diclemente

Tradicionalmente el cambio de la conducta adictiva ha sido definido como el paso de una situación de consumo a otra de no consumo, desatendiendo los procesos que hacen posible esa transición. No obstante, la realidad clínica de las drogodependencias es bien distinta, como queda demostrado en los pacientes que acuden a los recursos asistenciales que no disponen de una predisposición adecuada que garantice poder iniciar y mantener cambios en la conducta adictiva. Con el tiempo, han ido surgiendo diferentes acercamientos conductuales, que han pasado a describir el cambio como un proceso continuo en el que se pueden perfilar y distinguir una serie de etapas. El modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente (1992) es el que más apoyo ha tenido en este sentido (Becoña y Cortés, 2011, p.65).

Este modelo es un planteamiento tridimensional que proporciona una visión global y diferenciada del cambio por medio de la integración de estadios, procesos y niveles de cambio. En ellos se integran una serie de características que se exponen y desarrollan a continuación:

- Estadios, se trata de los diferentes niveles de predisposición al cambio que puede mostrar una persona cuando se plantea modificar su conducta adictiva (Becoña y Cortés, 2011, p.65).
- Procesos, permiten conocer cómo se producen los cambios, incrementando el nivel de predisposición e incluyen el conjunto de actividades encubiertas o manifiestas para consolidar el nivel motivacional (Becoña y Cortés, 2011, p.66), por tanto, implican modificación de sentimientos, pensamientos y/o conductas a través de los estadios (II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, 2007, p.117)

- Niveles de cambio, hace referencia a qué cambiar para abandonar la conducta adictiva (II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, 2007, p.121; Becoña y Cortés, 2011, p.66)
- Centrándonos en Becoña y Cortés (2010), encontramos una serie de definiciones de los estados que aparecen en el modelo transteórico del cambio.
 - Estadio de precontemplación: la persona no es consciente ni se plantea que posea un problema y no invertirá tiempo ni energía en un posible cambio. En este punto, el paciente llegaría a consulta obligado y por presiones familiares o institucionales por lo que resulta de enorme transcendencia iniciar el trabajo a nivel motivacional (p.66).
 - *Estadio de contemplación: existe consciencia del problema y se valora la posibilidad de cambio intencional aunque no se lleva a cabo ninguna conducta que conduzca al abandono del consumo. La persona siente ambivalencia entre el balance de consecuencias positivas y negativas de la conducta adictiva y necesita hablar y comprender a fondo su situación (p.67).*
 - *Estadio de preparación: en este punto, la persona toma la decisión de cambio y lleva a cabo pequeños acercamientos hacia conductas que le lleven al abandono de la administración de droga. Se requieren cambios en el estilo de vida y en los sentimientos del paciente (p.67).*
 - *Estadio de acción: cambio importante en la conducta que se traduce a un abandono del consumo de droga (p.67). Requieren un gran compromiso y esfuerzo, y tiene lugar la abstinencia. El apoyo social y refuerzo positivo durante este periodo constituyen un aspecto crucial en el mantenimiento del abandono de la conducta adictiva (p.68).*
 - *Estadio de mantenimiento: consolidación de los logros y prevención de recaídas. La persona busca la estructuración máxima en su nuevo estilo de vida (p.68).*

El avance entre las etapas no tiene porqué seguir un orden lineal, pues durante el proceso se pueden observar periodos de consumo alternados con periodos de abstinencia, considerándose la recaída como retroceso a niveles anteriores (p.68). La recaída constituye una parte fundamental del proceso de cambio, y es indicativo de un fallo en las estrategias llevadas a cabo para el mantenimiento de la abstinencia, por lo que será necesario trabajar sobre los fallos y continuar el proceso hacia el cambio (Becoña y Cortés, 2010 p.69).

Para Prochaska y DiClemente (1992, 1993) una persona ha finalizado el proceso de cambio cuando ya no siente ningún tipo de deseo de consumir, en cualquier momento y situación, y cuando la autoeficacia (confianza y seguridad de no consumir) ha alcanzado su punto máximo (Becoña y Cortés, 2011, p.69).

En lo referente a los procesos de cambio, estos se definen como “una actividad iniciada o experimentada por un individuo que modifica el afecto, la conducta, las cogniciones o las relaciones interpersonales” (Prochaska y Prochaska, 1993, mencionado en Becoña y Cortés, 2011, p70.). Los procesos enunciados en el modelo son:

- *Aumento de la concienciación*: el paciente aumenta el análisis que realiza en función de los problemas asociados con su adicción y los beneficios que obtendría si modificara esos hábitos nocivos
- *Autorreevaluación*: una valoración afectiva y cognitiva de la conducta adictiva en función de cómo afecta esa conducta a sus valores y forma de ser, así como en lo referente a los beneficios que se derivarían del abandono de la conducta adictiva.
- *Reevaluación ambiental*: sería una valoración del impacto que produce el consumo de drogas en la gente que le rodea y en sus relaciones interpersonales además de cómo cambiarían, si dejara de consumir drogas.
- *Alivio dramático*: hace referencia a la experimentación y expresión de las reacciones emocionales derivadas de la toma de conciencia de las consecuencias negativas que se derivan del consumo de sustancias.

- *Autoliberación*: indica un compromiso personal en el que destaca un aumento de la capacidad de elegir y tomar decisiones desde la propia creencia de que uno mismo es un elemento esencial en su proceso de cambio. Además implica la creencia de que se pueden adquirir las habilidades necesarias para cambiar el hábito.
- *Liberación social*: al aumentar la capacidad de toma de decisiones, la toma de conciencia de la conducta adictiva, además de la voluntad social de combatirla.
- *Manejo de contingencias*: es una estrategia conductual que consiste en hacer aumentar o disminuir la probabilidad de ocurrencia de una conducta por medio del refuerzo o del autorefuerzo.
- *Relaciones de ayuda*: hace referencia al uso del apoyo social que posee la persona para superar su adicción. El paciente, de este modo, confiaría en alguna persona del entorno para abordar su problema
- *Contracondicionamiento*: consiste en la modificación de las respuestas condicionadas al consumo de drogas de tipo conductual, cognitivo y fisiológico. Lleva aparejada la consecución de conductas alternativas al consumo de drogas
- *Control de estímulos*: su principal característica es que la persona evita la exposición a situaciones de alto riesgo para el consumo.

Como indican Becoña y Cortés (2011), los procesos de cambio de carácter cognitivo se asociarían con los primeros estadios de precontemplación, contemplación y preparación –donde se produce un aumento de la concienciación, alivio dramático, reevaluación ambiental, autorreevaluación o autoliberación- donde destaca la inclusión de los procesos de cambio de representación conductual en los estadios de acción y mantenimiento –manejo de contingencias, relaciones de ayuda o contracondicionamiento-.

2.7.2. Intervención Cognitivo-Conductual

La terapia cognitiva, basándonos en las aportaciones de Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) citados por Tirado (2007), sería “un sistema de psicoterapia que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes, mediante la modificación del pensamiento erróneo o defectuoso y las creencias desadaptativas, que subyacen a estas reacciones”.

Este tipo de intervención aplicada a la población alcohólica puede ayudar a combatir la angustia emocional, así como a erradicar la falsa creencia de conseguir placer y/o alivio del malestar por medio del consumo. Además, este tipo de terapia permite trabajar sobre el control de impulsos y la depresión y/o ansiedad que en algunos casos son causa del consumo.

Sin embargo, este tipo de intervención no suele llevarse a cabo de forma aislada en el tratamiento del alcoholismo, de modo que muestran mejores resultados en combinación con las terapias conductistas. Estas técnicas de intervención son denominadas técnicas cognitivo-conductuales.

La aplicación de estas técnicas implica que el profesional trabaje conjuntamente tanto con el paciente y su familia de forma paralela, con el objetivo de que el paciente adquiriera un repertorio de conductas y de técnicas de resolución de problemas que lo lleven a tomar el control de su propia vida. Este proceso terapéutico persigue los siguientes objetivos:

- Identificar y diagnosticar correctamente la dependencia del paciente y sus posibles complicaciones orgánicas.
- Desarrollar estrategias terapéuticas eficientes para que el paciente comprenda su enfermedad y aprenda a vivir de manera satisfactoria sin consumir sustancias adictivas.
- Conseguir la reinserción personal, familiar, social y profesional del paciente para alcanzar una vida plena y satisfactoria en todos los ámbitos.

- Lograr que familiares y parejas puedan comprender esta enfermedad, participar activamente en la recuperación del paciente y normalizar la vida familiar.

Las terapias de orientación cognitivo-conductual son eficaces en el tratamiento de las conductas adictivas en comparación con otras modalidades terapéuticas y farmacológicas por separado, y su eficacia aumenta en tratamientos multicomponentes. Además, han demostrado ser más eficaces tanto aplicadas de forma individual como grupal. Este tipo de intervenciones psicológicas muestran mejores resultados dentro de programas multimodales, más amplios, donde el recurso a la farmacoterapia es necesario en muchos casos –ya que la adicción presenta un componente biológico que es altamente relevante- (Pereiro, 2010, mencionado en Becoña y Cortés, 2010).

Una vez que el individuo consigue mantener la abstinencia, debemos trabajar la resolución de problemas, la toma de decisiones, la organización y planificación del tiempo, etc., para poder ayudar a una óptima y plena incorporación a la vida cotidiana. Para ello, al paciente se le aísla de todos los estímulos evocadores de consumo, en un contexto en el que interactúa sólo con personas que tienen su misma condición, de forma que no dé lugar a desarrollar las conductas compulsivas e impulsivas características de la adicción.

En una fase inicial, el terapeuta incitará al adicto a iniciar la desintoxicación, es decir, el abandono del consumo, sometiendo este proceso a una estrecha supervisión médica y psicológica. Apoyándose en medicación para evitar la aparición del síndrome de abstinencia. Además, se emplean técnicas de deshabitación, debido a la alteración que se produce en los hábitos y actitudes del individuo. Esta etapa del proceso terapéutico consiste en identificar y sustituir hábitos alterados por otros adaptados, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y de este modo facilitar su integración en el entorno familiar, laboral y social. En este sentido, es destacable la evolución del paciente a medida que avanza la terapia, en el que va prescindiendo poco a poco del control externo, logrando una mayor responsabilidad, que va unida a un mayor autocontrol y una reducción del

autoengaño característico de estas personas. Así, se va produciendo un proceso de rehabilitación por el que el sujeto recupera o desarrolla habilidades. La principal herramienta de este proceso es la terapia grupal, que se complementa con visitas psicológicas individuales y otras actividades que se encaminan al control de impulsos, reducción de la ansiedad, control de horarios y mejora de habilidades de afrontamiento. La reinserción es el último eslabón del proceso terapéutico, donde se prepara al individuo para la vuelta a su entorno familiar y social, que es el objetivo final de dicho proceso. Para ello, se emplean sesiones de seguimiento terapéutico hasta alcanzar esta meta (Hernangil, Lastres y Varcancel, 2011).

Una vez que el individuo consigue mantener la abstinencia, debemos trabajar la resolución de problemas, la toma de decisiones, la organización y planificación del tiempo, etc., para poder ayudar a una óptima y plena incorporación a la vida cotidiana. Para ello, al paciente se le aísla de todos los estímulos evocadores de consumo, en un contexto en el que interactúa sólo con personas que tienen su misma condición, de forma que no dé lugar a desarrollar las conductas compulsivas e impulsivas características de la adicción y se vaya eliminando el autoengaño.

Uno de los componentes más importantes en la terapia cognitivo-conductual de cara al tratamiento de la adicción es la motivación. Para desarrollar pautas que motiven al paciente a la terapia, se ha de hacer referencia a las características del terapeuta, ya que algunas de ellas se encuentran relacionadas con la eficacia del tratamiento, sugiriendo que el estilo terapéutico es un determinante para el óptimo resultado de la terapia. (Tirado,2007)

El objetivo de esta forma de intervención, es por lo tanto, incrementar la motivación intrínseca del paciente, es decir, que el cambio provenga desde la persona en sí misma, en lugar de por objetivos externos. Miller y Rollnik (1991) proponen los que se consideran los cinco principios generales de la intervención motivacional, en los que se basan la mayoría de los tratamientos actuales en adicciones.

Expresar empatía: para ello es fundamental que se produzca escucha reflexiva, pues además de oír lo que el paciente dice, se debe proporcionar feedback al paciente por medio de las respuestas, haciendo que éste se sienta comprendido. Esto facilita un proceso de aceptación y reconocimiento en el paciente que puede facilitar el cambio. Por último, es muy importante informar al paciente de que se pueden producir procesos de ambivalencia, de modo que ante un retroceso en la terapia no haga decaer todo el trabajo conseguido anteriormente.

- 1) Desarrollar discrepancia: para ello, hay que concienciar al paciente de la importancia de las consecuencias de sus actos. Una forma de hacerlo, sería indicando la diferencia entre una conducta presente y una conducta meta, de modo que motive el cambio al paciente. además de esto, el enfermo debe exponer sus razones para el cambio, de cara a tomar conciencia de su propia motivación para este cambio
- 2) Evitar el enfrentamiento: una pugna entre terapeuta y paciente es contraproducente. Se aconseja que si apareciera alguna señal de resistencia, ésta sería indicadora de que se debe de variar la estrategia de intervención. Además de esto, se debe evitar el etiquetado, ya que es innecesario.
- 3) Manejar la Resistencia: mediante un buen control de esas señales de resistencia se puede conseguir cambiar las percepciones que el paciente ha anunciado previamente. Dicho control puede tomarse mediante el ofrecimiento de nuevas perspectivas. Para buscar nuevas formas de estrategias, se aconseja indagar en las características individuales del paciente, pues éste es un recurso muy valioso para encontrar soluciones a sus problemas.
- 4) Apoyar la autoeficacia: se debe potenciar la creencia de que se puede cambiar, ya que es un factor motivacional muy importante. No hay que olvidar que es el propio paciente el responsable de la elección y desarrollo de su propio cambio.

Para llevar a cabo la intervención motivacional, se aconsejan algunas estrategias básicas, como realizar preguntas abiertas, de gran utilidad en

pacientes que se encuentren ambivalentes –los cuales son la mayoría al principio del tratamiento-; escuchar reflexivamente, ya que como se ha mencionado anteriormente, hace que el paciente se sienta comprendido por el terapeuta; afirmar, ya que proporciona comprensión a lo que el paciente emite; resumir, que puede servir de ayuda para que el paciente visualice el tema tratado en la consulta, realizando una valoración de los aspectos positivos y negativos de la situación en la que estuviera inmerso, y, permitiéndole, de esta forma al paciente de corregir o añadir comentarios realizados por el profesional. Por último, se sugiere la evocación de frases automotivacionales, que tengan que ver con el reconocimiento del problema, expresión de preocupación, intención del cambio u optimismo hacia éste. Por medio de estas frases, el profesional podrá valorar la situación actual con respecto al cambio que se produce en el paciente.

Además, para una correcta intervención, se aconseja que durante la comunicación terapeuta-paciente no se caiga en “trampas” por ambas partes, que causen distanciamiento o confrontación como la de la pregunta-respuesta, la de la confrontación-negación; la trampa del experto; la del etiquetado o la del foco prematuro.

2.7.2.1. Entrenamiento en Habilidades Sociales

El entrenamiento en habilidades sociales es un procedimiento cognitivo-conductual de amplio rango que cuenta con un gran fundamento el tratamiento del uso de sustancias, en especial del alcohol (Secades y Fernández, 2001) y de la cocaína (Carroll, 1998, mencionado en Becoña y Cortes, 2010).

La principal premisa sobre la que se apoya este tipo de procedimiento es que las deficiencias en ciertas habilidades interpersonales pueden dificultar a las personas con problemas de adicción, por lo que estos programas emplean un conjunto de técnicas dirigidas a incrementar dichas habilidades de afrontamiento. Los aspectos centrales en este modo de intervención incluyen las habilidades interpersonales, el afrontamiento de estados cognitivo-emocionales, afrontamiento de eventos vitales estresantes y el afrontamiento

de situaciones de uso de sustancias (Monti, Rohsenow, Colby y Abrams, 1995, citados en Secades y Fernández, 2001).

En especial, la asertividad es uno de los componentes más desarrollados en este tipo de entrenamientos a la hora de tratar las adicciones. Como indica Marcuello (s. f.), la asertividad es un comportamiento verbal (lo que se dice) y no verbal (cómo se dice), que defiende nuestros derechos personales al mismo tiempo que se respetan los derechos de los demás. Mediante la conducta asertiva, se expresan directamente sentimientos, ideas, opiniones o derechos sin amenazar o manipular la opinión de otros. Entre sus principales características se encuentran la presencia de un tono de voz firme, con un discurso calmado. A la vez, se debe mantener el contacto visual y adoptar una postura corporal firme pero a la vez relajada.

Marcuello (s. f.) en su artículo “La Asertividad. Técnicas para decir “no” al consumo de drogas” señala algunas formas de desarrollar la respuesta asertiva de forma eficaz, mediante diferentes ejemplos. Entre los más destacados se encuentran el disco rayado, el banco de niebla o para ti-para mí. En todas ellas se enfatiza la decisión de negar el consumo ante situaciones de presión de grupo.

2.7.2.2. Prevención de recaídas

Otra técnica reconocida en la intervención cognitivo-conductual es la prevención de recaídas. Becoña y Cortes (2010), parte de la hipótesis de que el sujeto vuelve a consumir una sustancia debido a que ante una situación de riesgo no dispone de las estrategias de afrontamiento adecuadas para mantener la abstinencia. De este modo, si un individuo ante una situación de riesgo emite una respuesta adecuada que evite el consumo, la sensación de control y de autoeficacia percibida se incrementarán y con ello, la probabilidad de abandonar el consumo.

La intervención se basa en el aprendizaje e identificación de las situaciones y pensamientos y/o emociones que pueden llevar al consumo, y en la manera de afrontarlos adecuadamente para evitar la recaída, Así, las

principales técnicas cognitivo-conductuales que se incluyen en los programas de prevención de recaídas son: identificación de las situaciones de alto riesgo de consumo, autorregistro y análisis funcional del consumo de drogas, entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante el consumo, estrategias para el afrontamiento del craving, diferencia entre caída (consumos aislados) y recaída, detectar y afrontar los pensamientos asociados al consumo y entrenamiento en solución de problemas (Marlatt y Donovan, 2005, mencionado en Becoña y Cortés, 2010, pág. 159).

Se señala el Modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (1985) mencionado en Tirapu, Landa y Lorea, (2003), como un instrumento de trabajo bastante aceptado en los programas de rehabilitación para las conductas adictivas. Es un tratamiento de corte cognitivo-conductual basados en la teoría del aprendizaje social de Bandura (1977), que postula que entre el estado de abstinencia de una persona adicta en recuperación y la ocurrencia de una recaída hay una situación de alto riesgo, definida como cualquier situación que pueda representar una amenaza para la sensación de control de individuo y aumente el riesgo de recaída. Los autores identifican hasta tres situaciones asociadas a la mayoría de las recaídas: los estados emocionales negativos, los conflictos interpersonales y los contextos de presión social. Cualquier déficit en el manejo de alguna de estas tres situaciones incrementaría la posibilidad de volver a consumir sustancias, ocurriendo una recaída.

La intervención a través de este modelo puede estar complementada con técnicas de corte cognitivas para el tratamiento del uso de sustancias, centrándose en el craving o para la prevención de recaídas, mediante el empleo de técnicas encaminadas al desarrollo de la concienciación y aceptación de los pensamientos, sentimientos y sensaciones para hacer frente a situaciones de alto riesgo de consumo. De esta forma, Los pacientes son entrenados en el reconocimiento precoz de las señales de peligro, tanto de estímulos externos como internos, asociados al consumo, así como el incremento de la adopción de un actitud objetiva, de monitorización, de las

contingencias que las acompañan (Blasco, Martínez-Raga, Carrasco y Ditia-Attas, 2008).

Aun así, más que una técnica de tratamiento en sí, se ha utilizado más como un método de afrontamiento de las recaídas en general dentro de otros programas cognitivo-conductuales más amplios.

2.7.2.2.1. Teoría De La Autoeficacia De Bandura

Muy relacionado con la conducta de la adicción y la prevención de recaídas encontramos el concepto de autoeficacia. Debido a ello, es de obligada mención resaltar la teoría de Bandura (1977) que divide las expectativas de autoeficacia y de resultados, fundamental su incidencia a lo largo de las etapas de cambio. La autoeficacia predice el potencial de una persona en un determinado momento y precipita conductas motivadas a la superación, siendo en el caso de las adicciones inversamente proporcional a la magnitud de la tentación, y va aumentando conforme se avanza de etapa, alcanzando su máximo en la etapa de mantenimiento (Becoña y Cortés, 2011, p.76).

De un modo u otro, la autoeficacia percibida depende de los rasgos de personalidad, existiendo una relación inversa entre la autoeficacia y la gravedad de los trastornos de personalidad (Eje II), excepto en el trastorno obsesivo-compulsivo que opera en sentido contrario. El peso de la autoeficacia correlaciona en las primeras fases del tratamiento, pero no así con las fases más avanzadas, donde los rasgos de personalidad juegan un rol más determinante (Chicharro, Pedrero y Pérez, 2007, mencionado en Martínez-González, 2011, pag.169).

La percepción de eficacia personal afecta a la motivación y a la conducta, de manera que la baja autoeficacia se relaciona con la dificultad para lograr la abstinencia y con la recaída (Marlatt y Gordon, 1985; Marlatt y Donovan, 2005; citado en Becoña y Cortés, 2011, p.77) así como con el afrontamiento del craving (Martínez y Verdejo, 2011; 2012). Por tanto, se entiende que en relación a las etapas de Prochaska y DiClemente, los

precontempladores serían los pacientes con menor nivel de autoeficacia, aumentando conforme avanza a lo largo de las etapas y alcanzando sus niveles más altos en la fase de mantenimiento. Esto influye en la percepción de la propia capacidad para superar la adicción.

2.7.3. Terapia Grupal

Como hemos mencionado anteriormente, la intervención grupal es el pilar fundamental del tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol, entre otros tipos de dependencia. Este tipo de intervención implica una postura activa del paciente y fomenta la interacción entre los componentes, lo que implica un entrenamiento en habilidades sociales y un cambio de conducta.

Los objetivos generales que se persiguen para el trabajo con drogodependencias son los siguientes:

- Aumentar la motivación para el cambio
- Encontrar alternativas de conducta
- Asumir responsabilidades
- Informar sobre el problema
- Aumentar autoestima y autoeficacia
- Regenerar canales de comunicación, etc.

A su vez, los grupos deben cumplir una serie de principios básicos para su correcto funcionamiento: cohesión, modelado, retroalimentación, evaluación, reforzamiento e información.

Es importante destacar el papel de los grupos de autoayuda. Estos grupos son dirigidos por terapeutas y co-terapeutas, y permiten una colaboración activa y continua de los implicados, por lo que son de gran aceptación en el tratamiento del alcoholismo a lo largo del siglo pasado y en la actualidad. Los diferentes grupos que se formaron con el principal objetivo de autoayuda son: la Cruz Azul, la Cruz de Oro, Vida Libre, Alcohólicos Anónimos y Alcohólicos Rehabilitación. Katz y Bender (1976) citados por Tirado (2007)

apuntan que estos grupos surgen como resultado de desesperanza producida por la desesperación y deshumanización de la sociedad actual.

La implicación, coordinación, el apoyo mutuo y el trabajo conjunto entre los profesionales y los usuarios/as son la, exigencia institucional para llevar a cabo los tratamientos, ya que se ha demostrado a través de la experiencia, que los grupos por sí solos carecen de rigor científico, y que por el contrario el trabajo técnico, de forma aislada, estaría incompleto para llevar a cabo con mayor éxito la desintoxicación, rehabilitación y normalización de los pacientes alcohólicos.

El trabajo de los profesionales aporta los conocimientos y dirige el tratamiento general, siendo la terapia grupal de autoayuda complementaria al tratamiento realizado por los terapeutas. A su vez, estos profesionales organizan unas pautas de trabajo y objetivos grupales.

Por otro lado, las ventajas que se pueden conseguir con las terapias de autoayuda son las que se enuncian a continuación.

- Coordinación y comunicación entre terapeutas y monitores de autoayuda
- Favorecen la objetividad con respecto a los pacientes al tener distintos puntos de vista
- Posee una mayor información de todos los pacientes en cuanto a evolución en el tratamiento.
- Facilitar la incidencia en temas que el terapeuta considera de interés a tratar por el monitor y viceversa.
- La responsabilidad para con los grupos es compartida
- Favorecen la dinamización de los grupos.
- La conciencia de enfermedad está presente al ser mayoritariamente en presencia del monitor de autoayuda.

La organización de estos grupos varía ligeramente, aunque el grueso del proceso puede extrapolarse de un grupo a otro. La persona adicta al alcohol, que pensaba que era la única persona en sentir obsesión por el alcohol, encuentra en estos grupos (normalmente por primera vez), hombres y mujeres

que comprenden absolutamente su enfermedad que le confirman que se trata de una enfermedad, percibiendo que existe una salida.

Los miembros del grupo tienen la función de acoger al recién llegado. El éxito depende de la acogida y compenetración que se sepa transmitir al paciente. El monitor y/o terapeuta que dirija el grupo, debe estar dotado de una serie de habilidades al igual que ocurre con la intervención individual

De forma general, podemos afirmar que la terapia grupal posibilita trabajar los objetivos que se plantean para el tratamiento de los pacientes que asisten a los centros de drogodependencias, haciendo posible llevar a cabo una serie de programas (como entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento asertivo, resolución de problemas, relaciones de pareja, prevención de recaídas técnicas de control de impulso, manejo de la ansiedad etc.), que se ven favorecidos al intervenir de forma grupal, debido a que incrementa la motivación para el cambio, aumenta la retroalimentación, refuerza el trabajo individual tanto a nivel personal como de consulta clínica, aumenta el aprendizaje positivo, favorece la identificación del problema, etc.

2.7.3.1. El Modelo Minnesota

Dentro de la terapia grupal es importante explicar este modelo. Se trata de un enfoque para la recuperación de adictos con un abordaje integral y multidisciplinario, lo que significa que incluye el acompañamiento de profesionales como Psiquiatra, Psicólogo, consejeros en dependencia química que colaboran en la definición del camino de la recuperación

Surge en el encuadre de un modelo médico a partir de la llamada Experiencia Minnesota. Entre 1948 y 1950 se fundaron tres centros de tratamiento de alcohólicos en el estado de Minnesota, USA: Pioneer House, Hazelden y el Willmar State Hospital. Hazelden Farm fue creado en el año 1949 por Austin Ripley y un grupo de alcohólicos anónimos recuperados (Carreras, 2011).

En 1966 se producen cambios en el enfoque de Alcohólicos Anónimos, y aunque los ex-adictos y consejeros siguen participando, aparecen en el

tratamiento equipos interdisciplinarios profesionalizados formados por psicólogos, clero, servicios de atención a las familias y una unidad médica integral. A este enfoque se le conoció como el Modelo Minnesota.

En el Hazelden Farm se adoptaron algunos de los principios desarrollados a lo largo de los años 50 en otra institución de Minnesota, el Willmar State Hospital:

- El alcoholismo existe. Esta condición es algo más que un síntoma de algún trastorno subyacente. Merece ser tratada como una enfermedad primaria.
- El alcoholismo es una enfermedad. Los intentos de reprender, avergonzar, o regañar a un alcohólico para conseguir la abstinencia son esencialmente inútiles. En su lugar, podemos ver al alcoholismo como una discapacidad involuntaria, una enfermedad y tratarla como tal.
- El alcoholismo es una enfermedad multifásica. Los alcohólicos sufren de una enfermedad que afecta física, mental y espiritualmente. Por lo tanto el tratamiento para el alcoholismo será más eficaz cuando se tengan en cuenta estos tres aspectos.

En este modelo inicialmente fue un programa de atención para alcoholismo, pero muy pronto se propuso también como tratamiento para el abuso y la dependencia de otras drogas. Al considerar la adicción como una enfermedad, no se responsabiliza a la persona que la sufre. La enfermedad es considerada incurable y se prescribe la necesidad de un cuidado continuado a lo largo del tiempo para lograr la recuperación. Desde esta perspectiva es fundamental trabajar primero con la adicción ya que si no, se pierde la recuperación de trastornos psiquiátricos o la modificación lograda de problemas sociales y/o físicos. Y a la inversa, ayudar a alguien a aceptar y afrontar realista y honestamente la adicción y no ayudarle a manejar otros problemas vitales agobiantes, resultaría en un fracaso. Las consecuencias asociadas con la adicción se agruparon como multifacéticas, de índole física, psicológica, social y espiritual. El tratamiento es la intervención directa sobre el proceso primario.

Esta fue la idea radicalmente nueva, sobre todo para los profesionales que aprendieron que la adicción siempre era un síntoma de alguna situación subyacente.

2.7.4. Intervención con la familia

Además, en el tratamiento de las personas adictas a sustancias psicoactivas, cobra gran importancia la intervención con la familia. Esta terapia facilitaría la recuperación de la persona adicta por medio de intervención familiar, ya que al ser el núcleo de referencia del paciente, se encuentra normalmente involucrada en el tratamiento de las personas con adicción. Por medio de este tipo de intervención se pueden identificar más fácilmente los patrones de conducta que puedan ayudar al adicto a mantener su conducta, de forma que se puedan erradicar y posibilitar la cura (Cancrini, 1991, mencionado en Tirado, 2007).

Además, en la unidad familiar se puede percibir un sufrimiento relacionado y producido por la conducta del adicto sobre los demás miembros de la unidad familiar a la que pertenece. El entorno familiar suele presentarse dolido, percibiéndose a sí misma como víctima de la situación. Normalmente es este entorno quien demanda el tratamiento, haciendo que el paciente, acepte la ayuda por compromiso y respondiendo más por presión, que por su propio bienestar. En otras palabras, no percibe ni siente la necesidad de cambio debido al grado de autoengaño que posee. Así, es importante considerar quién es la persona que pide ayuda, siendo de crucial importancia atender a estos puntos:

- Incluir a la familia como elemento fundamental en colaboración con el terapeuta
- Que cada miembro de la familia defina el problema y explique cómo ha vivido esos años de enfermedad
- Refundir la información generando una hipótesis con los cambios concretos a conseguir
- Establecer conclusiones

Para desarrollar este tipo de intervención y poder comprender el proceso evolutivo en el que se encuentra la familia y la persona adicta a sustancias, es necesario que contextualicemos el ciclo vital de la familia. Las familias, en general, atraviesan a lo largo de su curso por diferentes etapas, con sus propias características y objetivos. En cada una, es necesario desarrollar estrategias, cuya principal función es conseguir el mayor nivel de adaptación posible en función de las exigencias del desarrollo de los miembros que componen la familia, además del medio en el que viven. Esto significa que una vez adaptados a un determinado momento evolutivo, el individuo y la familia aprenden una forma de funcionar que les permite la estabilidad necesaria para lograr el desarrollo y cumplimiento de objetivos de ese momento evolutivo. Asimismo, esto indica los cambios que hay que seguir e introducir para adaptarse al crecimiento o a los requerimientos del medio que desestabilizan a la familia –el consumo de drogas reiterado-, situándola en una situación de crisis: si esto pasara, se desarrollarían las conductas aprendidas, de modo que si fueran insuficientes, habría que generar o adoptar nuevas reglas de funcionamiento. Unido a esto, durante la crisis se ponen en cuestión todos los principios y reglas que fueron útiles en la etapa anterior, predominando la necesidad de adaptación cambio.

Al superar la crisis, se logra un estado de equilibrio en el que se pueden desarrollar las actividades corrientes. Para regular el equilibrio, Steinglass (1989), mencionado en Tirado, (2007) propone tres clases de mecanismos que se desarrollan a continuación:

- a) *Rutinas Cotidianas*: actividades estructuradas que proporcionan sensación de seguridad y confianza –organización de comidas, del tiempo, ritmos circadianos...
- b) *Rituales de la Familia*: procesos de conducta bien delimitados en el tiempo, con un comienzo y un final claros que no se pueden interrumpir mientras se desarrollan: celebraciones familiares, ocio y tiempo libre, etc.
- c) *Episodios de Solución de Problemas a Corto Plazo*: conductas que ayudan a la estabilización de la familia después de una situación difícil.

Cuando la familia atraviese una crisis de ciclo vital, se deben revisar estos mecanismos reguladores y ajustarlos, a la nueva situación. No olvidar que la finalidad es que se mantenga el equilibrio interno de la familia. Para ello, se persiguen una serie de objetivos de tratamiento, que son establecidos con la familia, y que serían los siguientes:

- Definir los objetivos en forma de conductas concretas y observables
- Establecer las prioridades fortaleciendo las aptitudes del paciente y la familia.
- Atender y resolver la aparición de conflictos escondidos.
- Repartir las responsabilidades fomentando que el paciente adquiera autonomía personal en la dinámica de la familia.
- Planificar actividades sencillas y cotidianas.

2.8. Adicciones sin sustancia

A pesar de no ser objeto de este estudio, no podíamos dejar de hacer referencia a las adicciones sin sustancia. Dado que la conducta adictiva se caracteriza por la pérdida de libertad interior y de control de la persona, lo que definiría a la persona adicta sería la falta de control y la dependencia. (León Fuentes, 1996; Echeburúa, 2000). Por lo tanto, Cualquier actividad normal percibida como placentera es susceptible de convertirse en una conducta adictiva.

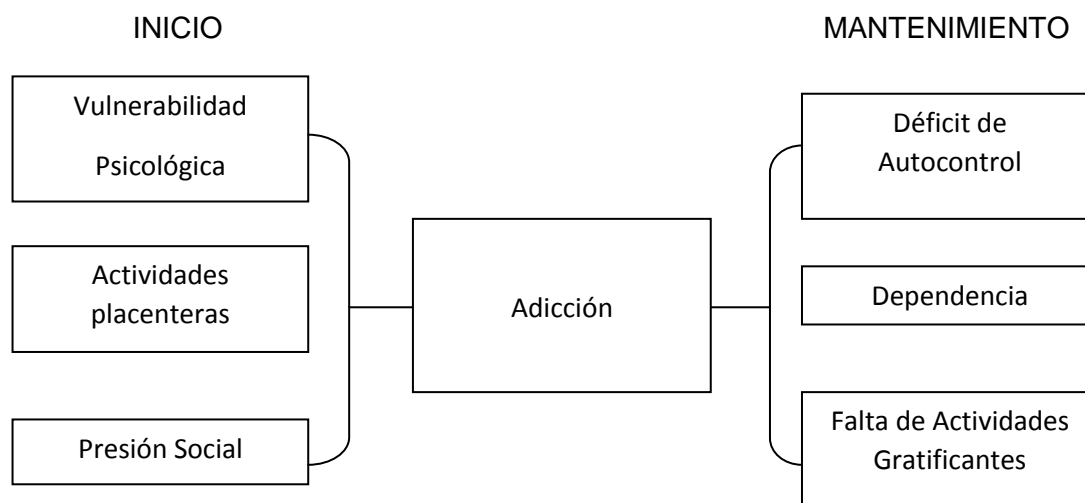
Existen hábitos de conducta aparentemente inofensivos que, en determinadas circunstancias, pueden convertirse en adictivos e interferir gravemente en la vida cotidiana de las personas afectadas (Echeburúa y Corral, 1994; Mellody, 1997). Según Echeburúa (2000) los límites entre una conducta normal y adictiva serían:

- Una pérdida de control al realizar una determinada conducta
- Fuerte dependencia psicológica
- Pérdida de interés por otras actividades que anteriormente eran gratificantes para el sujeto
- Interferencia grave en la vida habitual del sujeto.

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

Por lo tanto, podría definirse la adicción sin sustancia como “cualquier conducta normal que produzca en el sujeto una pérdida de control a pesar de las circunstancias negativas que para su vida afectiva, laboral y social conllevan dichas actividades comportamentales.

Con respecto al inicio y mantenimiento de las adicciones comportamentales, dependerían de los siguientes aspectos (Echeburúa, 2000)



Aunque las toxicomanías y las adicciones sin sustancias son similares, estas últimas no aparecen reconocidas en las clasificaciones CIE ni DSM. En ambas se emplea el término adicción para referirse a las provocadas por el uso repetitivo y continuado de una determinada sustancia. En lo referente a estas clasificaciones, en la CIE-10, sólo se incluye el juego patológico, y en la DSM-5, se hace referencia a la misma patología con el nombre de Ludopatía.

En cuanto a la clasificación, y considerando que cualquier conducta placentera puede convertirse en adictiva, podemos hablar de adicción al juego, al sexo, a la comida, a las compras, a internet, al móvil, al ejercicio físico y al trabajo (Alonso-Fernández. 1996; Echeburúa, 1999).

3. CAPITULO TERCERO: PATOLOGÍA DUAL.

3.1 Definición y aproximación a la patología dual.

El término “diagnóstico dual” no se encuentra reconocido oficialmente en ninguna de las dos clasificaciones de los trastornos mentales más utilizadas (DSM y CIE).

La patología dual indica la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por consumo de sustancias. La Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) afirma que se puede definir como “una enfermedad que designa la existencia simultánea de un trastorno adictivo y otro trastorno mental, o la intersección de ambas disfunciones”. (Szerman 2010) En la terminología anglosajona se utiliza con mayor frecuencia el término “diagnóstico dual”, que hace referencia a dos diagnósticos independientes, sin hacer referencia a la forma en que ambos se relacionan.

La patología dual es por lo tanto un subtipo de comorbilidad, que indica la coexistencia de dos trastornos en una misma persona pero sin establecer una relación causal, es decir sin determinar cuál es el trastorno primario y cuál el secundario. (Del Nogal, 2015)

A pesar de la inexactitud que supone este término, surge de la necesidad de “describir una patología prevalente, con unas características diagnósticas, pronósticas y terapéuticas muy específicas, y que constituye un importante problema sanitario en los países desarrollados” (p.135)

El término “patología dual” está más cercano al modelo de vulnerabilidad genética y biológica, que afirma que hay personas con una determinada predisposición a diferentes fenotipos psicopatológicos, a la existencia de alteraciones que hace a las sustancias más placenteras que pueden no darse en otros individuos. Según el modelo, dichas deficiencias –genéticamente determinadas- son corregidas por el uso de sustancias, conduciendo a la automedicación, entre otras consecuencias. (Szerman, 2010)

Los pacientes que padecían este tipo de diagnóstico normalmente eran rechazados en algunos centros asistenciales, siendo en muchos casos, ignorados. El perfil de este tipo de individuos es el de una persona con adicción a sustancias psicoactivas que suelen presentar un trastorno del Eje I en su fase aguda, es decir, cuando llega a una situación límite personal (Becoña y Cortés, 2010, pag. 97). Estos pacientes “duales” suponen una gran dificultad, tanto a nivel clínico como social, siendo un reto para los sistemas de atención (Torrens 2008).

Lo que sí parece claro es que en los pacientes con patología dual, existen dos trastornos que se relacionan de manera estrecha y bidireccional. Según Del Nogal (2015), el trastorno por uso de sustancias incidiría sobre los síntomas psiquiátricos del trastorno mental, influyendo este a su vez, en el trastorno por uso de sustancias, lo que plantea dificultades, no sólo en la evaluación y en el tratamiento, sino a la hora de explicar la relación entre ambos trastornos (p.25).

Del Nogal (2015), explica tres formas posibles de relación entre ambos trastornos:

- El trastorno mental se produce como resultado de la acción directa de la sustancia en el Sistema Nervioso Central, por lo que hablaríamos de una psicopatología asociada a los cuadros de intoxicación o síndrome de abstinencia a una sustancia (p.25)
- El trastorno mental es causado por una enfermedad física secundaria al consumo crónico de drogas
- El trastorno psiquiátrico y el consumo de drogas son concomitantes, coexisten con el tiempo y es difícil determinar si ambos surgieron a la vez o si existe uno primario y otro secundario

Mientras que en los dos primeros casos hablaríamos de trastornos inducidos por sustancias, en el último los haríamos de patología dual.

3.2. Modelos explicativos:

En el ámbito de la patología dual se manejan diferentes hipótesis. Una de ellas es la denominada hipótesis de la automedicación, descrita por primera vez por Khantzian (1985), según la cual el consumo de un determinado tipo de sustancia de abuso tendría su punto de partida en un autotratamiento de un trastorno psicopatológico previo. La segunda posición está representada entre otros por Miller (1993), que sitúan los trastornos psiquiátricos como consecuencia de la problemática adictiva.

De manera más reciente, Sher y Trull (2002) citado en Peris y Balaguer (2010), indican que hay tres hipótesis que explicarían la comorbilidad entre los trastornos de personalidad y los trastornos por uso de sustancias, si bien afirman la posibilidad de que los tres modelos sean ciertos en mayor o menor grado:

- Trastornos por uso de sustancias y Trastornos de Personalidad son causados por una influencia común (factores genéticos, trauma infantil temprano, etc.): se afirma que el consumo de sustancias y la psicopatología, se originan a partir de factores de riesgo comunes a ambos tipos de trastornos, ya sean biológicos, psicológicos o sociales. Con respecto a los factores de vulnerabilidad biológica se han considerado diversas alteraciones en los sistemas de neurotransmisores opiáceos, endocannabinoides dopaminérgicos y colinérgicos – nicotínicos así como complejas interacciones entre ellos que podrían estar en el origen de diversos síntomas psiquiátricos y también facilitar el desarrollo de adicción.
- Los Trastornos de Personalidad causan Trastornos por Uso de Sustancias: el uso de sustancias sería una consecuencia de la psicopatología previa, donde se encuadraría la hipótesis de la automedicación –en la cual la persona que padece un determinado trastorno psiquiátrico aprendería a consumir por ensayo y error determinadas sustancias para paliar los síntomas del trastorno, como por ejemplo, alcohol para relajarse y cannabis para dormir-.

- Los Trastornos por Uso de Sustancias causan los Trastornos de Personalidad; los trastornos de personalidad se precipitan como consecuencia del efecto neurotóxico de las sustancias. Según esta aproximación, el efecto de las sustancias de abuso produce efectos neurobiológicos que incrementan la vulnerabilidad para desencadenar posiblemente trastornos mentales. Dicha vulnerabilidad va incrementándose, a medida que la neuroadaptación al efecto de las drogas va tomando forma en las vías cerebrales del estrés y de la recompensa asociada al estrés crónico, que sumado a la impulsividad, predisponen la citada vulnerabilidad hacia la patología dual.

Por lo tanto, los trastornos duales son reflejo de al menos cuatro posibilidades (Brady y Sinha, 2005):

- Las distintas combinaciones de trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos pueden representar dos o más condiciones independientes, con sus respectivos cursos clínicos y necesidades de tratamiento. Esta combinación puede ocurrir por “casualidad” o como consecuencia de compartir los mismos factores predisponentes
- El primer trastorno puede influir en el desarrollo de un segundo trastorno, de forma que éste siga un curso independiente o causar un cambio fisiológico permanente que origine un trastorno permanente. Esto también podría producirse de forma contraria, cuando a lo largo de la enfermedad psiquiátrica se desencadena una conducta de consumo que deriva en un Trastorno por uso de sustancias que evoluciona de forma independiente.
- El consumo de sustancias puede paliar la sintomatología psiquiátrica de un trastorno que no es diagnosticado o tratado convenientemente.
- Algunos síndromes pueden ser cuadros psiquiátricos temporales, como psicosis parecidas a esquizofrenia, como consecuencia de intoxicaciones con tipos específicos de sustancias (por ejemplo, psicosis en intoxicaciones por estimulantes) o abstinencia (por ejemplo, depresión en la abstinencia de estimulantes).

Existen otros modelos explicativos que pretenden analizar la relación entre los componentes de esta dualidad. Para exponerlos seguiremos a Del Nogal (2015) y a Rubio, López, Álamo y Santo, (2001)

3.2.1. Modelo Cronológico:

Pretende distinguir entre trastorno primario y secundario, determinando cuál de los dos trastornos hizo su aparición primero. Existen tres posibilidades al respecto:

- Un trastorno aparece claramente antes que el otro, por lo que se podría identificar cuál es el trastorno primario y cuál el secundario.
- Ambos trastornos aparecen de manera simultánea
- No se puede determinar la secuencia temporal

3.2.2. Modelo etiológico

Este modelo no sólo valora el momento en el que aparecen ambos trastornos, sino la causa de los mismos, de modo, que aunque uno de ellos haya aparecido en primer lugar cronológicamente, puede no ser la causa primaria.

3.2.2.1. Modelo etiológico de base biológica:

Según este modelo, es el consumo de la sustancia, sus efectos, lo que provoca la enfermedad mental.

Existen una serie de evidencias que apoyan esta teoría (Pérez, 1988)

- Presencia objetiva de la sustancia causante. Esto puede verificarse mediante análisis.
- Relación cronológica. El consumo de la sustancia es previo a la aparición del trastorno inducido
- Magnitud del consumo: un trastorno por sustancias sólo puede deberse a que haya llegado una cantidad suficiente de la misma al Sistema

Nervioso Central, interactuando con un número significativo de receptores.

- Ausencia de otros agentes etiológicos
- Ausencia de antecedentes personales o familiares de un trastorno mental no relacionado con sustancias , que explique la sintomatología aparecida
- Presencia de síntomas clínicos característicos del trastorno inducido o de síntomas atípicos del trastorno mental no relacionado con sustancias.
- Coherencia entre los efectos biológicos de la sustancia y el trastorno observado.

3.2.2.2. Modelo etiológico de base psicológica.

Según este modelo, el trastorno mental no relacionado con sustancias, provoca el trastorno por uso o abuso de sustancias, poniendo en marcha, a través de diferentes mecanismos psicológicos el comportamiento consciente de consumir una sustancia. El modelo etiológico de base psicológica por excelencia es el de la automedicación Según este modelo, el trastorno mental no relacionado con sustancias, provoca sufrimiento al individuo y este consume sustancias psicoactivas para aliviar su malestar. Por lo tanto, hablaríamos de refuerzo negativo. Fué, definido por Khantzian en 1985, al que hemos hecho con anterioridad referencia brevemente, que lo planteó desde una perspectiva psicodinámica. Desafortunadamente, como indica Rubio et al, (2001), no existe un concepto unitario de automedicación en la literatura por lo que esta hipótesis es ambigua y no está comprobada empíricamente, aunque existen datos que la apoyan (Kushner, Sher y Beitman, 1990; Markou, Kosten y Koob, 1998 y Mueser, Drake y Wallach, 1998)

3.2.2.3. Modelo Etiológico de causa compartida.

Según este modelo, los dos diagnósticos, tendrían la misma causa. Esta tercera variable podría ser:

- Variable de tipo ambiental: el estrés se ha considerado una causa tanto para el inicio como para el mantenimiento y la recurrencia de los

Trastornos mentales no relacionados con sustancias. Actuaría a nivel del eje hipotalámico-hipofisiario produciendo un aumento del factor liberador de corticotropina, péptido que induce síntomas de ansiedad y depresión, y un aumento de la liberación de dopamina en el núcleo accumbens.

- Factores genéticos: este factor haría referencia principalmente a la vulnerabilidad genética, aunque resulta complicado desde esta base explicar la presencia de ambos trastornos.

En el estudio de Barea y cols (2009), se acepta esta influencia de los factores ambientales y genéticos en la base de la patología dual, pero consideran la necesidad de una mayor cantidad de estudios longitudinales

Dentro de este modelo podríamos situar las actuales investigaciones que relacionan el haber padecido trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia, con la posibilidad de desarrollar un trastorno por uso o abuso de sustancias en la adolescencia o inicio en la edad adulta.

Según Martínez y Netch (2012)

La asociación entre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el abuso o dependencia de nicotina, alcohol y otras drogas como el cannabis, la cocaína, los opioides o la poliadicción en adolescentes y adultos es un área de creciente interés debido a sus implicaciones en la práctica clínica, en investigación y a nivel de salud pública. Los diversos estudios han evidenciado tasas elevadas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en pacientes con TUS, de modo que por lo general la mayoría de trabajos coinciden en señalar que entre el 15 y el 25% de adultos con abuso o dependencia de alcohol u otras drogas presentan un trastorno por déficit de atención con hiperactividad comórbido, cifras muy superiores a las observadas en sujetos de la misma edad de población general. De igual modo se ha estimado que la prevalencia de TUS en pacientes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad es, aproximadamente, el doble que en población general. (p4)

3.2.2.2.4. Modelo etiológico de corte biopsicosocial

Considera la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales como la causa de la aparición de ambos trastornos.

3.2.2.2.5. Modelo etiológico de la independencia

Considera que el trastorno mental y el trastorno por uso de sustancias son diferentes, y que la coexistencia de ambas patologías es lo que las lleva a interactuar. Esto se refleja entre otros, en el modelo bidireccional de Mueser (1998)

3.2.3 Modelo epidemiológico

Este modelo hace referencia a los datos epidemiológicos de los trastornos mentales y por uso de sustancias en la población general. A partir de aquí se obtienen datos sobre los factores de vulnerabilidad, protección y coincidencia.

3.2.3.1. Modelo epidemiológico de vulnerabilidad

Según este modelo, padecer un Trastorno por uso de sustancias, incrementa la vulnerabilidad al trastorno mental, y viceversa. (Kessler y cols, 1997; Regier y cols, 1990)

3.2.3.2. Modelo epidemiológico de protección

Se hace referencia a aquellos casos en los que la probabilidad de sufrir un trastorno disminuye el otro, lo que reduce la frecuencia de trastornos duales. (Kessler y cols, 1997 Regier y cols, 1990)

3.2.3.3. Modelo epidemiológico de coincidencia.

Se considera que ambos trastornos ha aparecido en la misma persona al azar, y por lo tanto la probabilidad de padecer uno no afecta a la probabilidad de sufrir el otro.

3.2.4. Modelo Terapéutico

Este modelo, analizaría la forma en que el trastorno psiquiátrico interviene favoreciendo o interfiriendo la respuesta al tratamiento farmacológico utilizado para tratar el trastorno por uso de sustancias.

3.3. Bases neurobiológicas de la patología dual.

Las estructuras fundamentales a nivel neurobiológico que parecen aumentar la vulnerabilidad al consumo de drogas son el estrés, el eje hipotalámico hipofisioadrenal y las proyecciones de dopamina en el núcleo accumbens, algo a lo que ya hicimos referencia en el apartado de las adicciones.

Esta relación entre conductas adictivas y otros trastornos psicopatológicos puede reflejar factores y sustratos cerebrales comunes, basados en una probable diátesis genética, precipitante de ambas manifestaciones psicopatológicas.

Una de las teorías más globales es la de la automedicación, que como ya hemos comentado, el paciente utilizaría los efectos de las drogas para hacer frente al sufrimiento emocional Khantzian (1985),. Asimismo, el efecto de las sustancias de abuso sobre el cerebro produce cambios neurobiológicos que incrementan la vulnerabilidad para desencadenar posiblemente trastornos mentales. Las neuroadaptaciones en las vías cerebrales del estrés y la recompensa asociadas al estrés crónico, predisponen a una vulnerabilidad a ambos tipos de trastornos o a enmascarar dicha vulnerabilidad. En patología dual existe una relación compleja entre influencias genéticas y factores medioambientales, en la que intervienen fenotipos influenciados genéticamente, como el bajo nivel de respuesta a la sustancia, los llamados síntomas de externalización (impulsividad) y características de internalización como síndromes ansioso-depresivos.(Szerman, 2010, p.3)

En el caso de las personas deprimidas, por ejemplo, el aumento de la corticoesterona o una mayor sensibilidad a sus efectos, hace que se potencie

el funcionamiento dopaminérgico, mesoencefálico, lo que provoca una mayor vulnerabilidad a producir una dependencia de sustancias. (Del Nogal, 2015)

El sistema dopaminérgico mesolímbico tiene su origen en los cuerpos celulares del área tegmental ventral que emiten proyecciones hacia el núcleo accumbens la amígdala y el córtex prefrontal . De igual modo, existen, en el núcleo central de la amígdala , cuerpos celulares que contienen hormona liberadora de corticotropina , que a su vez envían proyecciones al núcleo del lecho de la estría terminal y a su vez al NAc. Por otra parte, existen proyecciones que van directamente desde la AMI al ATV, completando de este modo el denominado « sistema de la amígdala ampliada» (Cleck y Blendy, 2008).

El incremento de liberación de dopamina en el núcleo accumbens, provoca los efectos reforzadores positivo asociados al consumo agudo de drogas. , y también al efecto simultáneo producido, sobre las áreas telencefálicas, por los cambios generados en otros sistemas de neurotransmisión (GABAérgica, opiérgica, glutamatérgica y serotoninérgica, entre otros) (Leshner y Koob, 1999, que a su vez están implicados en la respuesta al estrés y la ansiedad.

En cuanto a la cronificación del consumo, está relacionada con una disfunción del sistema cerebral de recompensa, de modo que se produce un descenso en la liberación de dopamina en dicho circuito tras el consumo de la sustancia (Schultz et al., 1997). Estudios preclínicos han demostrado que la administración aguda de alcohol y otras drogas de abuso genera un incremento de la dopamina a nivel mesolímbico (Di Chiara et al., 2004). Dichos datos coinciden con los hallazgos de neuroimagen, que ponen de manifiesto que el consumo crónico de alcohol y otras drogas se acompaña de una regulación a la baja del sistema mesolímbico dopaminérgico (Volkow et al., 2003).

Hemos hecho referencia también al eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, como un elemento implicado en esta patología. La activación del eje hipotálamo-hipófiso- adrenal (HPA) es un mecanismo de adaptación que se activa en los mamíferos tras exposición a situaciones estresantes y cuya

actividad es modulada por el consumo de sustancias (Sáiz et al, 2011). Estudios preclínicos muestran que este eje se activa en roedores y primates tras la administración de la mayoría de drogas de abuso, produciendo un incremento de los niveles de corticotropina y corticosterona plasmáticos (Kreek y Koob, 1998), que a su vez se correlacionan de modo positivo con conductas de autoadministración (Piazza et al., 1991).

Si trasladamos estas investigaciones a humanos, se ha encontrado que la administración aguda de alcohol, cocaína y nicotina se acompaña de un incremento de niveles de cortisol, mientras que la exposición aguda a opiáceos se acompaña de su descenso. Por otra parte, la activación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal persiste tras la adicción a cocaína, mientras que, en el caso de adicción a opiáceos, la respuesta del mismo se va reduciendo a lo largo del tiempo (Cleck y Blendy, 2008). Otro aspecto de especial interés es que la magnitud de la síntesis y liberación de glucocorticoides en respuesta al estrés está influenciada por factores genéticos (Bartels et al., 2003; Federenko et al., 2004).

En cuanto a la relación entre funcionalidad del sistema dopaminérgico mesolímbico y del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, esta podría contribuir a explicar la existencia de diferencias individuales en relación con la vulnerabilidad a la adicción (Uhart y Wand, 2009).

Piazza et al (1990), plantearon que incremento de niveles séricos de glucocorticoides inducido por situaciones de estrés produce un incremento de la DA mesolímbica y a su vez facilita el consumo de psicoestimulantes y opiáceos en ratas. En otro estudio, (Wand et al., 2007) se demuestra que, en adultos jóvenes sin antecedentes de abuso/dependencia de alcohol u otras sustancias, los que secretan más cantidad de cortisol son los que liberan mayores cantidades de dopamina estriatal y, asimismo, experimentan más efectos subjetivos tras consumo de psicoestimulantes.

Estos estudios apoyarían la idea de que las personas sin historia previa de abuso de sustancias con antecedentes de exposición a elevado número de acontecimientos vitales estresantes manifiestan respuestas comportamentales

y dopaminérgicas planas tras la administración de psicoestimulantes en comparación con las personas con antecedentes de baja exposición a acontecimientos vitales estresantes. (Oswald et al., 2007).

No podemos obviar la relación del sistema serotoninérgico con el sistema de recompensa mesolímbico, ya que las neuronas serotoninérgicas envían, desde los núcleos del rafe, proyecciones hacia estructuras mesolímbicas, donde inhiben la liberación de dopamina. Por otra parte, la ansiedad se ha relacionado con un exceso de funcionalidad serotoninérgica a nivel amigdalár. A través de esta relación, podría explicarse la utilidad de los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina en los trastornos por uso de sustancias, ya que estos fármacos son capaces de modular la excesiva activación amigdalár (Sáiz et al, 2011)

Podemos también analizar, la forma en que los componentes de determinadas drogas, afectan a nivel cerebral. En el caso del cannabis, este puede provocar ansiedad de dos formas diferentes, la primera de ellas es por la acción de su principio psicoactivo (Δ^9 -tetrahidrocannabinol- Δ^9 -THC) sobre los sistemas serotoninérgico, noradrenérgico y glutamatérgico., mientras que la afectación cognitiva secundaria a la intoxicación aguda por cannabis podría ser responsable de la ansiedad. En personas genéticamente vulnerables, el uso de cannabis puede generar trastornos de ansiedad persistentes.

En relación a los trastornos de personalidad, los síntomas del síndrome de abstinencia de cannabis podrían ser responsables de que las personas experimenten de modo más intenso las sensaciones interoceptivas, malinterpretándolas como potencialmente peligrosas para ellas mismas y contribuyendo, de ese modo, a la posible aparición de un ataque de pánico.(Sáiz et al, 2001, p. 11)

Tras lo expuesto hasta el momento, podemos decir que la relación entre estrés y adicciones es bidireccional y compleja, de modo que el estrés (interno y externo) confiere vulnerabilidad a las adicciones y, a su vez, las adicciones generan un estado de estrés interno que favorece su continuidad. Debemos también considerar que el efecto del estrés sobre el consumo de sustancias

depende de factores, como el momento de exposición a éste, el contexto y su intensidad. Otros aspectos, como la carga genética personal y las interacciones gen-ambiente, actuarán como elementos modulares de dicho efecto. A día hoy, aún es necesario un mayor nivel de conocimiento para comprender exactamente cómo el estrés y la consiguiente activación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, impacta en el desarrollo de las adicciones, a pesar de todos los avances que se han llevado a cabo hasta el momento.

En relación a la patología dual, y sus mecanismos neurobiológicos, estudios de neuroimagen han permitido identificar anormalidades funcionales y estructurales en diferentes áreas cerebrales, como los sistemas fronto-subcorticales o el circuito cíngulo-frontal-parietal, en el caso del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad que también están involucrados en la neurobiología de los trastornos por uso de sustancias. (Wilens y Spencer, 2010; Bush, 2011 y Volkow et al, 2009).

Estas y otras alteraciones neuroanatómicas permitirían explicar los déficits a nivel atencional, así como en los sistemas de motivación y recompensa que presentan los pacientes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Volkow et al 2009, Johansen et al, 2009 y Stark et al, 2011). La vía dopaminérgica del mesoaccumbens que proyecta desde el área tegmentalventral en el cerebro medio hasta el núcleo accumbens es clave en los fenómenos de recompensa y motivación (Koob y Volkow, 2010) y parece ser la base de los déficits motivacionales y de recompensa observados en pacientes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, y por lo tanto su menor respuesta a la recompensa y su mayor vulnerabilidad al abuso de sustancias (Volkow et al, 2009).

En cuanto al síndrome de abstinencia de drogas, se producen cambios en el funcionamiento de los neurotransmisores, comunes a los procesos depresivos y que explicarían elementos comunes a ambos trastornos. La abstinencia a psicoestimulantes, provoca una disminución serotoninérgica y dopaminérgica en el núcleo accumbens y un aumento de la hormona liberadora de corticotropa en las estructuras mesolímbicas y la amígdala. Esta relación es la que lleva al uso de fármacos antidepresivos tanto en el tratamiento de la

depresión como en el tratamiento de los trastornos adictivos. Estos medicamentos provocarían un aumento en la transmisión serotonérgica de diferentes áreas cerebrales (corteza frontal, hipocampo, núcleo estriado, diencéfalo), y en el caso de los anidepresivos tricíclicos o atípicos, aumentarían la presencia de dopamina en el núcleo estriado y un aumento de la función en el núcleo accumbens. (Del Nogal, 2015)

Podemos decir por lo tanto que no sólo existen alteraciones neurobiológicas comunes a los Trastornos por uso de sustancias y Trastornos de Ansiedad que pueden contribuir a explicar su etiopatogenia, sino que también durante el síndrome de abstinencia de diferentes sustancias psicoactivas se producen alteraciones neurobiológicas que son similares en ambos procesos. (Saiz et al, 2011, p.12)

No existe demasiada información en cuanto a las bases neurobiológicas de la personalidad, y sobre todo en su relación con los trastornos adictivos. Existe la evidencia de que los rasgos de personalidad están influidos por determinantes genéticos y neurobiológicos, lo más aceptado por ahora es que las variaciones en las características de personalidad se relacionarían en cierta medida con la actividad de la serotonina, noradrenalina y dopamina. Además, factores genéticos y neurobiológicos podrían predisponer a trastornos de personalidad y perfiles psicopatológicos (Peris y Balaguer, 2010)

En cuanto a la relación entre trastornos de personalidad y trastornos por uso de sustancias, encontramos el estudio de Winstanley (2007) donde expone las similitudes entre circuitos cerebrales y sistemas neuroquímicos implicados en dependencia de sustancias y en conducta impulsiva, o el publicado por Schreckenberger et al. (2008) en el que demuestra que la dependencia de la recompensa es la única dimensión de la personalidad relacionada con la unión a receptores opiáceos, relación positiva restringida al estriado ventral (considerado el área básica del sistema humano de recompensa y del desarrollo de la conducta adictiva).

Peris y Balaguer (2010) afirman que

En este caso, ocurre hasta ahora que los esfuerzos para comprender los factores que determinan las dependencias no se corresponden con los escasos estudios centrados en investigar, por ejemplo, la mediación genética de la asociación entre personalidad, psicopatología y adicción, es decir, queda mucho por hacer antes de conocer las indudables bases neurobiológicas de esta frecuente comorbilidad.

3.4. Epidemiología,

Según declaraciones a Europa Press de Néstor Zerman, presidente de la Sociedad Española de Patología Dual (SEP) y responsable del Servicio Salud Mental Retiro del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, a raíz del 'IV Congreso Internacional de Patología Dual: Adicciones y Otros Trastornos Mentales', la patología dual es "más común de lo que se piensa" ya que, por ejemplo, .estudios epidemiológicos llevados a cabo en población general en Estados Unidos indican que no es una excepcionalidad. Así, según indica el psiquiatra, el estudio longitudinal 'NESARC', hecho en Estados Unidos, pone de manifiesto que el 50 por ciento de los trastornos mentales se acompañan de conductas adictivas. También, prosigue, otros estudios indican que el 70 por ciento de la población clínica que demanda atención por problemas con sustancias presenta patología dual" (EUROPA PRESS, 2015)

Estos estudios epidemiológicos, a los que hace referencia, llevados a cabo principalmente en Estados Unidos indican que esta comorbilidad entre trastorno mental y trastorno por uso de sustancias es muy elevada, siendo mayor en sujetos en tratamiento, y esta presencia concomitante de varios trastornos tiene implicaciones clínicas, evolutivas y terapéuticas relevantes (Compton, Thomas, Stinson y Grant, 2007; Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas y Walters, 2005; Kessler, Chiu, Demler, Merikangas y Walters, 2005; Regier et al., 1990; Swendsen, Conway, Degenhardt, Glantz, Jin, Merikangas, et al., 2010). A pesar de la elevada frecuencia, la relación entre ambos trastornos no está bien comprendida y el diagnóstico es complejo, en

parte por el solapamiento de síntomas, la dificultad en la distinción entre trastornos primarios e inducidos y la ausencia de una exploración adecuada del trastorno comórbido una vez establecido un diagnóstico principal.

En cuanto a la epidemiología, actualmente apenas existen datos sobre la prevalencia de la patología dual en nuestro país en las personas que acuden a tratamiento y sobre su distribución entre las dos redes de asistencia principales encargadas de la atención a estos pacientes: la red de asistencia al paciente adicto y la red de salud mental. Como indica la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD), el diagnóstico de esta patología –o de las patologías– constituye una nueva entidad clínica que requiere conocimientos que van más allá de las habilidades y competencias necesarias para el adecuado tratamiento de los dos trastornos.

Además, hay escasos datos sobre los tipos de diagnósticos duales presentes en los pacientes. Sin duda, es necesario un mayor conocimiento sobre la forma en que se distribuye la patología dual y las características de estos sujetos. Esto ayudaría a optimizar y organizar los recursos sanitarios (Szerman et al., 2011).

Según Perisy y Balaguer (2010), que cita a un estudio de Sociedad Española de Patología Dual, la prevalencia estimada de los trastornos de personalidad con el trastorno de uso de sustancias, es de un 71%, en los que se apreció la presencia de trastornos depresivos (25%), límite (24%) y paranoide (24%), seguidos por el evitativo (23%), obsesivo-compulsivo (22%) y antisocial (20%).

En cuanto a las sustancias psicoactivas que más se consumen en aquellas personas que padecen el diagnóstico de patología dual, destacamos el uso del cannabis, la cocaína, la heroína y el alcohol. En lo referente al cannabis, Peris y Balaguer (2010) mencionan un metaanálisis realizado por Gorman y Derzon (2002), donde se indica que el consumo de esta sustancia se relacionaba con altos niveles de inconventionalidad y sólo débilmente con emocionalidad y afecto negativo. Flory et al. 2002, en otro estudio, señalan por

su parte, que el abuso de marihuana se caracterizaba por baja extroversión y alta apertura a la experiencia.

En un estudio reciente (Arias et al., 2013), analizaron los casos de patología dual en las dos redes asistenciales, salud mental (208 casos) y de atención al drogodependiente (629 casos), encontrándose un 61,8% de casos de patología dual. También se refleja un mayor porcentaje de patología dual en las redes de atención al drogodependiente (70,%) en relación a la red de salud mental (36,1%). Estos estudios también arrojaron datos sobre los trastornos con mayor prevalencia y las sustancias consumidas.

A modo de resumen podemos decir que en los pacientes duales hay una prevalencia significativamente mayor en el caso de los trastornos de personalidad, sobre todo en lo que se refiere al cluster A y al cluster B, también hay una mayor presencia del trastorno bipolar. En cuanto a los trastornos de personalidad específicos, el de mayor presencia es el trastorno de personalidad antisocial, aunque también aparecen en límite, trastorno de personalidad paranoide y el esquizoide. En cuanto a las sustancias consumidas, en pacientes duales, la cocaína supone un 53% del consumo, seguida del alcohol, con un 50,9%. Las otras drogas consumidas fueron cannabis (19,9%), opiáceos (13%) y sedantes (5,8%). (Arias et al, 2013)

Otras fuentes, como el Observatorio Europeo de Drogas (citado en Blanco, P., y Sirvent, C., 2006) indican que aproximadamente un 80% de los pacientes a los que se ha diagnosticado una adicción presentan también trastornos psiquiátricos con comorbilidad.

En cuanto al perfil del paciente afectado por patología dual es el un enfermo de unos 40 años, con una similar proporción entre hombres y mujeres, donde predominan los casados, aunque se encuentra un mayor porcentaje de solteros, con un menor nivel educativo y laboralmente activos (Sánchez, Álvarez y Rodríguez, 2012).

Según Zamora y Sirvent (2006) el trastorno de personalidad que se ha observado con mayor frecuencia en las personas alcohólicas es el de evitación

y el trastorno antisocial de la personalidad. En este sentido habría que establecer una diferencia entre la conducta antisocial secundaria al alcoholismo y el trastorno de personalidad antisocial. El alcoholismo induce una serie de trastornos de conducta que pueden acompañarse de violencia verbal o física y otros rasgos de conducta antisocial. Por otra parte, el trastorno de personalidad antisocial se inicia a los 15 años y es persistente después de la abstinencia prolongada del alcohol.

A su vez, el consumo de cocaína puede desencadenar una serie de procesos latentes, subclínicos o incipientes, con un inicio abrupto en forma de episodio agudo y virulento. El impacto de la cocaína afecta al sistema dopaminérgico, y en combinación con el alcohol puede provocar consecuencias devastadoras. En este sentido, el National Institute on Drug Abuse (2005) indica que cuando el alcohol se combina con la cocaína, el organismo convierte en etileno de cocaína (cocaetileno), un metabolito activo de la cocaína formado sólo en la presencia del alcohol. El mecanismo de acción del cocaetileno parece ser que actúa de forma sinérgica con la cocaína en el bloqueo de la recaptación de monoaminas, como la dopamina, noradrenalina y en menor extensión, de la serotonina.

Sin la combinación de las dos sustancias, es decir, sólo con el impacto de la cocaína, se puede desencadenar un episodio psicótico agudo en pacientes psicóticos crónicos y que aumenten síntomas depresivos y ansiosos. Las personas con trastorno de la personalidad pueden consumir drogas para alterar su estado de ánimo, concretamente, para inducir sentimientos de placer. En este sentido, uno de los factores de personalidad que ha sido relacionado con el abuso de cocaína es la “búsqueda de sensaciones”, cuya característica principal es la búsqueda de experiencias y sensaciones intensas, novedosas, variadas y complejas, y con la voluntad de participar en experiencias que comporten riesgos de diversos tipos (físico, social, legal...).

Asimismo, aquellas personas con trastorno de la personalidad antisocial o trastorno límite de la personalidad (“borderline”) que consumen cocaína, corren el riesgo de aumentar sus comportamientos violentos (Gold, 1993., citado en Blanco, P., y Sirvent, C., 2006).

Es muy común constatar que los pacientes alcohólicos presentan otros síndromes asociados, como ansiedad o depresión (Casas, M. 2002). Dichos síntomas asociados tienden a mejorar en pocas semanas, cuando el paciente ha efectuado un tratamiento de desintoxicación y consigue mantenerse en remisión de su alcoholismo.

Según el National Comorbidity Survey (N.C.S) (citado en Casas, M., y Guardia, J., 2002) para ambos sexos la dependencia de alcohol aparece asociada a trastornos de ansiedad, de estado de ánimo y trastorno de personalidad antisocial, con mayor frecuencia de lo que cabría esperar por simple azar, aunque hay evidencia empírica de que el porcentaje de mujeres afectadas de trastorno psiquiátrico asociado al alcoholismo es casi tres veces mayor que en hombres (un 47% en el caso de las mujeres con patología dual frente a un 10,56% que sólo presentaban alcoholismo) sugiriendo que el sexo femenino presenta una mayor probabilidad de padecer una comorbilidad psiquiátrica que el masculino. (Sánchez et al., 2012). Por otro lado, el estudio Epidemiological Catchment Area (E.C.A) (citado en Casas, M., y Guardia, J., 2002) indica que entre los trastornos de personalidad (que se tiene una prevalencia del 57-78%) asociados al alcoholismo destacan los trastornos de tipo paranoide (7-44%), antisocial (3-47%), límite (16-32%), histriónico (6-34%) por evitación (2-32%), y dependiente (4-29%).

En especial, el trastorno de personalidad antisocial tiende a iniciarse a los 15 años, y persiste incluso tras la abstinencia prolongada de alcohol, tratándose de personas impulsivas, violentas, que les gusta asumir riesgos e incapaces de aprender de sus errores. La mayoría de ellos van a tener graves problemas con el alcohol secundarios, a lo largo de su vida y también problemas con otras drogas, violencia, interrupción prematura de tratamiento y mal pronóstico. Afecta al 5% de mujeres y al 10-20% de los hombres que solicitan tratamiento del alcoholismo. En esta línea, Arias, et al., (2012) encontraron en su estudio que el trastorno antisocial de la personalidad fue el más prevalente entre los adictos a la cocaína.

Por su parte, Becoña et al., (2008) mencionado en Becoña y Cortés (2010, pág.101) en su estudio indica, mediante un análisis que implica la

incidencia en diferentes contextos, que parece haber un consenso generalizado que afirma que los trastornos concomitantes a la drogadicción son los trastornos de la personalidad, situándose entre un 34.8% y un 73%. San Molina y Casas, (2002) mencionado en Becoña y Cortés (2010, pág. 102) establecen un rango de incidencia de entre el 30 y el 80%.

En cambio, la incidencia de trastornos de personalidad en la población consumidora de heroína es más difícil de predecir debido a que esta población acudía a los centros de tratamiento hace décadas, cuando no se habían desarrollado las técnicas de evaluación más apropiadas para diagnosticar estos casos, lo que, sumado a la inexperiencia profesional en general, hizo que los rangos de incidencia encontrados en diferentes estudios fueran tan elevados. No ocurre lo mismo con los pacientes adictos a alcohol, en los que hay datos de que hasta el 62.5% padecen patología dual (Bravo, Echeburúa y Azpiri, 2008, mencionado en Becoña y Cortés, 2010, pág. 102).

En su estudio descriptivo, Szerman, et al., (2011) indican la gran dificultad para establecer una cifra de pacientes diagnosticados de patología dual, siendo esta diferente según acudan a la red de drogas o la red de salud mental. En este estudio se encontró una mayor presencia de patología dual entre los dependientes de alcohol y cocaína y menor con la dependencia de heroína. relación entre los trastornos del humor y de dependencia de alcohol . También se halló relación entre los trastornos del humor y la dependencia de alcohol, mientras que los trastornos de personalidad estaban más asociados al consumo de cocaína. En el caso de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, en un 50% se observaron trastornos por uso de sustancias, siendo las más consumidas la cocaína, el alcohol y la heroína.

Según Perisy y Balaguer (2010), que cita a un estudio de Sociedad Española de Patología Dual, la prevalencia estimada de los trastornos de personalidad con el trastorno de uso de sustancias, es de un 71%, en los que se apreció la presencia de trastornos depresivos (25%), límite (24%) y paranoide (24%), seguidos por el evitativo (23%), obsesivo-compulsivo (22%) y antisocial (20%).

En cuanto a las sustancias psicoactivas que más se consumen en aquellas personas que padecen el diagnóstico de patología dual, destacamos el uso del cannabis, la cocaína, la heroína y el alcohol. En lo referente al cannabis, Peris y Balaguer (2010) mencionan un metaanálisis realizado por Gorman y Derzon (2002), donde se indica que el consumo de esta sustancia se relacionaba con altos niveles de inconventionalidad y sólo débilmente con emocionalidad y afecto negativo. Flory et al.2002, en otro estudio, señalan por su parte, que el abuso de marihuana se caracterizaba por baja extroversión y alta apertura a la experiencia.

Los estudios centrados en la dependencia del alcohol en relación con las dimensiones de personalidad y la comorbilidad psicopatológica, indican en su mayoría, que los rasgos de personalidad que más comúnmente se asocian al consumo de esta sustancia son la impulsividad, la desinhibición y el neuroticismo-afectividad negativa. En especial, Torgersen, Kringlen y Cramer, (2001) el cual citan Peris y Balaguer (2010) señalan que el trastorno antisocial presenta entre un 9 y un 23% de prevalencia en consumidores adictos a alcohol.

Pocos datos son referidos en cuanto al consumo de cocaína. No obstante, los estudios disponibles, señalan que los rasgos más prevalentes en estos consumidores, son los pasivo-agresivos, antisociales, narcisistas e histriónicos (López & Becoña, 2006, mencionados en Peris y Balaguer, 2010). Por otro lado, los estudios centrados en consumidores adictos a la heroína, apuntan a la existencia de un alto neuroticismo, aunque también se señala una asociación alta con extroversión y alto psicoticismo, aunque de una forma menos consistente.

3.5. Evaluación.

Son muy conocidas las dificultades de la evaluación en patología dual debido a que el drogodependiente, habitualmente, no es consciente de que presenta un trastorno de personalidad, impidiendo que pueda explicar su psicopatología en términos sintomáticos (Martínez, 2011, pág.167).

El paciente que no presente patología dual, es decir, que tenga un diagnóstico de trastorno por uso de sustancias, normalmente podrá llevar a cabo las instrucciones del terapeuta, favoreciéndose de una intervención motivacional en el contexto de un programa de prevención de recaídas más o menos estandarizado. En cambio, el usuario que demanda tratamiento que sí padece de esa patología dual, puede verse altamente afectado por los acontecimientos estresantes de una manera que no ocurriría si no padeciera dicho trastorno, resultando más vulnerables a la hora de afrontar determinadas situaciones que pueden influir negativamente en la atención terapéutica (Becoña y Cortés, 2010, pág. 98).

En el caso de los pacientes con patología dual, debe llevarse a cabo una exploración general y completa de la persona, para a posteriori, evaluar más profundamente aquellas áreas en las que se considere necesario este análisis. Esta valoración general suele llevarse a cabo con entrevistas en su mayoría estructuradas como son (Del Nogal p.60-61):

- MINI: las preguntas que contiene están estructuradas por bloques, cada uno de los cuales permite explorar un grupo de trastornos específicos acorde a los sistemas clasificatorios del DSM-IV y CIE-10
- SCID- I y SCID-II: estas entrevistas clínicas estructuradas evalúan los principales trastornos del eje I y los trastornos de personalidad, respectivamente, del DSM-IV.
- CIDI: tiene muy buenos niveles de fiabilidad y validez. Evalúa los trastornos del Eje I y basa su diagnóstico en el DSM-IV y el CIE-10

La información general sobre el paciente también puede obtenerse a través de autorregistros: esta técnica de evaluación consiste en la observación y el registro de las conductas propias. Como puntos fuertes de esta técnica tenemos el poder evaluar multitud de conductas, y el que puede llevarse a cabo en el medio del sujeto.

Tras esta valoración general, tenemos que tener en cuenta que al tratarse de personas con una drogodependencia, deberán evaluarse aspectos como :

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

- Descontrol de impulsos: a través de la escala de impulsividad de Barrat (BIS-II) y de Plutchik (EI), la Escala de Valoración de la Impulsividad (IRS) y la Escala de control de impulsos de Ramón y Cajal (ECIRyC).
- Ansiedad: esta variable interna puede evaluarse a través del STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, y también a través del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, ISRA
- Depresión: este es uno de los trastornos más asociados al consumo de sustancias. Los instrumentos utilizados para la evaluación podrían ser. El inventario de depresión de Beck (BIDI) y la Escala de Hamilton para la depresión (HDRS)
- Autoestima: a través de la Escala de Autoestima de Rosenberg podemos medir esta variable muy relacionada con el consumo de sustancias
- Riesgo suicida: mediante la escala SADPERSON y la Escala de ideación suicida de Beck (SSI)

También, en cuanto a la evaluación, no podemos dejar atrás la problemática de estos pacientes en el ámbito de las relaciones personales, lo que deriva directamente de la estructura de personalidad del paciente, por lo que también debe ser evaluada. Los principales instrumentos para ello son:

- Inventario multiaxial clínico de Millon III (MCMI-III): basado en los criterios DSM-IV y la teoría de la personalidad de Millon. Evalúa trastornos de personalidad clínicos (evitativo, esquizoide, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, pasivo agresivo, y autodestructivo y trastornos graves de la personalidad(esquizoide, paranoide y límite)
- Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2): esta prueba evalúa psicopatología general

En cuanto al consumo de drogas, deberá valorarse tanto la presencia del mismo, como el craving o deseo de consumir, en el primer caso utilizaremos pruebas como (Del Nogal, 2015 y Rubio et al, 2001).: CAGE, Test de autoidentificación de trastornos relacionados con el uso de alcohol (AUDIT), Cuestionario Breve de Alcoholismo (CBA), Test de discriminación del alcoholismo de Michigan (MAST) y el Test de evaluación para el consumo de

drogas (DAST), la Escala de Alcoholismo de MacAndrews (MAC), la Escala de dependencia del alcohol (ADS), el Instrumento de Valoración de estilo de vida de Dartmouth (DALI), y el Test de alcoholismo de Munich (MALT), que es la prueba con una gran precisión diagnóstica; en el caso del craving, los instrumentos indicados son el Obsesive- Compulsive Drinking Scale (OCDS), el Cuestionario sobre el deseo de beber (CDB), la escala multidimensional de craving para la dependencia de alcohol (EMCA). Minnesota Cocaine Scale (MCCS), Simple Test of Cocaine craving and related responses (STCCRR), el Cuestionario de craving de cocaine (CCQ), y el cuestionario de Craving de Roger D. Weiss (Weiss et al, 1995)

Otro aspecto importante a tener en cuenta, es la vuelta al consumo. Se ha intentado determinar cuáles son los factores de riesgo que influyen en las recaídas, y también se han valorado las habilidades que pueden ponerse en marcha en estas situaciones. En relación a esto, se han diseñado diferentes instrumentos: el Inventario de situaciones de bebida (IDS) y el Inventario de precipitantes de recaída (RPI) para el consumo de alcohol, el Formulario de recaídas y la Escala de abstinencia de Shiffman-Jarvick, ambas para el consumo de tabaco; el Inventario de situaciones de consumo (IDTS), la Escala de valoración del propio estado (SSR), y las Fases y señales de advertencia de recaída. También se han creado instrumentos para evaluar las Habilidades de afrontamiento, en el caso del consumo de alcohol: CBI, Inventario de conductas de afrontamiento, y el Test de competencia situacional (SCT) y en el consumo de tabaco, como el caso del Inventario de afrontamiento a tentaciones (CWTI).

En cuanto a instrumentos relacionados con la autoeficacia, podemos hacer referencia al Cuestionario de confianza situacional (SCQ), el Test de competencia situacional, el Cuestionario de confianza para el consumo de drogas (DTCQ) y el Cuestionario de seguridad situacional para consumidores de heroína (SCQH) (Del Nogal, 2015)).

Por otro lado, las escalas clínicas para cuidadores o clínicos, también parecen ser un instrumento útil a la hora de valorar a estos pacientes, ya que permiten obtener información a través de la observación directa por parte de

los cuidadores o la familia. En esta línea encontramos los trabajos de Barry y cols (1995), y Drake y cols (1990)

3.6. Tratamiento

Como hemos venido exponiendo a lo largo de este capítulo, pese a estos datos que se están aportando por medio de la investigación en neurociencias, en general sigue existiendo bastante confusión respecto a la relación de las conductas adictivas y otros trastornos mentales, lo que en cierta medida provoca la coexistencia de dos redes clínicas que tratan dichos trastornos. Estos son la salud mental y la de drogodependencias. Estas dos redes, han creado una disociación en los pacientes con patología dual, que padecen el llamado “síndrome de la puerta equivocada”, debido a que existe un error en el diagnóstico de su enfermedad, y como consecuencia, deambulan de una red a otra, sin obtener un beneficio.

Se han definido distintos modelos conceptuales en el tratamiento de la patología dual: el modelo secuencial o en paralelo y el modelo integrado. En el modelo secuencial el paciente es atendido en uno de los dos sistemas, el de salud mental o de atención a drogodependientes y posteriormente en otro. En el caso del segundo modelo, el paciente recibe tratamiento simultáneo de las dos patologías, en dispositivos separados y por equipos diferentes. El principal problema que encontramos en estos modelos es que al tratarse de diferentes profesionales, con modelos psicopatológicos diferentes, pueden crear, confusión con respecto a las indicaciones terapéuticas a seguir por el paciente. Esto, unido a las dificultades de coordinación entre los dos equipos, puede favorecer una baja adhesión al tratamiento. En el modelo integrado los tratamientos del trastorno por uso de sustancias y del trastorno mental son simultáneos y se realizan por el mismo equipo terapéutico. Al existir una coordinación más estrecha entre los distintos profesionales que trabajan en un mismo caso, evitamos el problema de confundir al paciente que crean los modelos anteriores, además, dicho modelo permite una intervención precoz y coordinada en caso de reagudización de ambas patologías, y además evita las dilaciones, las interacciones negativas y pérdidas por problemas burocráticos

que normalmente conlleva la intervención de diferentes equipos (Usieto, Pernia y Pascual, 2006).

Podemos decir por lo tanto que el modelo de tratamiento integral es más eficaz ya que parece aumentar la adhesión al tratamiento ambulatorio, disminuye las hospitalizaciones y reduce los problemas legales y sociales de estos pacientes.

Según Del Nogal (2015), los pacientes con patología dual suponen un gran reto a nivel asistencial por los siguientes aspectos:

- mayor número de recaídas
- inicio más precoz de determinadas patologías psiquiátricas
- mayor número de ingresos psiquiátricos
- mal cumplimiento del tratamiento y peor respuesta
- mayor dificultad de acceso a tratamientos
- mayor uso de recursos
- mayor presencia de conductas suicidas y heteroagresivas, con alteración de la convivencia familiar y crecientes alteraciones sociales.
- mayor índice de desempleo
- mas marginación social con deterioro del funcionamiento social
- mayor índice de conductas delictivas
- presencia más frecuente de enfermedades médicas, mas conductas de riesgo e infecciones por VIH (p.16)

Del Nogal (2015) plantea que el primer problema a la hora de trabajar con pacientes con patología dual, es detectar la presencia de esta. (p.127)

Una vez diagnosticada la patología dual, se debe proceder a la intervención, y aunque nos centremos en la intervención psicológica, no podemos dejar de hacer referencia a la psicofarmacología utilizada para el tratamiento de esta patología. Las alternativas farmacológicas en este caso hacen referencia a dos alternativas de fármacos, por un lado, aquellos empleados en el manejo del trastorno por abuso de sustancias, y aquellos psicofármacos necesarios para el control del trastorno psiquiátrico comórbido.

En el primer grupo encontramos las terapias de sustitución de agonistas, la terapia con antagonistas el empleo de agentes aversivos y el uso de fármacos que disminuyen el craving. En el segundo grupo hablaríamos de antipsicóticos, antidepresivos, y ansiolíticos. (Álamo, López y Cuenca, 1999a)

En relación al tratamiento farmacológico Torrens (2008) aclara que estos tratamientos, en su mayoría, que han sido estudiados en pacientes psiquiátricos en los que se excluyeron aquellos que consumían sustancias de abuso, o en pacientes drogodependientes que no presentaban otra patología psiquiátrica. Ello conlleva un mayor riesgo de interacciones y problemas de seguridad, tolerabilidad y efectos adversos, entre ellos el potencial de abuso y el agravamiento de la enfermedad psiquiátrica o de la enfermedad adictiva (Mateu, Astals y Torrens, 2005; Green, Noordsy, Brunette y O'Keefe, 2008)

La revisión de la bibliografía plantea el tratamiento de estos pacientes de manera específica según el trastorno mental que acompañe al trastorno por uso de sustancias, o bien encontramos artículos sobre el tratamiento de la adicción en sí, por lo que hablar de un tratamiento exclusivo para los pacientes de patología dual, parece inviable. Sin embargo, la caracterización de los pacientes con Patología Dual es un aspecto que puede permitir una mejor planificación y especificación 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. (Márquez y Adán, 2013).

Del Nogal (2015), presenta unas líneas de intervención psicológica en caso de pacientes de patología dual que sigue las líneas de la intervención que se lleva a cabo con los sujetos del presente estudio. En un primer momento, la psicoterapia individual nos va a permitir determinar cuáles son las características de estos pacientes, ya que aunque hemos dicho que no existe un perfil concreto de esta patología, sí encontramos aspectos en común

- Impaciencia: la impaciencia que suelen demostrar los pacientes drogodependientes, se manifiesta aún más en aquellos que padecen una patología dual. Como consecuencia de esto pueden aparecer problemas a nivel asistencial, como problemas con el equipo terapéutico, desgaste del personal y sobrecarga del sistema asistencial.
- Impulsividad: suele ser también mayor en el caso de los pacientes duales en comparación con las personas drogodependientes.
- Dependencia: los pacientes duales suelen establecer relaciones de dependencia con personas de su entorno y principalmente con los participantes del equipo terapéutico. Esta dependencia suele implicar una sobrecarga emocional para los profesionales, que acaban accediendo a las demandas constantes del paciente.
- Tendencia al aislamiento: esta característica de los pacientes duales puede venir más por el trastorno mental que por el trastorno por uso de sustancias.
- Dificultades en el establecimiento o mantenimiento de relaciones sociales: estos pacientes presentan problemas para mantener sobre todo, relaciones a largo plazo, algo que también está presente en las personas que sólo padecen un trastorno por uso de sustancias.
- Inestabilidad emocional, conductual y cognitiva: Esto está muy ligado a la impulsividad y la impaciencia que hemos comentado, y afectando esta inestabilidad a todas las áreas personales de estos pacientes.
- Baja tolerancia a la frustración: muy frecuente tanto en adictos como en enfermos mentales también.
- Sobrecarga asistencial: el hecho de que estos pacientes puedan llegar a través de dos puertas asistenciales (salud mental y drogodependencias) y la lentitud de las intervenciones, provocan una gran sobrecarga a este nivel
- Sobrecarga personal a familiares y profesionales: la dependencia que antes comentamos y la lentitud de las intervenciones, pueden ser la causa de esta sobrecarga.
- Alta tendencia a la manipulación: el terapeuta debe tomar esto como un rasgo propio de la patología de estos pacientes, no tomándolo como algo personal, y manteniendo una buena coordinación con la familia y

con el resto de profesionales con los que esté trabajando para poder contrastar la información que el paciente le ofrece y evitar esta manipulación.

- Abandonos frecuentes del tratamiento: los pacientes con patología dual tienen una tasa de abandono más alto
- Exacerbación bidireccional de ambas patologías: normalmente cuando hay un empeoramiento en una de las patologías que presenta el paciente, este suele ocurrir en la otra.

Del Nogal (2015) afirma que algo esencial en estos pacientes es que logren la abstinencia en el consumo de sustancias, para ello habrá que incidir en las variables que influyen tanto en el consumo como en las habilidades para controlar este deseo. Por lo tanto, el trabajo terapéutico irá encaminado a identificar estas variables internas, y dotar a los pacientes de herramientas para hacer frente a la necesidad de consumir, planteándose también el uso de psicofármacos. En relación a esto, Martínez (2011), afirma que

“la importancia del estudio de la relación entre Trastorno de personalidad y patrones de consumo radica en la identificación de factores de riesgo para el consumo, toda vez que las variables que favorecen la aparición de craving a lo largo del tratamiento están vinculados con las pautas de consumo de drogas.”. (p.68)

El manejo de la impulsividad también es algo a tener en cuenta. Márquez y Adan (2013) explican que: Los pacientes con patología dual también presentan puntuaciones elevadas en Impulsividad. La Impulsividad entendida como la tendencia a actuar con falta de previsión y sin evaluar las consecuencias que puedan derivarse (Adan, 2012), es un rasgo que explica parte del proceso de vulnerabilidad para el uso de drogas, los patrones de consumo, la progresión hacia la adicción (Belin, Mar, Dalley, Robbins y Everitt, 2008) y el craving más severo (Evren, Durkaya, Evren, Dalbudak y Cetin, 2012)

Algunas técnicas dirigidas al manejo de la impulsividad ayudarían al paciente a actuar de una manera mucho más reflexiva. Se deben identificar aquellos desencadenantes internos y externos de estas conductas, algo que

también ayudará a planificar un programa de control de estímulos. El análisis de las consecuencias que estas conductas han tenido en un pasado y las técnicas de desactivación, también pueden ayudar a frenar esta impulsividad, al igual que la búsqueda de apoyo en otras personas referentes para el paciente y el entrenamiento en el manejo de emociones.

Además de este control de la impulsividad, se debe conocer la forma de pensar del paciente y las consecuencias de este pensamiento, de modo que se pueda llegar a un control sobre las consecuencias del mismo.

En cuanto a las propias características del paciente, a las que hemos hecho mención al principio de este apartado, la terapia individual también tiene que ir encaminada al manejo de las emociones, al aumento de la tolerancia a la frustración y a la mejoría en la red social del paciente. En cuanto a las emociones, un paso previo incluso a su manejo, debe ser el poder reconocerlas, una vez llegado a esto, el paciente podrá aprender técnicas de desactivación y de control del estrés. Por otra parte, otra problemática de estos pacientes es su frustración cuando no alcanzan sus metas, que en ocasiones son excesivamente elevadas, por lo que de cara a aumentar su tolerancia a la frustración, habrá que trabajar la importancia del esfuerzo por encima de los resultados, y el que el fracaso pueda suponer nuevas oportunidades.

Otro pilar importante en la terapia es el trabajo con las familias, algo que también vimos en el capítulo anterior sobre las adicciones. Dada la tendencia de estos pacientes a manipular, a la que nos hemos referido con anterioridad, el contrastar la información con la familia, nos será de gran utilidad. Por otro lado, este núcleo familiar en ocasiones va a servir de contención para el paciente, impidiendo en algunos casos que lleve a cabo conductas de riesgo. Mantener un adecuado vínculo terapéutico con la familia, implica que el terapeuta a veces actúe de mediador y también como un canal de desahogo para esta. A su vez, los familiares deben conocer la patología del paciente y ser educados con respecto a esta, pudiendo también aprender técnicas de modificación de conducta y manejo de situaciones difíciles para que sepan actuar en situaciones que pueden llegar a desbordarlos en el caso de no contar con estas habilidades. (Del Nogal, 2015)

Además de esta terapia individual, también pueden llevarse a cabo terapias grupales y talleres en los que también pueda participar la familia

No podemos obviar, que estas personas con patología dual, viven en una sociedad, y su patología influye en la manera de desenvolverse en la misma. Se ha comprobado la correlación entre patología dual y delincuencia (Cuffel, Shumway, y Choujian , 1994; Abrahamd y Teplin, 1991), así como unas mayores tasas de paro y marginación en esta población(Caton y cols, 1994; Vázquez, 1997), por lo tanto, parte de la intervención que se haga con ellos, tendrá que ir orientada a conseguir un ocio saludable, la integración laboral.

Como apuntábamos al principio de este capítulo, la coexistencia de un trastorno adictivo con otro trastorno psiquiátrico, la patología dual, interfiere en el cuadro clínico y representa una dificultad en todo el proceso de tratamiento que plantea la necesidad de nuevas alternativas asistenciales.

Con respecto a la adherencia al tratamiento de estos pacientes, la existencia de patología dual hace que sea más difícil aplicar correctamente la terapia. Normalmente se asocia con peor pronóstico en la evolución de la enfermedad, debido a la multitud de problemas físicos, psíquicos, familiares y sociales que presentan en comparación con los pacientes alcohólicos que no presentan comorbilidad (Sánchez et al., 2012). Los periodos de abstinencia suelen sucederse en episodios cortos y largos, junto con las recaídas.

Como indica el estudio de Sánchez et al (2012), la adherencia al tratamiento es menor en pacientes que presentan patología dual, destacando que entre los que continúan en seguimiento, la recaída es también mayor en pacientes que muestran patología dual que en una muestran control en la que los pacientes sólo muestran alcoholismo.

Según Del Nogal (2015), una de las manifestaciones del incumplimiento podemos verla en la asistencia a las citas, en las que se observa una gran inestabilidad, de la que culpan la mayor parte de las veces a otras personas y factores, obviando su propia responsabilidad. Como hemos comentado antes, un indicador de buen pronóstico, es la permanencia de estos pacientes en

consulta, mientras que un mal pronóstico sería el haber visitado a un gran número de terapeutas.

El hecho de que un porcentaje alto de estos pacientes abandonen a lo largo de los tres primeros meses, convierte la adherencia al tratamiento en un aspecto clave y también en un indicador de la efectividad del tratamiento (Martínez, 2011). Si permanecen en tratamiento las personas con Trastorno de personalidad pueden mejorar en su funcionamiento general (Skodol, 2007), de lo que se desprende que la relación entre terapeuta y paciente tiene puede influir en la voluntad del paciente para continuar o abandonar el tratamiento. Una buena adherencia disminuye la probabilidad de abandono y se sabe que los tratamientos más largos se asocian a mejores resultados (Jackson, 2002; Volkow, 2013). Se sabe que la alianza terapéutica es el predictor más significativo del desenlace de la terapia. No es el diagnóstico categórico lo que más influye en la relación sino la calidad de la relación terapéutica (Bender, 2007). Este buen vínculo terapéutico también es apoyado por Del Nogal (2015), que señala que para evitar el incumplimiento terapéutico debe tenerse en cuenta el seguimiento de la pauta farmacológica, el establecer una buena alianza terapéutica, el contar con el apoyo familiar y mantener la abstinencia a las drogas.

En cuanto a las líneas futuras es necesario avanzar en conocimiento de cuáles son las terapias más eficaces en estos pacientes duales. Estrategias de confrontación que se han visto útiles en el tratamiento de las conductas adictivas, pueden ser menos eficaces e incluso contraproducentes cuando el paciente presenta además otra enfermedad psiquiátrica. Por el contrario, la terapia grupal, la terapia de contingencias y los tratamientos residenciales parecen ser útiles en estos pacientes duales. Así pues es necesario desarrollar terapias específicas dirigidas al paciente dual, que contesten las lagunas en eficacia, tolerabilidad y efectos adversos que tenemos en la actualidad. (Torrens, 2008).

4. CAPÍTULO CUARTO: METODO

4.1. Definición del problema y objetivos de la investigación

4.1.1. Objetivos

Las preguntas que pretendemos responder con esta investigación son: ¿Qué aspectos caracterizan a un grupo de drogodependientes? y ¿cómo interactúan los rasgos y trastornos de la personalidad con el tratamiento de la adicción?

En relación a dichos problemas planteamos los siguientes objetivos:

- Conocer las características sociodemográficas y de consumo de un grupo de adictos bajo tratamiento.
- Comprobar si determinados trastornos de personalidad y síndromes clínicos cambian con el tratamiento de la adicción y si permiten predecir el abandono del mismo.
- Comprobar si el nivel de autoconcepto se asocia con el abandono y edad de inicio del tratamiento de la adicción.
- Analizar si el autoconcepto cambia con el tratamiento de la adicción y si se asocia con signos psicopatológicos
- Evaluar si el nivel de mistificación se ve influenciado por el tratamiento.
- Analizar si el nivel de autoengaño se asocia con el abandono y edad de inicio del tratamiento de la adicción.
- Evaluar si los factores de personalidad cambian con el tratamiento y predicen el abandono del mismo.
- Determinar si algunos factores concretos de personalidad se a asocian con ciertos trastornos de la personalidad en personas en tratamiento de la adicción.

4.1.2. Hipótesis:

Las hipótesis de partida que se plantean en este trabajo son que los drogodependientes presentan ciertas características específicas y que determinadas variables de personalidad como el autoconcepto y la mistificación así como ciertos trastornos interactúan con el tratamiento de la adicción.

Hipótesis generales:

Las hipótesis generales planteadas para dar respuesta a estas hipótesis iniciales serían las siguientes

H1: Las personas bajo tratamiento por adicción presentan unas características sociodemográficas e historia clínica determinadas.

H2: Determinados trastornos de personalidad y síndromes clínicos se verán modificados por el tratamiento e influirán sobre la probabilidad de abandono del mismo.

H3: El autoconcepto se verá modificado por el tratamiento, influirá sobre la edad de inicio y probabilidad de abandono del mismo y se relacionará con determinados rasgos de personalidad y síndromes clínicos.

H4: La mistificación se verá modificada por el tratamiento y el autoengaño influirá en las probabilidades de abandono y en la edad de inicio del mismo.

H5: Las dimensiones de personalidad medidas a través del NEO-FFI pueden relacionarse con rasgos patológicos de personalidad, cambiar con el tratamiento e influir sobre las probabilidades de abandono del mismo.

Hipótesis específicas:

Para probar o rechazar estas hipótesis se han tenido presentes las siguientes hipótesis específicas:

H1a: Las personas bajo tratamiento en el Instituto Hipócrates presentan unas determinadas características de edad, sexo, estado civil y número de hijos.

H1b: Las personas bajo tratamiento en el instituto Hipócrates presentan unas determinadas características de antecedentes psicopatológicos, de patología orgánica, tratamiento farmacológico y tratamientos anteriores.

H2a: Aquellos individuos que presenten una estructura de personalidad con rasgos antisociales o egocéntricos, tendrán mayor probabilidad de abandonar el tratamiento que aquellas que no lo presenten.

H2b: Los rasgos de personalidad antisocial, límite y egocentrismo cambiarán a los 20 meses de tratamiento con respecto a los obtenidos a los 3 meses.

H2c: Los niveles de ansiedad y depresión a los 20 meses de tratamiento cambiarán respecto a los obtenidos a los 3 meses.

H2d: Las personas con rasgos de personalidad obsesivo-compulsivo, tendrán menor abandono de la terapia.

H3a: Las personas con adicción que presenten un autoconcepto negativo, manifestarán a su vez un mayor número de síntomas o signos psicopatológicos, como ansiedad, depresión, manía, rasgos límites y antisociales, y agresión.

H3b: Aquellos sujetos que posean un autoconcepto negativo tendrán un mayor número de recaídas.

H3c: El autoconcepto a los 20 meses de tratamiento será mayor que el obtenido a los 3 meses.

H3d: Aquellos sujetos que presenten un menor autoconcepto, empezarán el tratamiento más tardíamente.

H4a: Existe una elevada presencia de personalidad mixtificada en las personas de recién ingreso en comparación con aquellos que llevan en tratamiento 20 meses.

H4b: Las personas con adicción que posean al inicio del tratamiento un alto grado de autoengaño tendrán un mayor número de recaídas en comparación con las personas que no lo posean.

H4c: Las personas con mayor grado de autoengaño iniciarán el tratamiento más tarde en comparación con aquellas personas que no presenten tal nivel de autoengaño.

H5a: Aquellas personas que muestren altas puntuaciones en el factor de personalidad “amabilidad” a través del Inventario de Personalidad NEO-FFI, mostrarán un menor número de recaídas que el resto.

H5b: Aquellos individuos que presenten alta puntuación en el factor de personalidad “neuroticismo” a través del Inventario de Personalidad NEO-FFI, presentaran a su vez altas puntuaciones en las escalas de rasgos límites y rasgos antisociales.

H5c: Aquellas personas que muestren altas puntuaciones en el factor de personalidad “amabilidad” a través del Inventario de Personalidad NEO-FFI, mostrarán bajas puntuaciones en los rasgos de personalidad límites y antisociales.

H5d: Aquellas personas que muestren altas puntuaciones en el factor de personalidad “Responsabilidad” a través del Inventario de Personalidad NEO-FFI mostrarán puntuaciones bajas en rasgos antisociales.

H5e: Los factores de personalidad: neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad experimentaran cambios a los 20 meses respecto a los obtenidos a los 3 meses.

4.2. Metodología

4.2.1 Sujetos

La muestra estuvo compuesta por 60 sujetos (50 hombres y 10 mujeres) de una media de edad de 37.68 años (D.T.= 11.73) que se encontraban en tratamiento de desintoxicación de sustancias psicoactivas en el Instituto Hipócrates y que fueron previamente diagnosticados. Del total de la muestra, un 44.07% eran solteros; un 23.73% casados; un 18.64% tenían pareja; un 11.86% estaban separados; y un 1.69% eran viudos. La selección muestral, se realizó bajo criterios no aleatorios, sino de conveniencia. Para la inclusión de los sujetos, se debían cumplir una serie de criterios:

- Haber sido diagnosticado de un trastorno de uso de sustancias.
- Estar ingresado en el centro de desintoxicación.
- Llevar 3 meses de tratamiento.

Se toma como criterio de exclusión de este estudio todos aquellos sujetos que, habiendo sido diagnosticados de un trastorno por uso de sustancias, lo hubieran sido también de cualquier otra alteración que imposibilitara la correcta administración de las escalas de evaluación, o ser menor de 18 años.

4.2.1.1. Contexto terapéutico.

La clínica Hipócrates es una Institución de intervención intensiva, la cual oferta régimen de internamiento, especializada en el tratamiento de pacientes que presentan un trastorno por dependencia de sustancias psicoactivas. Ofrece un tratamiento de alta intensidad terapéutica en el que los pacientes se concentran exclusivamente en su tratamiento durante su ingreso, desarrollando únicamente actividades de valor terapéutico directamente relacionadas con su recuperación.

Los objetivos terapéuticos que se persiguen son los siguientes:

- 1) Identificar y diagnosticar correctamente la dependencia del paciente y sus posibles complicaciones orgánicas.
- 2) Desarrollar estrategias terapéuticas eficientes para que el paciente comprenda su enfermedad y aprenda a vivir bien sin consumir sustancias adictivas.
- 3) Conseguir la reinserción personal, familiar, social y profesional del paciente.
- 4) Lograr que familiares y parejas puedan entender esta enfermedad.

El tratamiento aporta al paciente y a la familia el entrenamiento necesario para alcanzar plenamente estos objetivos. Se trata de que el paciente deje de consumir, comprenda la enfermedad y aprenda a vivir bien sin consumir alcohol ni otras drogas.

El proceso terapéutico incluye las cuatro fases clásicas:

- 1) Desintoxicación: la desintoxicación es el proceso por el cual el paciente deja de consumir las sustancias a las que es adicto con la ayuda de medicación de apoyo para evitar la aparición de síndromes de abstinencia.
- 2) Deshabitación: proceso de identificación y sustitución de los hábitos y actitudes alterados, por otros que mejoran la calidad de vida del paciente
- 3) Rehabilitación: la rehabilitación tiene como objetivo la recuperación de las habilidades perdidas o no desarrolladas por el paciente a causa del consumo. La herramienta fundamental del proceso es la terapia grupal e individual. La terapia se complementa con otras actividades encaminadas al control de impulsos, reducción de ansiedad, supervisión de horarios y mejora de las habilidades de afrontamiento.
- 4) Seguimiento: una vez el paciente es dado de alta de la clínica se realiza el seguimiento terapéutico del paciente, realizado por una psicóloga profesional y por terapeutas (pacientes rehabilitados y formados en drogodependencias).

El seguimiento del paciente, se lleva a cabo mediante:

- 1) Terapia de grupo: Una vez dado de alta del ingreso, el paciente seguirá asistiendo a grupos de terapia desde su domicilio durante el tiempo necesario para completar su recuperación. La frecuencia de esta asistencia a terapia irá variando en función de la evolución y necesidades del paciente. En todos los casos se llevará un control de la evolución del paciente desde Instituto Hipócrates mediante visitas periódicas e ingresos cortos de refuerzo cuando sean necesarios.
- 2) Terapia para familiares y de pareja: fomenta la participación de la familia en todo el proceso terapéutico. Durante el ingreso, familiares y parejas pueden asistir a terapias específicas para ellos y disponen de entrevistas programadas con el equipo terapéutico. Tras el alta del paciente, familiares y parejas pueden seguir asistiendo a terapia y a las visitas médicas y psicológicas en que su presencia sea conveniente.
- 3) Seguimiento médico y psicológico: Cuando termina el período de ingreso el paciente continúa con su tratamiento a nivel ambulatorio en lo que denominamos fase de seguimiento. El objetivo que se persigue es consolidar y conseguir su completa recuperación. En esta fase el paciente recibe atención médica y psicológica individual y continúa acudiendo a terapias de grupo. La red de delegaciones y centros colaboradores de Instituto Hipócrates permite que todos los pacientes puedan disfrutar de un adecuado seguimiento.

4.2.2. Materiales

Para la realización de esta Tesis se emplearon una serie de instrumentos de evaluación además del análisis estadístico de los resultados obtenidos.

Instrumentos de evaluación:

Para poder evaluar los datos sociodemográficos, se aplicó un protocolo de evaluación, previo a la realización de las pruebas, en la que se recogieron aspectos generales como la edad, sexo, estado civil y número de hijos. Además, se registraron otros aspectos relacionados con la adicción, como son las sustancias consumidas en el momento de la

demanda del tratamiento, el tratamiento farmacológico, los antecedentes de patología orgánica y psicopatología y los tratamientos previos.

Para la evaluación de la personalidad se empleó el Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R) (Costa y McCrae, 1992) en su forma reducida, Inventario NEO reducido de Cinco Factores (NEO-FFI) y adaptación española (Cordero, Pamos y Seisdedos, 2008). Este inventario, ofrece una medida de las cinco principales dimensiones o factores de personalidad. Sus cinco escalas fundamentales permiten una evaluación global de la personalidad del individuo, y son: neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad.

Para la evaluación de los rasgos de personalidad normal, trastornos de personalidad y síndromes clínicos se aplicó el Personality Assessment Inventory (PAI) (Morey, 2007) en su adaptación española (Ortiz-Tallo, Santamaría, Cardenal y Sánchez., 2011). Dicho inventario es un cuestionario de evaluación de la personalidad diseñado para proporcionar información sobre variables clínicas críticas de los sujetos evaluados. Contiene 344 ítems de aplicación individual o colectiva, a partir de los 18 años en adelante que permiten obtener puntuaciones en 22 escalas: 4 escalas de validez (inconsistencia, infrecuencia, impresión negativa, impresión positiva), 11 escalas clínicas (quejas somáticas, ansiedad, trastornos relacionados con la ansiedad, depresión, manía, paranoia, esquizofrenia, rasgos límites, rasgos antisociales, problemas con el alcohol y problemas con las drogas); 5 escalas de consideraciones generales para el tratamiento (agresión, ideaciones suicidas, estrés, falta de apoyo social y rechazo al tratamiento); y 2 escalas de relaciones interpersonales (dominancia y afabilidad). Sus puntuaciones se expresan en puntuaciones típicas (T) que tienen una media de 50 y una desviación típica de 10.

Por otra parte, para la evaluación del autoconcepto se administró la Escala de Autoconcepto de Tennessee (TSCS) (Fitts, 1965) en su adaptación española realizada por Garanto (1984). El inventario consta de 100 ítems de aplicación individual o colectiva a personas mayores de 12

años. Ofrece 26 puntuaciones en total, de las cuales 11 son las más representativas y reflejan el nivel total de autoconcepto, los niveles específicos de autoconcepto, autoestima y autocomportamiento; la distinción en las áreas física, moral, personal, familiar y social así como la autocrítica y la

variabilidad o integración de las distintas facetas del sí mismo. Valora componentes tanto internos (autoconcepto, autoestima y autocomportamiento) como componentes externos (sí mismo físico, moral-ético, personal, familiar y social).

Por último, se administró el Inventario de Autoengaño y Mixtificación (Sirvent, 2010) que consta de 50 ítems que permiten una evaluación del nivel de autoengaño y mixtificación de la persona en 5 dimensiones (insinceridad y opacidad comunicativa,, manipulación, mecanismos de negación y reincidencia y registro de la realidad interesado o distorsionado).

En cuanto al análisis estadístico de los datos, este se realizó por medio del paquete estadístico SPSS versión 22.

4.3.3. Descripción de Variables

El trabajo recogido en este informe de investigación se llevó a cabo con el método de investigación correlacional de encuesta ya que no existe control ni manipulación por parte del investigador sobre los valores de las variables independientes. Estos valores dependen de los sujetos.

El diseño utilizado fue el longitudinal puesto que de que cada sujeto se obtuvo un total de 3 medidas, cada una en un momento temporal diferente con el objetivo de examinar el cambio experimentado por las características psicológicas a lo largo de los primeros meses de tratamiento. Las medidas se tomaron:

* 1ª medida: a los 3 meses del inicio del tratamiento.

* 2ª medida: a los 8-9 meses del inicio del tratamiento.

* 3ª medida: a los 20 meses del inicio del tratamiento.

Posteriormente, se utilizaron diferentes pruebas estadísticas para determinar el grado en el que las variables se encuentran asociadas. Dichas variables empleadas en este trabajo, junto con sus opciones de respuesta y explicaciones, son expuestas a continuación:

Las variables sociodemográficas recogidas fueron:

o Edad: variable cuantitativa medida por los años que tiene el sujeto.

o Sexo: variable cualitativa dicotómica (1: hombre; 2: mujer)

o Hijos: variable cuantitativa que indica el número de hijos

o Estado civil: variable cualitativa que indica el estado civil (1: soltero; 2: en pareja; 3: casado; 4: separado; 5: divorciado; 6: viudo).

Las variables relacionadas con el consumo fueron:

o Tipo de sustancia consumida: variable cualitativa que indica la/s sustancia/s que ha consumido el individuo a lo largo de vida.

o Antecedentes psicopatológicos: variable cualitativa dicotómica (1: sí; 2: no) referida al diagnóstico de otra psicopatología diferente a la relacionada con el consumo de sustancia.

o Antecedentes de patología orgánica: variable cualitativa dicotómica (1: sí; 2: no) referida a la presencia de otras patologías no psiquiátricas.

o Tratamiento anterior: variable cualitativa dicotómica (1: sí; 2: no) que indica si el sujeto ha estado en tratamiento médico o psicológico anteriormente por sus problemas de adicción.

La escala NEO-FFI evalúa las dimensiones de personalidad normal. Para ello, mide las siguientes variables:

o Neuroticismo: variable cuantitativa medida en puntuaciones T que informa del grado de ajuste emocional de la persona.

o Extraversión: variable cuantitativa medida en puntuaciones T que mide el grado de vinculación con la gente, la preferencia por grupos y reuniones.

o Apertura: variable cuantitativa medida en puntuaciones T que hace referencia a la integración activa, sensibilidad estética, atención a los sentimientos interiores, preferencia por la variedad, curiosidad intelectual e independencia de juicio.

o Amabilidad: variable cuantitativa medida en puntuaciones T que define la tendencia interpersonal, altruismo y cooperativismo.

o Responsabilidad: variable cuantitativa en puntuaciones T que informa sobre la voluntad de logro, carácter, escrupulosidad o fiabilidad de la persona.

La escala de autoconcepto de Tennessee evalúa variables relacionadas con el autoconcepto, la autoestima y el autocomportamiento y otras variables. Se definen a continuación:

o Autoconcepto: variable cuantitativa que evalúa la actitud del participante hacia sí mismo. Dentro de esta variable son evaluadas otras variables más específicas, como el autoconcepto físico, autoconcepto moral-ético, autoconcepto personal, autoconcepto familiar y el autoconcepto social

o Autoestima: variable cuantitativa que evalúa lo que el sujeto siente sobre sí mismo. Es decir, la aceptación o rechazo de uno mismo. Las variables específicas medidas son la autoestima físico, autoestima moral-ético, autoestima personal, autoestima familiar y la autoestima social,

o Autocomportamiento: variable cuantitativa que evalúa lo que le gustaría al sujeto hacer consigo mismo. Mide las conductas o intenciones

de conducta a realizar. Las variables específicas son la autocomportamiento físico, autocomportamiento moral-ético, autocomportamiento personal, autocomportamiento familiar y el autocomportamiento social

o Otras variables: otras variables cuantitativas medidas por este cuestionario son el sí mismo físico, el sí mismo moral-ético, el sí mismo personal, el sí mismo familiar, el sí mismo social, la puntuación total, la capacidad de autocrítica y la varianza

Por su parte, el Inventario de autoengaño y mistificación mide una serie de variables que son expuestas a continuación:

o Manipulación: variable cuantitativa que mide el intento de modificar en beneficio propio las emociones y el entendimiento del interlocutor por parte del sujeto.

o Mistificación y autoengaño: variable cuantitativa que evalúa la generalización del autoengaño y la forma de vivir engañosa. Sería la percepción de la realidad interesada o distorsionada, una variable que evalúa la deformación subjetiva tanto de la percepción interna como la externa.

o Insinceridad y opacidad comunicativa: variable cuantitativa que indica la falta de veracidad tanto en la comunicación como al hablar consigo mismo.

o Mecanismos de negación: variable cuantitativa que evalúa el no reconocer algo o no admitir su existencia.

Estas variables son recogidas dentro de una escala general que ofrece el cuestionario.

En lo referente al Personality Assessment Inventory (PAI), este cuestionario mide variables recogidas en sus escalas y subescalas. Todas ellas son variables cuantitativas (puntuaciones T) de media 50 y desviación típica 10 y se exponen a continuación:

o Validez: inconsistencia, infrecuencia, impresión negativa e impresión positiva.

o Indicadores complementarios de validez: inconsistencia al final del cuestionario, índice de simulación, Función discriminante de Rogers, índice de defensividad y Función discriminante de Cashel.

o Las escalas clínicas e índices complementarios: se evalúan las quejas somáticas, ansiedad, trastornos relacionados con la ansiedad, depresión, manía, paranoia, esquizofrenia, rasgos límites, rasgos antisociales, problemas con el alcohol y problemas con las drogas.

o Escalas relacionadas con el tratamiento: como lo son los tratamientos anteriores o algunas consideraciones de éste, midiendo la agresión, las ideaciones suicidas, el estrés, la falta de apoyo social y el rechazo al propio tratamiento y que puede ser medida por el número de recaídas. Por último, se resalta la existencia o no de patologías o psicopatologías orgánicas.

o Escalas de relaciones interpersonales: mide variables que indican la dominancia y afabilidad del adulto

o Subescalas clínicas: quejas somáticas medidas por la conversión, somatización e hipocondría; ansiedad medida por medio de la ansiedad cognitiva, ansiedad emocional y ansiedad fisiológica; trastornos relacionados con la ansiedad, como el trastorno obsesivo-compulsivo, las fobias, el trastorno por estrés postraumático; depresión, evaluada mediante depresión cognitiva, depresión emocional y depresión fisiológica; manía, medida en función del nivel de actividad, grandiosidad e irritabilidad; paranoia, medida por la hipervigilancia, persecución y resentimiento; esquizofrenia medida por medio de experiencias psicóticas, indiferencia social y alteraciones del pensamiento; rasgos límites, evaluados por medio de la inestabilidad emocional, alteración identidad, relaciones interpersonales problemáticas y autoagresiones; rasgos antisociales, medidos por medio de conductas antisociales, egocentrismo y búsqueda de sensaciones; y

agresión, evaluada por medio de la actitud agresiva, agresiones verbales y agresiones físicas.

o Índices complementarios: índice potencial de suicidio e índice potencial de violencia e índice de dificultad en el tratamiento

o Índices estimados: índice estimado de problemas con el alcohol e índice estimado de problemas con las drogas.

4.2.4 Procedimiento

La recogida de la información se llevó a cabo mediante los cuestionarios mencionados en los apartados anteriores. Se constituirá el grupo empírico en base a la base de datos del Instituto Hipócrates, elegido para desarrollar el estudio.

La recogida de datos de los pacientes en tratamiento se realizó, reuniendo a un grupo de ellos para invitarles a formar parte de la investigación, motivándolos respecto a la utilidad que su participación tendría en la mejora de los tratamientos a los que se ven sometidos.

La participación en la investigación, tanto del cumplimiento de los datos como de la colaboración en el estudio, será de manera voluntaria. Se les informó del carácter confidencial y anónimo de las respuestas. Por ello, antes de proceder a la aplicación y recogida de las pruebas, los pacientes firmaron un consentimiento informado.

Todos los pacientes completaron una entrevista inicial para dar a conocer todos los datos sociodemográficos, la cantidad y el tipo de sustancias consumidas, la historia de consumo, las psicopatologías y los antecedentes de patología orgánica.

Una vez estén reunidos todos estos datos, se procedió a cumplimentar el análisis estadístico.

La elaboración de la tesis ha seguido las siguientes fases

- Determinación del problema objeto de estudio de interés.
- Planteamiento de los objetivos, hipótesis y metodología para su contrastación.
- Fijación de la población diana.
- Determinación del método de elección de la muestra.
- Selección y/o elaboración de los cuestionarios.
- Recogida de datos.
- Análisis de los datos e interpretación de los resultados.
- Elaboración de las conclusiones.

5. CAPÍTULO QUINTO: ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS

Una vez recogidos los datos, pasamos a realizar los análisis estadísticos necesarios para responder a los objetivos e hipótesis planteados. Para ello realizaremos los siguientes análisis:

A. Análisis descriptivo de las características sociodemográficas y relacionadas con el tratamiento del grupo de adictos del estudio.

B. Contrastes T de Student para muestras relacionadas con el objetivo de comprobar si hay diferencias en determinadas medidas de personalidad y síndromes clínicos obtenidas a los 3 y 20 meses de tratamiento.

C. Contrastes no paramétricos con la prueba exacta de Fisher para analizar si determinadas medidas de personalidad y síndromes clínicos pueden predecir el abandono del tratamiento por adicción.

D. Contrastes no paramétricos con la U de Mann Whitney para determinar si existe asociación entre presentar un bajo autoconcepto y determinados rasgos de personalidad, síndromes clínicos y edad de comienzo del tratamiento.

E. Contraste T de Student para evaluar si el nivel de autoengaño influye en la edad de comienzo del tratamiento.

F. Correlaciones de Pearson para analizar la relación existente entre algunos factores de personalidad del NEO-FFI y determinados trastornos de la personalidad en adictos.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

En este primer apartado damos respuesta a las dos primeras hipótesis:

H_{1a}: Las personas bajo tratamiento en el Instituto Hipócrates presentan unas determinadas características de edad, sexo, estado civil y número de hijos (Tabla 1).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de variables sociodemográficas del grupo en tratamiento (media y desviación típica)

	N	Media / %	D.Tipo
Edad	60	37,80	11.67
Sexo	60		
Hombres	50	83,33	
Mujeres	10	16,67	
Estado Civil	60		
Soltero/a	26	43,30	
Pareja	11	18,30	
Casado/a	14	23,30	
Separado/a	7	11,70	
Divorciado	1	1,70	
Viudo/a	1	1,70	
Hijos	60	0,72	1,04

En la muestra de 60 personas bajo tratamiento por adicción la edad media es de 37.68 años y predominan los varones con un 83.33% sobre el total. El estado civil más frecuente son los solteros que representan el 44.07%. Por último, la media de hijos por persona es de 0.71.

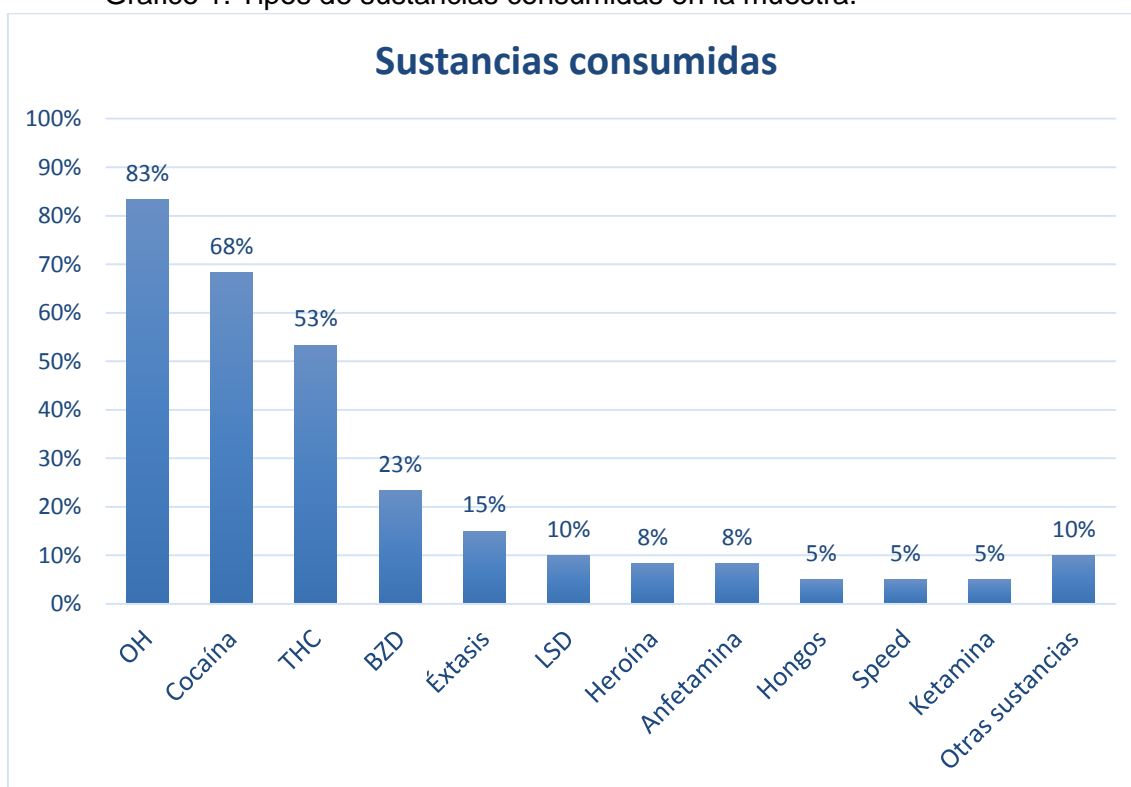
H1b: Las personas bajo tratamiento en el instituto Galeno presentan unas determinadas características de antecedentes psicopatológicos, de patología orgánica, tratamiento farmacológico, tratamientos anteriores y tipo de sustancias consumidas (Tabla 2 y Gráfico 1).

Tabla 2. Aspectos relacionados con el tratamiento.

	n	Sí (%)
Psicofármacos	60	53.33
Tratamiento anterior	60	75
Antecedentes psicopatológicos	60	40
Antecedentes de patología orgánica	60	38.33

En relación a aspectos relacionados con el tratamiento podemos destacar que más de la mitad de las personas en tratamiento, concretamente el 53.33%, toman psicofármacos. Así mismo, el 75% estuvo en tratamiento previamente por sus problemas de adicción y el 40% y el 38.33% tienen antecedentes psicopatológicos y de patología orgánica respectivamente.

Grafico 1. Tipos de sustancias consumidas en la muestra.



El gráfico de sustancias consumidas nos permite destacar sobretodo el consumo de tres sustancias por encima del resto. El 83% de la muestra consume alcohol, el 68% cocaína y más de la mitad, el 53%, cannabis.

ANÁLISIS INFERENCIAL

Antes de proceder a la aplicación de las correspondientes técnicas estadísticas para el contraste de nuestras hipótesis se ha procedido a comprobar la validez de las puntuaciones obtenidas por los sujetos en el Inventario de Evaluación de la Personalidad, PAI. Esta prueba cuenta con escalas específicas de validez que permiten detectar a las personas que responden al cuestionario de forma distorsionada, azarosa, con descuido o falta de atención. Las puntuaciones de los sujetos que superaron los valores recomendados en estas escalas han sido eliminadas con el fin de que nuestras conclusiones se correspondan lo más fielmente posible a la realidad. Las escalas de validez y sus valores correspondientes que supusieron la eliminación de las puntuaciones de los sujetos fueron:

Tabla 3. Escalas de validez y puntuaciones T en el inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)

Infrecuencia (INF) > 74 o Inconsistencia (INC) > 74
Infrecuencia (INF) > 59 e Inconsistencia (INC) > 63
Impresión negativa (IMN) > 100
Impresión positiva (IMP) > 64
Índice de Simulación (SIM) > 81
Índice de Defensividad (DEF) >67

Además de las indicadas en la tabla 3 existe otra escala de validez en el PAI denominada *Inconsistencia al final del cuestionario (INC-F)*. Para valores en esta escala superiores a una puntuación T de 69 no dimos por invalidada la prueba del sujeto para el estudio, sino que procedimos a interpretar la versión abreviada del PAI que se obtiene a partir de las respuestas a los 165 primeros ítems.

SEGUNDA PARTE. ESTUDIO EMPÍRICO

A continuación, vamos a analizar mediante la prueba T de Student para muestras relacionadas si determinadas puntuaciones de personalidad y síndromes clínicos cambian a lo largo del tratamiento. Para usar esta prueba previamente se comprobó que las diferencias entre observaciones se distribuían de forma normal mediante la prueba de Shapiro-Wilk (Tabla 4):

Tabla 4. Prueba de normalidad de diferencias entre medidas 1 y 3 de rasgos de personalidad, síndromes clínicos y factores de personalidad del NEO-FFI

Shapiro-Wilk			
	Estadístico	gl	Sig.
Rasgo antisocial	,978	17	,932
Rasgo límite	,965	17	,722
Egocentrismo	,860	8	,121
Ansiedad	,963	17	,686
Depresión	,959	17	,607
Autoconcepto	,981	40	,743
Mistificación	,983	40	,794
Neuroticismo	,976	40	,554
Extraversión	,972	40	,424
Apertura	,955	40	,112
Amabilidad	,983	40	,802
Responsabilidad	,979	40	,654

Como podemos observar en la Tabla 4 en todas las variables se cumple el supuesto de normalidad ($p > ,05$).

Las hipótesis a contrastar y la Tabla 5 de resultados son:

H2b: Los rasgos de personalidad antisocial, límite y egocentrismo cambiarán a los 20 meses de tratamiento con respecto a los obtenidos a los 3 meses.

H2c: Los niveles de ansiedad y depresión a los 20 meses de tratamiento cambiarán respecto a los obtenidos a los 3 meses.

H3c: El autoconcepto a los 20 meses de tratamiento será mayor que el obtenido a los 3 meses.

H4a: Existe una elevada presencia de personalidad mixtificada en las personas de recién ingreso en comparación con aquellos que llevan en tratamiento 20 meses.

H5e: Los factores de personalidad: neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad experimentaran cambios a los 20 meses respecto a los obtenidos a los 3 meses.

Tabla 5. T de Student para medidas 1 y 3 de rasgos de personalidad, síndromes clínicos y factores de personalidad del NEO-FFI.

	N	Media 3 meses	Media 20 meses	T Student muestras relacionadas	P valor
Rasgo antisocial	17	67,18	62,29	1,671	,114
Rasgo límite	17	65,53	54,65	3,779	,002**
Egocentrismo	8	61,63	58,75	,555	,596
Ansiedad	17	60,82	52,24	3,730	,002**
Depresión	17	66,47	55,82	2,904	,010*
Autoconcepto	40	312,25	341,93	5,052	,000** (unilateral)
Mistificación	40	3,08	2,57	3,699	,001** (unilateral)
Neuroticismo	40	36,35	34,45	1,708	,096
Extraversión	40	37,40	36,75	,941	,353
Apertura					
Amabilidad	40	37,15	35,95	1,573	,124
Responsabilidad	40	38,15	39,85	-2,140	,039*

*Significación al 95% ($p < ,05$) Significación al 99% ($p < ,01$)

En la tabla 5 se muestran las medias obtenidas de las personas que permanecían en tratamiento a los 20 meses y sus valores medios a los 3 meses. A continuación se presentan los valores de T de Student y sus p valores asociados. Se incluyen en el análisis sólo los cuestionarios que superaron las escalas de validez. Atendiendo a la significación de los estadísticos T de Student para muestras relacionadas podemos afirmar que las puntuaciones de las personas en tratamiento por adicción descienden a los 20 meses respecto a las obtenidas a los 3 meses en el rasgo límite de la personalidad ($p = ,002$; $p < ,001$), ansiedad ($p = ,002$; $p < ,01$), depresión ($p = ,010$; $p < ,05$) y mistificación ($p = ,001$ $p < ,01$); por el contrario, aumentan su valor en autoconcepto ($p = ,000$; $p < ,01$) y responsabilidad ($p = ,039$; $p < ,05$).

Para comprobar si determinados rasgos de personalidad permiten pronosticar el abandono del tratamiento usaremos la Prueba exacta de Fisher. Hemos codificado tanto los rasgos de personalidad como el abandono en variables dicotómicas (presencia versus ausencia). De la combinación de los valores de cada rasgo de personalidad con el abandono, dos variables cualitativas dicotómicas, resultan tablas 2x2. Para el estudio de la asociación de variables cualitativas en muestras pequeñas suele utilizarse la prueba de la Chi-Cuadrado pero se recomienda el Test exacto de Fisher cuando alguna de las celdas de la tabla 2x2 tenga un valor esperado inferior a 5, como ocurre en nuestro caso. A continuación veamos nuestras hipótesis y la tabla 6 con los análisis:

H2a: Aquellos individuos que presenten una estructura de personalidad con rasgos antisociales o egocéntricos, tendrán mayor probabilidad de abandonar el tratamiento que aquellas que no lo presenten.

H2d: Las personas con rasgos de personalidad obsesivo-compulsivo, tendrán menor abandono de la terapia.

H3b: Aquellos sujetos que posean un autoconcepto negativo tendrán un mayor número de recaídas.

SEGUNDA PARTE. ESTUDIO EMPÍRICO

H4b: Las personas con adicción que posean al inicio del tratamiento un alto grado de autoengaño tendrán un mayor número de recaídas en comparación con las personas que no lo posean.

H5a: Aquellas personas que muestren altas puntuaciones en el factor de personalidad “amabilidad” a través del Inventario de Personalidad NEO-FFI, mostrarán un menor número de recaídas que el resto.

Tabla 6. Prueba exacta de Fisher para contrastar la relación entre rasgos de personalidad y abandono de la terapia.

Rasgo Antisocial	Abandono		Total fila	Sig. Unilateral
No	14	42,4%	33	,054
Sí	0	0,0%	6	
Total columna	14	35,9%	39	
Egocentrismo				
No	11	47,8%	23	,039*
Sí	0	0,0%	6	
Total columna	11	37,9%	29	
Obsesivo-compulsivo				
No	8	47,1%	17	,208
Sí	3	25%	12	
Total columna	11	37,9%	29	
Autoconcepto				
Negativo	6	40,0%	15	,447
Positivo	5	31,3%	16	
Total columna	11	35,5%	31	
Autoengaño				
Bajo	7	46,7%	15	,054
Alto	2	13,3%	15	
Total columna	9	30,0%	30	

SEGUNDA PARTE. ESTUDIO EMPÍRICO

Amabilidad				
Baja	9	52,9%	17	,120
Alta	5	27,8%	18	
Total columna	14	40%	35	

*Significación al 95% ($p < ,05$) Significación al 99% ($p < ,01$)

Los resultados de la tabla 6 nos indican que los sujetos no egocéntricos abandonan con mayor probabilidad (47,8%) el tratamiento que los sujetos egocéntricos (0,0%) ($p = ,039$; $p < ,05$). El resto de variables de personalidad según nuestros datos no sirven para pronosticar el abandono de la terapia.

A continuación, pasaremos a contrastar si el autoconcepto se relaciona con una serie de síntomas psicopatológicos. Para estos contrastes utilizaremos la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney por ser más adecuada que la T de Student para muestras pequeñas como las nuestras. Posteriormente estudiaremos la posible relación entre el autoconcepto y la edad de inicio del tratamiento. Para este contraste usaremos también la U de Mann-Whitney pues el tamaño de las muestras es mayor pero la distribución de una de estas no es normal, concretamente el grupo con autoconcepto positivo (Tabla 7):

Tabla 7. Prueba de normalidad para edad de inicio del tratamiento en función del nivel de autoconcepto.

		Shapiro-wilk		
	autoconcepto	Estadístico	gl	Sig.
Edad	Negativo	,930	15	,269
	Positivo	,875	16	,033*

*Significación al 95% ($p < ,05$)

Para terminar este bloque estudiaremos la posible relación entre autoengaño y edad de inicio del tratamiento. En este contraste utilizaremos la prueba T de Student pues el tamaño es el tamaño de las muestras es adecuado y se distribuyen normalmente (Tabla 8):

Tabla 8. Prueba de normalidad para edad de inicio del tratamiento en función del nivel de autoengaño.

		Shapiro-Wilk		
	Autoengaño	Estadístico	gl	Sig.
Edad	Bajo	,884	15	,054
	Alto	,973	15	,898

*Significación al 95% ($p < ,05$)

Las hipótesis concretas, la Tabla 9 y Tabla 10 son:

H_{3a}: Las personas con adicción que presenten un autoconcepto negativo, manifestarán a su vez un mayor número de síntomas o signos psicopatológicos como ansiedad, depresión, manía, rasgos límites y antisociales, y agresión.

H_{3d}: Aquellos sujetos que presenten un menor autoconcepto, empezarán el tratamiento más tardíamente.

H_{4c}: Las personas con mayor grado de autoengaño iniciarán el tratamiento más tarde en comparación con aquellas personas que no presenten tal nivel de autoengaño.

SEGUNDA PARTE. ESTUDIO EMPÍRICO

Tabla 9. U de Mann Whitney para contrastar si determinados signos psicopatológicos y rasgos de personalidad se relacionan con el nivel de autoconcepto.

Autoconcepto	N	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Sig. unilateral
		Ansiedad		
Negativo	10	13,90	26	,021*
Positivo	11	8,36		
		Depresión		
Negativo	10	14,85	16,50	,004**
Positivo	11	7,50		
		Manía		
Negativo	10	12,05	44,5	,229
Positivo	11	10,05		
		Rasgos límites		
Negativo	10	13,30	32	,053
Positivo	11	8,91		
		Rasgos antisociales		
Negativo	10	11,65	48,5	,323
Positivo	11	10,41		
		Agresión		
Negativo	10	14	25	,017*
Positivo	11	8,27		
		Edad		
Negativo	15	21,10	43,50	,001**
Positivo	16	11,22		

*Significación al 95% ($p < ,05$) Significación al 99% ($p < ,01$)

Tabla 10. T de Student para contrastar si la edad de inicio del tratamiento depende del nivel de autoengaño.

Autoengaño	N	Edad (Media)	T de Student	Sig. unilateral
Bajo	15	36,533	,412	,342
Alto	15	34,733		

*Significación al 95% ($p < ,05$) Significación al 99% ($p < ,01$)

La Tabla 9 muestra de forma segregada a los sujetos del estudio en dos grupos, los que presentan un alto autoconcepto y los que tienen un bajo autoconcepto, y sus rangos promedios en diferentes síntomas psicopatológicos, rasgos de personalidad y edad. La significación del estadístico U de Mann-Whitney nos permite sostener que las personas bajo tratamiento por adicción que presentan una autoconcepto negativo a su vez tienen más síntomas de ansiedad ($p = ,021$; $p < ,05$), depresión $p = ,004$; $p < ,01$), agresión ($p = ,017$, $p < ,05$) e inician el tratamiento a una mayor edad ($p = ,001$; $p < ,01$).

La Tabla 10 divide a las personas de la muestra en dos, aquellos que tienen un bajo y un alto autoengaño. La significación de la T de Student nos lleva afirmar que ambos grupos acuden a tratamiento a la misma edad ($p = ,342$; $p > ,05$).

En este último bloque de contrastes vamos a analizar las posibles relaciones entre algunos factores de personalidad del NEO-FFI y los trastornos límite y antisocial de la personalidad. Para estudiar las relaciones entre estas variables cuantitativas utilizaremos la correlación de Pearson. Las hipótesis concretas y la tabla 8 son:

H_{5b}: Aquellos individuos que presenten alta puntuación en el factor de personalidad “neuroticismo” a través del Inventario de Personalidad NEO-FFI, presentaran a su vez altas puntuaciones en las escalas de rasgos límites y rasgos antisociales.

H_{5c}: Aquellas personas que muestren altas puntuaciones en el factor de personalidad “amabilidad” a través del Inventario de Personalidad NEO-FFI, mostrarán bajas puntuaciones en los rasgos de personalidad límites y antisociales.

H_{5d}: Aquellas personas que muestren altas puntuaciones en el factor de personalidad “Responsabilidad” a través del Inventario de Personalidad NEO-FFI mostrarán puntuaciones bajas en rasgos antisociales.

Tabla 11. Correlación de Pearson entre rasgos de personalidad y factores de personalidad del NEO-FFI-

		Neuroticismo	Amabilidad	Responsabilidad
Limite	N	39	39	
	Correlación de Pearson	,511	-,004	
	Sig. Unilateral	,001**	,492	
Antisocial	N	39	39	39
	Correlación de Pearson	-,002	,081	,096
	Sig. Unilateral	,495	,313	,280

*Significación al 95% (p < ,05) Significación al 99% (p < ,01)

En la tabla 11 observamos que la única correlación significativa ($p = ,001$; $p < ,01$) es la existente entre neuroticismo y trastorno límite de la personalidad. Por tanto, podemos afirmar que aquellos sujetos que muestran altas puntuaciones en el factor de la personalidad del NEO-FFI neuroticismo también obtienen altas puntuaciones en el rasgo límite de la personalidad. Estas variables presentan una correlación positiva de ,511. La interpretación del valor de la correlación depende del tamaño de la muestra por eso utilizaremos mejor el coeficiente de determinación que se obtiene elevando al cuadrado la correlación entre variables. El coeficiente de determinación nos indica la proporción de variabilidad que comparten las variables correlacionadas. En nuestro caso podemos afirmar que como el coeficiente de determinación es de ,261, neuroticismo y trastorno límite de personalidad comparten un 26,11 % de variabilidad

6. CAPÍTULO SEXTO: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El objetivo principal de este estudio, como se comentó en el planteamiento de la investigación (p. 153) es saber cómo interactúan la personalidad y los trastornos por uso de sustancias, determinar qué variables influyen en la adhesión al tratamiento y la prevención de recaídas, y también ver cómo a lo largo del tratamiento al que estas personas se someten, van cambiando estas variables. También se pretendían describir las características de los sujetos que formaron parte de la muestra.

Para ello, se han formulado una serie de hipótesis generales y específicas que a continuación intentaremos aceptar o rechazar en base a los resultados obtenidos. Hecho esto, se establecerán las conclusiones más relevantes que puedan aportar luz al abordaje que se hace de las personas con trastorno por uso de sustancias, de cara a la mejora de los tratamientos que se les puedan ofrecer.

En cuanto a las características, de los sujetos objeto de estudio, representadas en las hipótesis H1a y H1b (p.154). La muestra estuvo compuesta por 50 hombres y 10 mujeres de una media de edad de 37.68 años. Todos ellos se encontraban en tratamiento de desintoxicación de sustancias psicoactivas en el Instituto Hipócrates y fueron previamente diagnosticados de trastorno por uso de sustancias. Del total de la muestra, un 44.07% eran solteros; un 23.73% casados; un 18.64% tenían pareja; un 11.86% estaban separados; y un 1.69% eran viudos. La media de hijos por persona es de 0.71.

En relación al tratamiento podemos destacar que más de la mitad de las personas en tratamiento, concretamente el 53.33%, toman psicofármacos. Así mismo, el 75% estuvo en tratamiento previamente por sus problemas de adicción y el 40% y el 38.33% tienen antecedentes psicopatológicos y de patología orgánica respectivamente

En cuanto a las sustancias consumidas, aparece como principal objeto de consumo el alcohol, seguido de la cocaína y el cannabis. En menor proporción también se observa el consumo de benzodiazepinas, éxtasis, LSD, heroína, anfetaminas, hongos, speed y ketamina. Este patrón de consumo se asemeja a los publicados por el Plan Nacional sobre Drogas (2013), que recoge los datos de la OEDT: Encuesta sobre alcohol y drogas en España, las sustancias ilegales consumidas alguna vez en la vida con mayor rango de consumo fueron el cannabis (27.4%), cocaína en polvo (8.8%), éxtasis (3.6%) y anfetaminas/speed (3.3%). Otras sustancias con datos a destacar son el alcohol (90.9%), tabaco (71.7%), hipnosedantes (19.6%) y los tranquilizantes (17.1%). La edad de inicio media de cada una de estas sustancias se sitúa en los 16 años para el alcohol y el tabaco, en los 18 para el cannabis, en los 20 para las anfetaminas, alucinógenos, heroína y éxtasis, y en los 21 para la cocaína en polvo, en los 22 para la cocaína base y en el caso de los hipnosedantes a los 34,5 años

En cuanto a la población general, Los datos demuestran que las drogas de mayor consumo son, por este orden, el alcohol (el 76,6% lo ha consumido en los últimos doce meses), el tabaco (40,2%) y los hipnosedantes (11,4%). La proporción de personas que consume hipnosedantes supera por primera vez a la de los consumidores de cannabis.. En cuanto a las diferencias de género, se da un mayor consumo entre los hombres, excepto en el caso de los hipnosedantes, donde la proporción de mujeres consumidoras duplica al de los varones. En el caso de la cocaína, la proporción de hombres cuadruplica a la de las mujeres, y en el del cannabis, esta proporción casi se triplica. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013)

A pesar de que nuestra muestra es mayoritariamente masculina, en cuanto a la diferencia por género, el consumo de sustancias psicoactivas es más prevalente en hombres, excepto en los hipnosedantes. Por otro lado, el policonsumo es cada vez más prevalente en nuestra sociedad, ocupando el alcohol hasta un 90% de estos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013), algo que también se observa en nuestra muestra.

El considerar el proceso de adicción como multicausal, nos ha llevado a plantar dos líneas en la investigación, por un lado, la sintomatología de los trastornos de la personalidad afectan plenamente al funcionamiento habitual del individuo y a su propia capacidad de autorregulación (Caballo, 2004), además, el carácter de estos trastornos es egosintónicos, es decir, los sujetos vivencian los rasgos psicopatológicos como propios de su personalidad, dicho de otra forma, lo incorporan como rasgos de su autoconcepto. La otra vertiente se deriva de la problemática principal que nos ha ocupado a lo largo de esta tesis, la adicción, que se inmiscuye en la propia identidad de la persona a través de los procesos, el autoengaño y la mistificación.

Es muy complicado determinar cuáles son los trastornos de personalidad que están relacionados con la adicción. Esta comorbilidad, traducida al diagnóstico de patología dual, implica un peor pronóstico y mayor dificultad en el tratamiento. Nace et al. (1991) estiman en un 57% el porcentaje de consumidores de sustancias psicoactivas que tienen al menos un trastorno de personalidad. Según Verheul (2001), la prevalencia de los trastornos de personalidad en sujetos normales oscila entre un 10 y un 15%, en sujetos consumidores de drogas en tratamiento entre un 35 y un 73% y en sujetos que son pacientes psiquiátricos oscila entre un 40 y un 85%. (López y Becoña, 2006)

En cuanto a los trastornos de personalidad y los trastornos por uso de sustancias, el trastorno límite de personalidad presenta una epidemiología aproximada de un 2% de la población general, un 10% de pacientes de centros ambulatorios de salud mental y un 20% de pacientes psiquiátricos ingresados. La prevalencia entre la población clínica oscila entre el 30 y 60%. Presenta una elevada comorbilidad con trastornos por uso de sustancias y la sintomatología del trastorno límite tiende a solaparse con algunos trastornos del estado de ánimo, especialmente con depresión mayor, pero también con distimia y trastorno bipolar II, así como con esquizofrenia.

En cuanto a los datos en población adicta, los datos son dispares, por un lado el trastorno límite se considera junto con el antisocial como uno de los

más frecuentes, Skinstad y Swain (2001) y San (2004), y por otro, en una investigación a través de resultados obtenidos con el MCMI-II (Lorea et al., 2008) se apunta que el 36,7% de la muestra clínica, obtuvo puntuaciones indicadoras de la existencia de, al menos, un trastorno de la personalidad, siendo los trastornos menos representados el antisocial y límite, con un 3,3%, y el trastorno autodestructivo de la personalidad con un 1,7%. Los observados con mayor frecuencia fueron el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad y el trastorno dependiente la personalidad (10%), el trastorno obsesivo-compulsivo y el histriónico (un 6,7% del total), y los trastornos esquizoide, fóbico, narcisista y agresivo-sádico (el 5% del total de la muestra) cada uno

En nuestra investigación pretendíamos relacionar la personalidad con rasgos antisociales, egocéntricos y obsesivo compulsivos con la probabilidad de abandonar el tratamiento, obteniéndose a través de los resultados, que estos pacientes lo abandonan en la misma medida que otras personas que no tienen esta estructura de personalidad, por lo que las hipótesis H2a y H2d (p. 155), deben ser rechazadas.

Estos resultados, se ven apoyados por los obtenidos por Martinez et al. (2009), que valoraron la influencia de los trastornos de personalidad en la eficacia del programa de prevención de recaídas en el tratamiento del alcoholismo. En este estudio se concluyó que el éxito del tratamiento no dependía de la presencia de trastornos de la personalidad ni, en este caso concreto, del patrón de consumo de alcohol. Cuando la persona presenta un trastorno de la personalidad, el tratamiento debe atender especialmente los precipitantes de craving. La sensibilidad a los estímulos condicionados asociados al consumo parece depender específicamente de la presencia de Trastorno de Personalidad, no sucediendo igual con otras psicopatologías concomitantes. Según los datos de este estudio, los pacientes con un Trastorno de Personalidad son más sensibles y reaccionan en mayor medida a las circunstancias ambientales, a los acontecimientos estresantes y a variables fisiológicas. Es precisamente por esto, por lo que al comienzo del tratamiento del trastorno por uso de sustancias se trabajan la motivación, la conciencia de enfermedad, los factores de riesgos y sobre todo, el control estimular.

Esta influencia del tratamiento, nos hizo plantearnos que los rasgos de personalidad antisocial, límite y egocentrismo cambiarán a los 20 meses de tratamiento con respecto a los obtenidos a los 3 meses, sin embargo, el tratamiento parece afectar sólo, según nuestros datos, a los rasgos límites, no observándose cambios en los demás. Por lo tanto H2b, solo puede aceptarse en parte.

En los trastornos por uso de sustancias, es muy común la presencia de síndromes clínicos comórbidos, como ansiedad o depresión, La ansiedad y/o depresión están muy presentes en personas dependientes de alcohol (Casas, 2002). Dichos síntomas asociados tienden a mejorar en pocas semanas, cuando el paciente ha efectuado un tratamiento de desintoxicación y consigue mantenerse en remisión de su alcoholismo. En esta misma línea, planteamos en la H2c que los niveles de ansiedad y depresión a los 20 meses de tratamiento cambiarán respecto a los obtenidos a los 3 meses, observándose en los resultados, una disminución de los niveles en ambos casos, aceptándose por tanto esta hipótesis

Tal como refieren Becoña y Cortés (2011), a la hora de realizar la evaluación de este tipo de trastornos se necesita tener en cuenta la relación temporal entre el momento del consumo y la aparición y curso de estos síntomas con el síndrome de abstinencia o la intoxicación producidos por el consumo de drogas

En muchos casos, la presencia de estos síntomas ansiosos y depresivos es una consecuencia del inicio del tratamiento, no sólo por el vacío emocional que provoca el abandono del consumo de la sustancia, requisito indispensable para recuperarse de esta enfermedad, sino también por el tiempo que la persona ha empleado en consumir y en actividades relacionadas con el consumo. La persona no sabe aburrirse y empieza a tapar el malestar con otras conductas adictivas. Otra fuente de ansiedad y depresión al inicio del tratamiento es el ir tomando conciencia de su situación personal, y de los desastres que le ha ocasionado el consumo. A medida que avanza el tratamiento, el paciente sigue otras pautas y estilo de vida, incluida la práctica

de deporte, lleva a cabo una terapia grupal diaria donde se trabaja el autoengaño y empieza a cambiar la escala de valores y a disfrutar de esta vida sin consumir, a causa de todo esto, se consiguen minimizar los niveles de ansiedad y depresión, lo que explica que a los 20 meses de tratamiento, estos hayan bajado con respecto a los tres primeros meses.

En esta investigación, se planteó el autoconcepto como variable fundamental en el proceso de la adicción. El autoconcepto influye en la percepción social, la situación y elección de la compañía, las estrategias de interacción y las reacciones al feedback (Apodaca, 1996). Por tanto, es destacable el papel que juega el autoconcepto en la autorregulación del comportamiento, pues influye en el establecimiento de metas y en la preparación y autoevaluación de la propia conducta, lo que supone un comportamiento clave en el caso de las personas con dependencia de sustancias.

Con respecto al autoconcepto planteábamos diferentes hipótesis, la primera de ellas, lo relacionaba con ansiedad, depresión, manía, rasgos límites y antisociales, y agresión (H3a p.155). Tras el análisis de los resultados, parece que no está relacionado con los rasgos límites, antisociales o manía, pero sí con ansiedad, depresión y agresividad. Esto podría explicarse por lo que implica en sí el autoconcepto negativo, la peor imagen de sí mismos que tienen estas personas, la falta de habilidades, de aceptación de su problemática, y también la falta de confianza en sí mismos.

Bermúdez et al, (2010) explica que la ansiedad y el deseo de escapar de una situación, por falta de recursos o capacidad o por las consecuencias emocionales, puede provocar a menudo un aumento en el consumo de sustancias, como alcohol u otras drogas, para evadirse de la realidad. Esto ocurre en las personas con autoconcepto negativo, que valoran sus capacidades y habilidades como insuficientes o o válidas para resolver determinadas situaciones.

La falta de inhibición o impulsividad se encuentra en la base de los trastornos de dependencia a sustancias así como en otros tipos de trastorno

mental como los de la personalidad (Bolinches et al, 2002). Esta falta de control, al igual que la incapacidad para resolver situaciones de manera adecuada, pueden relacionarse con la agresividad. Por esto podemos decir que la H3a se cumple en parte

Las hipótesis H3b y H3d (p.155) planteaban la influencia del autoconcepto negativo tanto en las recaídas como en la edad de inicio del tratamiento. Los resultados encontrados parecen demostrar que el autoconcepto está relacionado con el inicio tardío, pero no con las recaídas. Las recaídas podrían estar más condicionadas por la falta de motivación, un alto craving, o la impulsividad, más que por el autoconcepto negativo.

Sí se observa que en los adictos con un autoconcepto bajo el inicio es más tardío, aceptándose la H3d. El autoconcepto supone autoconocimiento, y este al ser deficitario, puede implicar que la persona tome conciencia más tardíamente de su problema de adicción, culpando de su malestar a otros factores, tales como relaciones personales, laborales y familiares. El que estas personas consideren que sus habilidades son deficitarias, también pueden llevarse a considerarles incapaces de abandonar esta adicción, algo que también influirá en el momento en que se inicie el tratamiento.

En muchos casos el inicio del tratamiento viene determinado por la presión familiar. Muchas veces la familia ayuda a la toma de conciencia de enfermedad y de la necesidad de tomar una decisión al respecto de la adicción. Además en el proceso terapéutico, cuando hay un aumento del craving y la persona quiere abandonar, la actitud de los familiares tiene mucho peso. Esta influencia de la familia ha sido valorada por autores como Cancrini (1991) y Steinglass (1989)

No se han encontrado estudios que relacionen el autoconcepto con el inicio tardío o las recaídas, aunque como hemos dicho, sí se considera un elemento importante para el inicio del uso de la sustancia y sobre todo para tener en cuenta en las terapias. Precisamente, hicimos referencia a ello en la H3c (p.155), y los datos demuestran que el autoconcepto sufre una variación a lo largo del tratamiento, apreciándose una mejora del mismo a los 20 meses de

la terapia, con respecto a las mediciones que se hace a los tres meses del inicio.

La terapia está orientada desde el primer momento al trabajo del autoconcepto, lo que explicaría esta variación. El trabajo del autoconcepto es elemental en terapias de corte cognitivo, ya que tiene una influencia determinante en el comportamiento, la motivación y los sentimientos del sujeto (Apodaca, 1996). Por medio de la terapia se dota a estos enfermos de habilidades de las que carecían, del mismo modo, al ir avanzando en el tratamiento, logrando metas, se produce una mejora de la autoestima y de la forma en la que se valoran, lo que contribuye a una mejora a nivel de autoconcepto.

Otra variable objeto de nuestra investigación es el autoengaño, considerada como una condición aprendida y desarrollada a lo largo de la vida adictiva. Este autoengaño o mistificación, según Sirvent (2006), se inicia en la etapa pre-adictiva del sujeto, justificando su comportamiento. El adicto llega a interiorizar tanto la mentira que para él se acaba convirtiendo en una realidad, no limitándose esta al ámbito adictivo sino al quehacer cotidiano (Sirvent, 2007)

En el estudio longitudinal de Sirvent, "Autoengaño y adicción, clínica y psicoterapia" (2007). Observó la respuesta de adictos al tratamiento, confirmando una mejora en el nivel de autoengaño tras la intervención terapéutica. A esta conclusión también han llegado los resultados de nuestra investigación, apreciándose un menor nivel de autoengaño en las personas que llevaban más tiempo de tratamiento, con respecto a las que acababan de iniciarlo, aceptándose por lo tanto la H4a (p.155)

La persona adicta vive en una realidad distinta durante muchos años ya que el consumo altera la comunicación neuronal, la persona piensa de manera errónea y se autoengaña. Cuando se inicia el tratamiento, la persona comienza a ser consciente de que el consumo de sustancias le ha provocado esa manera de pensar patológica que le ha servido para justificar y mantener el consumo. Este engaño a nivel cerebral se recoge en la investigación de Tirapu, Landa y Lorea (2003), donde hacen referencia a este funcionamiento cerebral

como base de la mentira. En esta investigación, también explican que el adicto crea una historia autobiográfica libre de problemas, totalmente irreal y particular, que obviamente se irá desmoronando a medida que avance la terapia, de ahí la diferencia entre ambas mediciones.

En nuestra investigación nos planteábamos que las personas con adicción que posean al inicio del tratamiento un alto grado de autoengaño, tendrían un mayor número de recaídas en comparación con las personas que no lo posean y también lo relacionábamos con un inicio tardío del tratamiento. Sin embargo, tras los datos obtenidos, tenemos que rechazar las H4b y H4c, ya que nuestros resultados consideran el autoengaño como no relevante en ambos casos. Estos resultados contradicen a Sirvent (2007) que afirma que la percepción errónea del mundo del adicto lo haría recaer.

La influencia del autoengaño en el inicio del tratamiento y en la posibilidad de recaer aún no están suficientemente investigadas, por lo que podrían plantearse futuras investigaciones al respecto.

En cuanto a la manera en que correlacionan, personalidad y adicción y cómo influyen estas en la adhesión al tratamiento, no planteamos que las personas que muestren altas puntuaciones en el factor de personalidad “amabilidad” a través del Inventario de Personalidad NEO-FFI, mostrarán mayor adherencia al tratamiento y un menor número de recaídas que el resto (H5a). En las terapias parece observarse que las personas con una mayor amabilidad, participarían más en el grupo y tendrían un mayor enganche terapéutico. Según la descripción del NEO-FFI, las personas con amabilidad están dispuestas a ayudar a los demás, y piensan que los otros se sienten igualmente satisfechos de hacer esto mismo. Los resultados obtenidos sin embargo, plantean que la amabilidad no está relacionada con las recaídas, no siendo un factor de protección, por lo que esta hipótesis debe ser rechazada., No hemos encontrado ninguna investigación que relacione la puntuación de amabilidad con las recaídas, si bien, se han relacionado los cinco grandes con los trastornos de personalidad. En un estudio de Pedrero (2003) se concluye que los trastornos de personalidad pueden caracterizarse a partir de peculiares

configuraciones de rasgo. Apunta, que esto podría tener repercusiones para el diseño de intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas.

En este estudio, también se relacionan como en nuestra hipótesis H5b, las puntuaciones del factor de personalidad neuroticismo medido con el Inventario de Personalidad NEO-FFI, con las altas puntuaciones en las escalas de rasgos límites y rasgos antisociales. Esta hipótesis queda aceptada en parte por los datos obtenidos, ya que sí parece correlacionar con los rasgos límites, pero esto no ocurre en el caso de los rasgos antisociales. En un estudio posterior, Pedrero (2008), afirma que existen rasgos de personalidad que sí parecen vincularse más estrechamente a los trastornos adictivos: la Impulsividad (Búsqueda de Novedad o Déficit en el Control de los Impulsos, según el modelo teórico), posiblemente vinculado al inicio temprano y los episodios de abuso, y el Neuroticismo (Evitación del Daño o Control de las Emociones), posiblemente más vinculado al mantenimiento del hábito, la dependencia y la severidad. En las hipótesis H5c y H5d también correlacionamos diferentes factores, altas puntuaciones "amabilidad" a través del Inventario de Personalidad NEO-FFI, con bajas puntuaciones en los rasgos de personalidad límites y antisociales y también altas puntuaciones de responsabilidad con bajas puntuaciones en rasgos antisociales.

Tras los resultados obtenidos, ambas hipótesis deben ser rechazadas, ya que no se aprecia una correlación significativa entre estos factores.

Resulta complicado establecer una relación entre los rasgos de personalidad y la adicción. Aunque se acepta que no existe una personalidad prototípica del consumidor de sustancias, existe un elevado interés por conocer el papel que juega la personalidad en el desarrollo de la adicción, especialmente de cara a la intervención (Calafat, Amengual y Farres, 1985), (Pedrero, 2008)

La investigación se ha centrado, especialmente en la última década, en encontrar los elementos de la personalidad que favorecen el consumo de sustancias, la implantación del hábito, la aparición y mantenimiento de la dependencia y el abandono del consumo (Eysenck, 1997)

En la última hipótesis (H5e), también nos planteamos cómo afectaba la terapia a los factores de personalidad: neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad, augurando la existencia de cambios a los 20 meses de tratamiento en relación a las medidas tomadas a los tres. Este estudio longitudinal ha demostrado que sólo el factor responsabilidad parece verse afectado por el tratamiento, aumentando en la última medición. El resto de los factores no ha sufrido cambios significativos.

El tratamiento en sí, podría ser el causante de que sólo varíe la medida de responsabilidad en la tercera medida, ya que es el aspecto que más se trabaja a lo largo de la terapia. Las personas adictas, como hemos dicho anteriormente tienen una especial sensibilidad para detectar los estímulos que lo incitan al consumo, por eso es tan importante trabajar el control estímulos. Esto se hace a través de unas pautas de horarios y actividades diarias, exigiéndole al adicto desde el primer momento, que sea responsable tanto para cumplirlas como para mantenerse sin consumir. Por lo tanto es lógico, que la responsabilidad aumente a lo largo del tratamiento.

En esta primera parte de la terapia, se deja a un lado el trabajo que implica el desarrollo de los demás factores. Dado que el adicto vive casi en una burbuja durante este tratamiento, no necesita desarrollar sus habilidades sociales, ya que la relación con los demás podría ser perjudicial, y el adicto necesita volverse egoísta para curarse. Por otro lado, tampoco puede llevar a cabo una vida normal, o exponerse a situaciones nuevas, porque todo esto se le limita, al tratarse de personas vulnerables que se dejan llevar por los demás. La inestabilidad en estas personas va a seguir presente, primero por el cambio que supone el abandono de la sustancia, y segundo porque el cerebro sigue recordando los efectos que le provocaba el consumo de la misma.

Quizás el cambio en las demás dimensiones se aprecie a los cinco años de tratamiento, que como afirma Nora Volkow (2013) es el tiempo adecuado para conseguir la recuperación de esta enfermedad que a pesar de todo, debe seguir considerándose como crónica.

La evaluación de los aspectos de la personalidad de los pacientes constituye un aspecto crucial para adaptar la intervención a las necesidades y características individuales. La creación de programas de tratamiento individualizados, conociendo las dimensiones de personalidad, los aspectos a modificar y las estrategias o recursos a utilizar, aumentaría la posibilidad de éxito terapéutico e incluso la adherencia a los mismos

Martínez y Trujillo (2003) recogen las consecuencias de la presencia de trastornos de personalidad en los consumidores de drogas si no se aborda el tratamiento de forma adecuada: dificultad para alcanzar la abstinencia con frecuentes recaídas en el consumo, baja adherencia al tratamiento y abandono del mismo, consumos importantes de otras sustancias diferentes a la que motiva el tratamiento, uso abusivo y erróneo de los psicofármacos, y deterioro de la relación paciente-terapeuta, entre otras.

A modo de resumen, podemos decir que la relación entre trastornos de personalidad y trastornos por uso de sustancia, ha sido objeto de numerosos estudios en los últimos años. A pesar de esto, no contamos con un patrón de personalidad que defina claramente el perfil del adicto, Si bien, parece existir un acuerdo en los patrones de impulsividad y en la dificultad para valorar las consecuencias o el daño presentes en las personas que consumen algún tipo de sustancias y llegan a desarrollar una adicción. Consideramos que no existe tanta comorbilidad entre los trastornos por uso de sustancias y trastornos de personalidad, pero si rasgos de personalidad y características comunes en los adictos que provocan el desarrollo de esta enfermedad, tales como autoconcepto bajo, manipulación, impulsividad

Nos parece excesivo el extender el diagnóstico de patología dual como se está haciendo hasta el momento, ya que en el caso de los pacientes que consiguen mantenerse en abstinencia durante un periodo de tiempo razonable, dejan de presentar estos trastornos mentales no inducidos por sustancias. Estamos de acuerdo con Carrascal y Álvarez (2002) en que hay un intento de re-psiquiatrizar la drogodependencia, y en que también se aprecia cierto interés de la industria farmacéutica en cuanto al uso de fármacos para personas

diagnosticadas con patología dual. Creemos que en este campo de las drogodependencias la psicología tiene mucho que aportar.

Por otro lado, parece quedar clara la comorbilidad de la ansiedad y la depresión en los trastornos por uso de sustancia, pareciendo más una consecuencia de los mismos, ya que tanto en nuestro estudio como en otros, se ha demostrado un descenso de los niveles de ambas a medida que avanza el tratamiento. De esto se desprende la necesidad de tener en cuenta estos cuadros durante la evaluación y el tratamiento.

También tienen una gran presencia en las personas que padecen esta enfermedad el autoconcepto negativo y el autoengaño. Aunque no parece haber relación con la adhesión al tratamiento ni con el momento en que se inicia el mismo, sí que ambas variables se ven afectadas por el tratamiento, disminuyendo a medida que este avanza. Numerosos estudios, han relacionado el autoconcepto negativo con el inicio del consumo de sustancias en la adolescencia, y también se ha relacionado el autoengaño como un mantenedor y justificador del consumo. Se coincide en la idea de que deben ser dos variables tenidas muy en cuenta a lo largo del tratamiento.

Tal como planteábamos en la justificación de nuestra investigación, es necesario conocer cómo interactúan todos estos factores para dar respuestas a las preguntas que aún hoy encontramos sobre el abordaje de esta patología, y proporcionar a estos pacientes tratamientos adecuados y eficaces.

7. CAPÍTULO SEPTIMO: CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en nuestra investigación y en relación a los objetivos planteados, nuestro trabajo confirma:

- Los pacientes de la Clínica Hipócrates presentan como características determinadas el ser varón, (con un 83.33% sobre el total) soltero (que representan el 44.07%) y con una media de 0.71 hijos. En cuanto al tratamiento, el 53.33%, toman psicofármaco y , el 75% estuvo en tratamiento previamente por sus problemas de adicción. En cuanto a las patologías previas, el 40% tienen antecedentes psicopatológicos y el 38.33% antecedentes de patología orgánica respectivamente.
- Existen síndromes clínicos que varían a lo largo del tratamiento pero no parecen influir en la probabilidad de abandono del mismo.
- La mistificación varía a lo largo del tratamiento y el autoengaño influye en la edad de inicio del mismo.
- Algunas dimensiones de personalidad sufren cambios con el tratamiento pero no influyen significativamente en el abandono del mismo.

Las conclusiones que se desprenden del estudio se detallan a continuación:

1 La estructura de personalidad con rasgos antisociales y egocéntricos no está relacionada con el riesgo de abandonar el tratamiento

2. Sería necesario en este campo, determinar cuáles son aquellas variables relacionadas con la probabilidad de abandono

3. Los rasgos de personalidad antisocial y egocéntrico no parecen verse influenciados por el avance de la terapia.

4. Los niveles de ansiedad y depresión varían a lo largo del tratamiento al compararse las medidas iniciales con las finales.

5. Tanto en el caso de la ansiedad como en el de la depresión, se produce un descenso de sus niveles.

6. Los rasgos de personalidad obsesivo-compulsivo no influyen de manera significativa en el abandono de la terapia. Abandonándola en la misma medida que otros sujetos en los que estos rasgos no están presentes.

7. El autoconcepto negativo está asociado a la ansiedad, la depresión y la agresión, presentándose niveles más elevados que en personas con un mejor autoconcepto.

8. el autoconcepto negativo no está relacionado con la manía, ni con los rasgos límites ni antisociales.

9. La probabilidad de sufrir una recaída no es mayor en personas con un autoconcepto negativo.

10. La probabilidad de recaídas estaría relacionada con otros factores que no han sido determinados en este estudio, por lo que podrían ser líneas futuras de investigación.

11. El autoconcepto se ve influido por el tratamiento

12. A lo largo del tratamiento, se aprecia una mejora del autoconcepto.

13. el autoconcepto influye en la edad de inicio del tratamiento

14. Las personas con un mal autoconcepto iniciarán el tratamiento más tardíamente.

15. Los niveles de mistificación se ven afectados por el tratamiento

16. Se aprecian mayores niveles de mistificación al principio del tratamiento en comparación con las medidas de mistificación a los veinte meses.

17. El autoengaño no resulta significativo para predecir el riesgo de recaídas.

18. Las personas con adicción con un alto grado de autoengaño no presentan un mayor número de recaídas que las personas con menor autoengaño.

19. El nivel de autoengaño no influye en la edad de inicio del tratamiento.

20. Las altas puntuaciones en el factor amabilidad no está relacionado con las recaídas.

21. Estas puntuaciones en amabilidad no parecen ser un reflejo de la capacidad del sujeto para establecer buena alianza terapéutica que sí se considera de gran importancia para la adhesión al tratamiento.

22. las altas puntuaciones en amabilidad no están relacionadas con bajas puntuaciones en los rasgos de personalidad límites y antisociales.

23. las altas puntuaciones en neuroticismo no están relacionadas con las altas puntuaciones en las escalas de rasgos límites y antisociales medidas a través del NEO-FFI

24. Las altas puntuaciones en el factor de personalidad "Responsabilidad" a través del Inventario de Personalidad NEO-FFI no correlación con bajas puntuaciones en rasgos antisociales.

25. El factor de personalidad responsabilidad varía a lo largo de los veinte meses de tratamiento produciéndose un aumento en las puntuaciones del mismo.

26. En los factores de personalidad: neuroticismo, extraversión, apertura y amabilidad no se experimentan cambios a lo largo de los veinte meses.

27. El consenso sobre la necesidad de tratamientos de al menos entre cinco y tres años, nos llevan a pensar que en esos casos, sí se produciría un cambio en las puntuaciones de estos factores de personalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, M. y Teplin, A. (1991). "Co-occurring disorders among mentally ill jail detainees". *American Psychologist*, 1036-1045.
- Abu-Shams, K., de Carlos, M., Tiberio, G., Sebastián, A., Guillén, J. y Rivero, M. (1997). Autoconcepto de los adolescentes fumadores. *Psiquis*, 18 (9), 339-404.
- Adan, A. (2012). Impulsividad funcional y disfuncional en jóvenes con consumo intensivo de alcohol (binge drinking). *ADICCIONES*, 24, 17-22. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/17-22%20Adan.pdf>
- Álamo, C., López, F., Cuenca, E. (1999_a). Bases neurofarmacológicas para el abordaje terapéutico de la patología dual. En Salvanés, R., Álamo C (editores). *Avances en patología dual. Aspectos diagnósticos, clínicos, terapéuticos y asistenciales*. Madrid: Servicio de publicaciones de la Universidad de Alcalá, 1999a, 163-87.
- Allport, W. (1937) *Personality: A psychological interpretation*. Nueva York: Holt.
- Alonso, F. (1996). *Las otras drogas*. Madrid: Temas de Hoy.
- Álvarez, A. (1999). El valor del grupo en la recuperación del enfermo alcohólico. Jornadas Al-Andalus
- Ambrosio, E. (2003). Vulnerabilidad a la drogadicción. *ADICCIONES*, 15, 187-190.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *DSM-IV, Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4th Ed.)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson (original 2000).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (APA) (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4th Ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *DSM-5, Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (5th Ed.). Washington, DC: APA.
- Andrews, A. y Duncan, C. (1997). Examining the reciprocal relation between academia motivation and substance use: effects of family relationships, self-esteem and general deviance. *Journal Behavioural Medicine*, 20(6), 523-549.
- Apodaca, I. (1996) Autoconcepto y adicción: implicaciones para el tratamiento. *Adicciones. Revista Socidrogalcohol*, 8(1), 91-100
- Araque, F., De los Riscos, M., De la Casa, L. y López , F. (2004). Trastornos de Personalidad: una comparación entre consumidores de heroína, cocaína y alcohol. *Revista Española de Drogodependencia*. 29 (3y4), 224-237.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, D. y Babin, F. (2012). Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6, 121-128.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, D. y Babin, F. (2013). Abuso o dependencia al cannabis y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(2). 123-130
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, D. y Babin, F. (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual ent tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *ADDICCIONES*, 25(1), 191-200
- Ávila, A. y Herrero, R. (1995). La Personalidad y sus Trastornos: Aproximación a la obra de Theodore Millon. *Clínica y Salud*, 6, 131-159.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bandres, J., Campos, J. y Velasco, L. (1986). Tolerancia condicionada y drogodependencia. *Psicólogos*, 4, 18-30
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-115.
- Bandura, A. (1978). The self system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33, 344-358.
- Bandura, A. (1991). Human agency: The rhetoric and the reality. *American Psychologist*, 46, 157-162
- Barea, J., Benito, A., Real, M., Mateu, C., Martín E., López, N. y Haro, G. (2010). Estudio sobre aspectos etiológicos de la patología dual. *Adicciones*, 22(1). 15-24
- Barry, L., Fleming, F., Greenly, J., Widlak, P., Kropp, S y McKee, D. (1995). Assesment of alcohol an other drug disorders in the seriously mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 31-321
- Bartels, M., Van den Berg, M, Sluyter F, Boomsma, I. y De Geus, J. .(2003) Heritability of cortisol levels: review and simultaneous analysis of twin studies. *Psychoneuroendocrinology*. 28, 121-37.
- Beck, T. y Freeman, F. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, . T. y Freeman, . F. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós
- Beck, A. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press
- Beck, T., Butler, C,, Brown, K., Dahlsgaard, K., Newman, F. y Beck, S. (2001). Disfuncional beliefs discriminate personality disorders. *Behavior research and Therapy*. 39, 1213-1225.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beck, T., Rush, J., Shaw, B. y Emery G. (1979). Cognitive therapy of depression. *Aust N Z J Psychiatry*, 36(2), 272-5
- Beck, T., Wright, D., Newman, F., Liese, S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona. Paidós.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2008). Drogodependencias. En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (Eds.), *Manual de psicopatología*, edición revisada, vol. 1 (pp. 375-402). Madrid: McGraw-Hill.
- Becoña, E. (2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. *Revista iberoamericana de psicopatología*, 110, 58-61.
- Becoña, E. y Cortés, M. (2010). *Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación*. Valencia.: Socidrogalcohol.
- Becoña, E. y Cortés, M. (2011): *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Madrid, Socidrogalcohol
- Belda L., Cortés M.T. y Gradoli, V. T. (2010). Comparación de psicopatología en pacientes dependientes de alcohol, de cocaína y policonsumidores. *Revista Española de Drogodependencias*, 35 (4), 395-412.
- Belin, D., Mar, C., Dalley, W., Robbins, W. y Everitt, J. (2008) High impulsivity predicts the switch to compulsive cocaine-taking. *Science*, 320, 1352–1355. doi: 10.1126/science.1158136
- Belloch, A. (1996), *Mentes y cuerpos: amores, desamores y renunciaciones*. (The mind and the body: loves, coldnesses, and renunciations), En Pelechano, V. (ed) *Psicología Clínica y/o Psicología de la Salud* (Clinical Psychology and/or Health Psychology) (pp: 71-105), Valencia: Promolibro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Belloch, A. y Fernández, H. (2008). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*. Madrid: A. Mcgraw-Hill / Interamericana de España
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología (2 Vol.)*. "Edición Revisada". Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.
- Belloch, A., Martínez, P. y Pascual, M. (1996). Personalidad sana y personalidad trastornada. En Fierro, A. (Coor.). *Manual de Psicología de la Personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Bender, D. (2007). Alianza terapéutica. En. Oldham, M., Skodol, E. y Bender, D. *Tratado de los trastornos de la personalidad* (pp. 407-422). Madrid. Elseiver Masson
- Benjamín, S (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81(5), 392-425.
- Benjamin, S. (1993). *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- Benjamin, S. (1996). A clinican-friendly version of the Interpersonal Circumplex: Structural analysis of social behavior (SASB). *Journal of Personality Assessment*, 66(2), 248-266.
- Bermúdez, J. (1985). *Psicología de la Personalidad*. Madrid: UNED.
- Bermúdez, J. (1985b). Concepto de Personalidad. En J. Bermúdez (Ed.), *Psicología de la Personalidad*, Madrid: UNED, (vol.I, págs. 17-38)
- Bermúdez, J. (1986a). *Psicología de la personalidad*. Vol. I. Madrid: UNED.
- Bermúdez, J. (1985d). Modelos teóricos en Psicología de la Personalidad. En J. Bermúdez (Ed.), *Psicología de la Personalidad*, Madrid: UNED, (Vol.I, págs. 73-100)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bermúdez, J., Pérez. A. y Sanjuán (2003). *Psicología de la personalidad: teoría e investigación Volumen II*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia
- Bermúdez, J., Pérez. A. y Sanjuán (2010). *Psicología de la personalidad: teoría e investigación*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia
- Besteiro, J., Lemos, S., Muñiz, J., García, E. y Álvarez, M. (2007). Dimensiones de los trastornos de personalidad en el *MCMI-II*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 295-306.
- Blanco, P., y Sirvent, C. (2006). Psicopatología asociada al consumo de cocaína y alcohol. *Revista Española de Drogodependencias*, 31, 324-344.
- Blánquez, M. y Díaz Atienza, J. (2001). Autoconcepto y síntomas depresivos en adolescentes fumadores y no fumadores. *Revista de Psiquiatría y de Psicología del Niño y del Adolescente*, 1, 9-17.
- Blasco, J., Martínez , J., Carrasco, E. y Didia-Atlas, J. (2008). Adicción y Craving o Ganas Compulsivas. *Adicciones*, 4(20), 365-376
- Block, J. y Robins, R. (1993). A Longitudinal Study of Consistency and Change in Self- Esteem from Early Adolescence to Early Adulthood. *Child Developmen*, 64(3), 909-923
- Bobes, J., Bascarán, T., Carballo, L., Díaz, M., Flórez, G. y Sáiz, A. (2007). *Valoració de la gravedad de la adicció: aplicació a la gestió clínica y monitorizació de los tratamientos*. Recuperado en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ValoracionGravedadAdiccion.pdf>
- Bolinches, F., De Vicente, P., Castellano, M., Pérez, B., Haro, G., Martínez-Raga, J. y Cervera, G. (2002). Personalidades impulsivas y trastornos

por uso de sustancias: algo más que un diagnóstico dual. *Trastornos Adictivos*, 4(4), 216-222.

Brady T. y Sinha R. (1995) Co-occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1483-93

Bravo, R., Echeburúa E. y Aizpiri, J. (2008). Diferencias de sexo en la dependencia del alcohol: dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de la personalidad. *Psicothema*, 20, 218-223.

Brooner, K., Herbst, H., Schmidt, W., Bigelow, .E. y Costa, .T.Jr. (1993): Antisocial personality disorder among drug abusers: Relations to other personality diagnoses and the five-factor model of personality. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181: 313-319.

Brooner, K., Schmidt, W..Jr. y Herbst, H. (2002): Personality trait characteristics of opioid abusers with and without comorbid personality disorders. En Costa T. Jr. y Widiger, A. (Eds.): *Personality disorders and the Five-Factor model of personality* (2' Ed.): Washington: American Psychological Association.

Buela, G. (2012) CIE-11 O DSM-V ¿cuál debemos utilizar? Entrevista al director de la cie-11. Recuperado en : <http://www.cop.es/infocop/pdf/2069.pdf>

Bush, G. (2011). Cingulate frontal, and parietal cortical dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 9, 1160-7.

Buss, A., y Plomin, R. (1984). *Temperament: Early personality traits*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Butcher, N., y Rose, .V. (1996). Personality: Individual differences and clinical assessment. *Annual Review of Psychology*, 47, 87-111.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Caballo, E. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y Tratamiento*. Madrid: Síntesis
- Calafat, A., Amengual, M. y Farres, C. (1985). Life-style and drug use habits among secondary school students. *Bulletin on Narcotics*, 2, 113-123.
- Cancrini, L. (1991). *La psicoterapia: Gramática y Sintaxis*. Barcelona: Paidós.
- Cano, J., Rodríguez, L., García, J. y Antuña, A. (2005). *Introducción a la Psicología de la Personalidad aplicada a las Ciencias de la Educación*. Sevilla. MAD-Trillas Eduforma.
- Caprara, V. y Cervone, D. (2000). *Personality: Determinants, Dynamics, and Potentials*. Cambridge University Press
- Carrascal, L. y Álvarez, M (2002). El consenso de la SEO sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras dependencias a examen. *Revista Española de drogodependencias*. 27(1), 5-21
- Carreras, A. (2011). Intervenciones en el Consumo de Alcohol: De los Grupos de Autoayuda a la Regulación de la Propia Conducta. ¿Métodos Complementarios o Antagónicos?. *Clínica Contemporánea*. 2,(3), 249-269
- Carroll, M. (1998). *A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction*. Rockville, M.D.: National Institute on Drug Abuse.
- Carver, S. y Scheier, F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Casas M. (1993). *Trastornos psíquicos en las toxicomanías*. Barcelona: Neurociencias.
- Casas, M. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14, Supl. 1, 195-219

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Casas, M., Duro, P., y Pinet, C. (2006). Otras Drogodependencias. En Vallejo J. (Ed.), *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría* (pp. 620).
- Casas, M., y Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *ADICCIONES*, 14, 195-219.
- Cashdan, S. (1972). *Psicología de la conducta anormal*. Nueva Jersey:Prentice Hall
- Castaño, E. y Espada, A. (2005). Modelos circumplex de la conducta interpersonal en Psicología Clínica: desarrollos actuales y ámbitos de aplicación. *Apuntes de Psicología* 23(2), 183-196.
- Caton, L., ShROUT, E., Eagle, F., Opler, A. y Felix, A. (1994). Correlates of codisorders in homeless and never homeless indigent schizophrenic men. *Psychological Medicine*, 24(3), 681-688.
- Cattell, R. (1957). *Personality and motivation: Structure and measurement*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Chicharro, J., Pedrero, E. y Pérez, M. (2007). Autoeficacia para resistirse al consumo de sustancias como predictora de resultados de tratamiento y su relación con variables de personalidad; estudio de una muestra de adictos con el DICQ, el VIP y el MCMI-II. *ADICCIONES*, 19, 141-152.
- Cleck, N., Blendy, A. (2008). Making a bad thing worse: adverse effects of stress on drug addiction. *Journal Clinical Investigation*. 118, 454-61.
- Cloninger, R. (1986). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments*, 4, 167-226.
- Cloninger, R. (1987). Neurogenetic adaptive mechanism in alcoholism. *Science*, 236, 410-416.
- Cobos, F. (1998). *Carácter social y enfermedad, la metáfora médica y las ciencias sociales*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

- Compton, M., Dawson, A. , Goldstein, B. y Grant, F. (2013). Crosswalk between DSM-IV dependence and DSM-5 substance use disorders for opioids, cannabis, cocaine and alcohol. *Drug and Alcohol Dependence*, 122: 38-46
- Compton, M., Thomas, .F., Stinson, S. y Grant, F. (2007).Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSMIV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64, 566-576.
- Contel, M. y Gual, A. y Colom, J. (1999). Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *ADICCIONES*, 11, 337-47.
- Cordero, A., Pamos, A. y Seisdedos, N. (2008). *NEO PI-R, Inventario de Personalidad NEO Revisado (3ª ed.)*. Madrid: TEA.
- Corominas, M., Roncero, C. y Casas, M. (2009). *El sistema dopaminérgico en las Adicciones. Mente y Cerebro*, 35, 78-85
- Costa, T., & McCrae, R. (1985). *The NEO Personality Inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, T. y McCrae, R. (1990). Personality disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 4, 362-371.
- Costa, P. y McCrae, R. (1992). *Inventario de personalidad Neo Revisado (NEO-PI-R)*. Manual profesional. Madrid: TEA.
- Costa, T. y McCrae, R. (1994). Set like plaster? Evidence for the stability of adult personality. In Heatherton, F y Weinberg, L. (Eds.) *Can personality change?* (pp. 21-40). Washington: American Psychological Association.
- Costa, T. y McCrae, R. R. (1995). *Neo-PI-R: Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R)*. Odessa, FL: Psychological Assessment resources.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Costa, T. y Widiger, A. (Eds.) (2002). *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2nd ed.). American Psychological Association.
- Craig, R. (2005). *New directions in interpreting the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)*. New York: John Wiley.
- Cuffel, J., Shumway, M. y Choujian, L. (1994). A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia". *Journal of Nervous and Mental Disease*. 182, 704-708
- De León, L., Pérez, Y., Oropeza, R. y Ayala, H. (2001). *Inventario de situaciones de consumo de drogas. Adaptación, validación y confiabilización del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS) y el Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ)*. Tesis de licenciatura. México: Facultad de Psicología UNAM.
- De Miguel, A. (2000). *Psicología de la personalidad*. Proyecto Docente, Universidad de la Laguna. Recuperado de: <http://www.psicologia.ull.es/admiguel/proyecto.pdf>
- Del Castillo, J.A. (2014). *Fundamentos de prevención de adicciones*. Madrid: Edaf, S.L.U.
- Del Nogal, M. (2015). *Patología dual*. Madrid: Síntesis.
- Derogatis, L. R. (2002). *Cuestionario de 90 Síntomas. Revisado, SCL-90-R*. Madrid: TEA.
- Di Chiara G, Imperato A. (1985). Ethanol preferentially stimulates dopamine release in the nucleus accumbens. *European . Journal . Pharmacology*, 115, 131-132.
- Di Chiara, G., Bassareo, V., Fenu, S., De Luca, A., Spina, L., Cadoni, C., Acquas, E., Carboni, E., Valentini, V. y Lecca, D. (2004). Dopamine and drug addiction: the nucleus accumbens shell connection. *Neuropharmacology*. 47 Suppl 1, 227-41.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Dollar, J. y Miller, E. (1977). *Personalidad y psicoterapia*. Bilbao: Deschée de Biover.
- Doron, R y Parot, F. (2007). *Diccionario Akal de Psicología*. Madrid: Akal.
- Drake, E., Osher, C., Noordsy, L., Hurlbut, C., Teague, B. y Beaudett, S. (1990). Diagnosis of alcohol use disorders in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 57-67.
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Echeburúa, E. (2000). *¿Adicciones sin drogas?*. Bilbao. Ed. Desclée de Brouwer
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1994). Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora. *Clínica y Salud*, 5, 251-258.
- Echeburúa, E., Bravo de Medina, R. y Aizpiri, J. (2008). Variables de personalidad, alteraciones psicopatológicas y trastornos de personalidad en pacientes con dependencia de alcohol en función de la tipología Cloninger. *Psicothema*, 20(4), 525-530.
- Emery, M., McDermott, J., Holcomb, R. y Monty, P. (1993). The relationship between youth substance use and area-specific self-esteem. *Journal School Health*, 63, 224-228
- Endler, A. (1993). The colour of light in forest and its implications. *Ecol, Mono.* 63, 1-27
- Engel, L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de personalidad del DSM-V. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(1), 1-11

- Esnalao, I. (2006). Autoconcepto y consumo de drogas legales en la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencia*. 31(1); 57-66
- EUROPA PRESS. (2015): <http://www.infosalus.com/asistencia/noticia-expertos-creen-abordaje-patologia-dual-debe-centrar-recuperacion-funcional-paciente-20150505190042.html>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2014):*
<http://www.emcdda.europa.eu/>
- Evren, C., Durkaya, M., Evren, B., Dalbudak, E. y Cetin, R. (2012). Relationship of relapse with impulsivity, novelty seeking and craving in male alcohol-dependent inpatients. *Drug and Alcohol Review*, 31, 81–90. doi: 10.1111/j.1465-3362.2011.00303.x
- Eysenck, J. (1997). Addiction, Personality and Motivation. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 12 (Supl. 2), S79-S87.
- Eysenck, J. y Eysenck, W. (1985). *Personality and Individual Differences. A natural science approach*. New York: Plenum Press (trad. *Personalidad y diferencias individuales*. Madrid: Pirámide, 1987)
- Eysenk, J. (1970). *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Barcelona: Fontanella
- Federenko, S., Nagamine, M., Hellhammer, H., Wadhwa, D. y Wüst, S.(2004). The heritability of hypothalamus pituitary adrenal axis responses to psychosocial stress is context dependent. *Journal of Endocrinology and Metabolism*, 89, 6244-50.
- Fernández J. (2002). Trastornos de personalidad y adicción: relaciones etiológicas y consecuencias terapéuticas. *Anales de Psiquiatría*, 18, 421-7.
- Fernández, C. y Llorent, . M. (2006) Evaluación de constructos relacionados con las Teorías del Aprendizaje Social-Cognitivo en drogodependientes en tratamiento: fiabilidad y validez. *ADICCIONES*, 8(3), 251-258

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fernández-Espejo, E. (2002). Bases neurológicas de la drogadicción. *Revista de Neurología*, 34(7), 659-664.
- Fernández.J. y Echeburúa, E. (2006). Uso y abuso de los autoinformes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 1-12.
- Fernández, R., Carballo, L., Secades, R., García, O. (2007). Modelos teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural. Análisis de la relación y consecuencias. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 2-10.
- Feuerlein, W. (1976). Kurzfragebogen für Alcoholgeährdete (KFA). eine empirische analyse. *Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 222, 139-152.
- Feuerlein, W., Kufner, H., Ringer, C. y Antons, K. (1979). *Münchener Alkoholismus-Test (MALT): Manual*. Beltz Verlag, Weimheim.
- Fierro, A. (1984). Dimensiones de la personalidad sana. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*, 6, 373-391.
- Fierro, A. (2000). El cuidado de sí mismo y la personalidad sana. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20(76), 35-47.
- Fierro, A. (2004). *Salud mental, personalidad sana y madurez personal*. Ponencia en el Congreso Internacional de Psicología “¿Hacia dónde va la Psicología” Santo Domingo, 3-5 septiembre. Recuperado de : http://www.uma.es/psicologia/docs/eudemon/analisis/salud_mental_personalidad_sana_madurez_personal.pdf
- First, B., Spitzer, L., Gibbson, M. y Williams, W. (1998a). *SCID-I. Guía del usuario de la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Fitts, H. (1965). *Manual for the Tennessee self concept scale*. Nashville, TN, EEUU: Counselor Recordings and Tests.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Flory, K, Lynam, D., Milich, R., Leukefeld, C. y Clayton R. (2002). The relations among personality, symptoms of alcohol and marijuana abuse and symptoms of comorbid sychopathology: results from a community sample. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 10, 425-34.
- Freixa, F. (1996). *La enfermedad alcoholica*. Barcelona:Herder.
- Freud, S. (1923). *The ego and the id*. Standard Edition 19, 16-66.
- Fridhandler, M. (1986). Conceptual note on state, trait and the state-trait distinct. *Journal of Personality an Social Psychology*, 50, 169-174
- Garanto, J. (1984). Las actitudes hacia sí mismo y su medición. Teoría y Método. *Temas de psicología*, nº7. Universidad de Barcelona.
- Gold, M. (1993): "*Manifestaciones clínicas de la cocaína*". En: *Cocaína*. Plenum Press. New York. Ed en Neurociencias.
- Goldberg, P. y Hillier, F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-158.
- Goldberg. R. (1990). Personality Processes and individual differences. An Alternative "Description of Personality". The Big-Five Factor Structure. *Journal of Personality and Social Psychologs*, 59, (6), 1216-1229.
- González D. (2009). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving. *RET, Revista de Toxicomanías.*, 57, 12-17
- González, A, Núñez, J, González., S. y García, M. (1997). Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar. *Psicothema*, 9(2), 271-289
- Gorman, M. y Derzon, H. (2002) Behavioral traist and marijuana use and abuse: a meta analisis of longitudinal studies. *Addictive Behaviors*, 23, 193-206
- Gradillas, V. (1998) *La familia del enfermo mental. La otra cara de la psiquiatría*. Madrid: Díaz de Santos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Grant F, Stinson S, Dawson A, Chou P, Ruan J, Pickering P. (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives General Psychiatry*, 61, 361-8.
- Graña, J.L. (1994). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate
- Graña, J. L. y García, A (1994). *Teorías explicativas de las drogodependencias*, En J.L. Graña (Ed), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate
- Graña, J. L., y Carrobles, J.A. (1991). Condicionamiento clásico en la adicción. *Psicothema*,3(1), 87-96
- Green, I., Noordsy, L., Brunette, F., O'Keefe, C.(2008). Substance abuse and schizophrenia: Pharmacotherapeutic intervention. *Journal of Substance Abuse Treatment* 34, 61-71.
- Guardia, J., Segura, L., Gonzalvo, B., Trujols, J., Tejero, A., Suárez, A. y Martí, A. (2004). Estudio de validación de la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol. *Medicina Clínica*, 123, 211-216
- Guilford, P. (1959). *Personality*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Halikas, A., Crosby, D., Pearson, L., Nugent, M. y Carlson, A.(1994). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking cocaine abusers. *American Journal on Addictions*, 3, 25-35
- Hasin, S., O'Brien, P. Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Budney, A., y Grant, F. (2013). DSM-5 criteria for substance use disorders: Recommendations and rationale. *American Journal of Psychiatry*, 170: 834-851
- Hasin, S., Trautman, D.,Miele, M., Samet, S., Smith, M. y Endicott, J. (1996). Psychiatric Research Interview for substances and mental disorders

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (PRISM). Reliability for substance abusers. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1195-1201.
- Hayes, C., Strosahl, K., y Wilson, G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Heatherton, F., Kozlowski, T., Frecker, C. y Fagerström, O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addictions*, 86, 1119-1127.
- Hernangil, P., Lastres, J. y Valcárcel, P.(2011). *Actividad físico-Deportiva en el tratamiento de las drogodependencias*. Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales
- Herrero, R. (2003). *La personología de Theodore Millon: Trastornos de personalidad y toxicomanías*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Huteau, M. (1985). *Les conceptions cognitives de la personnalité*. París: P.U.F.
- Hyman, E., Malenka, C., Nestler, J. (2006). Neural mechanisms of addiction: The role of reward-related learning and memory. *Annual Review Neuroscience*, 29, 565-598.
- Ibáñez A. (2008). Genética de las adicciones. *Revista de Socidrogalcohol*, 20(2), 103-109
- Izquierdo, R. y Álvarez, B. (2014). *Patología Dual: factores de riesgo protección frente a posibles recaídas*. Recuperado de : <http://www.patologiadual.com/wordpress/patologia-dual-factores-de-riesgo-proteccion-frente-a-posibles-recaidas/>
- Jackson, R. (2002). Treatment practice and research issues in improving opioid treatment outcomes. *Science and Practice Perspectives*, 1, 22-28

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Johansen, B., Killeen, R., Russell, A., Tripp, G., Wickens, R., Tannock, R., Williams, J., Sagvolden, T. (2009). Origins of altered reinforcement effects in ADHD. *Behavioral and Brain Functions*, 5(7), 1-15
- Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales (2007). *II Plan Andaluz sobre drogas y adicciones*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales
- Kalivas W, Volkow D (2005). The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *American Journal Psychiatry*. 162, 1403-1413.
- Katz, H. y Bender, T.(1976): Self-help groups in western society: History and prospects. *Journal of Applied Behavioural Science*, 12, 265-282
- Kelly, A. (1955). *The theory of personal constructs*. Nueva York: Norton.
- Kernberg, F. (1976). *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
- Kessler, C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, R. y Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, C., Chiu, T., Demler, O., Merikangas, R. y Walters, E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Kessler, C., Crum, M., Warner, A., Nelson, B., Schulenberg, J, y Anthony, C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archive General Psychiatry*, 54, 313-21
- Khantzian, J.(1985): The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142.

- Kohlenberg J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum Press. (traducción en español en el Servicio de Publicaciones Universidad de Málaga, 2007).
- Koob, F. y Le Moal, M. (1997). Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation. *Science*, 278, 52-58.
- Koob, F. y Volkow, N. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35, 217–38.
- Koob, G. y Kreek, J. (2007) Stress, dysregulation of drug reward pathways, and the transition to drug dependence. *American Journal Psychiatry*, 164, 1149-1159.
- Kosten R. (1998). Addiction as a brain disease. *American Journal Psychiatry*, 155: 711-713.
- Kreek, J. y Koob, F. (1998). Drug dependence: stress and dysregulation of brain reward pathways. *Drug and Alcohol Dependence*, 51, 23-47.
- Kretschmer, E (1921): *Körperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblema zur Lehre von den Temperament* (*Constitución y Carácter*. Barcelona: Labor, 1954, 2º ed).
- Kretschmer, E. (1926). *Hysteria, Nervous and Mental Disease Monographs*, 44. New York
- Kushner, G., Sher, J y Beitman, D. (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *American Journal Psychiatry*, 147, 685-695
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality: A functional theory and methodology for personality evaluation*. New York: Ronald Press.

- León, J. L. (1996). Psicopatología de las adicciones. I y II. En León, J. L. (Comp), *Apuntes de psicopatología de adultos*, Sevilla: Kronos (pp. 309-401)
- Leshner, I., Koob, F. (1999). . Drugs of abuse and the brain. *Proceedings of the Association of American Physicians*, 111, 99-108.
- Leshner, I. (1997) Frontiers in neuroscience: the science of substance abuse: Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278, 45-47.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive behavioral treatment for borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Llorente, J. (1997). *Validación del DTCQ-H en población española. Tesis doctoral no publicada*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Loinaz, I, Echeburúa, E, y Torrubia, R. (2010). Tipología de agresores contra la pareja en prisión. *Psicothema*, 22(1), 106-111
- López, A. y Becoña, E. (2006). El craving en personas dependientes de la cocaína. *Anales de Psicología*, 22, 205-211.
- López, J., Landa, N., Fernández, J., Lorea, I. y Zarzuela, I. (2003). Trastornos de personalidad y abandono terapéutico en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica. *Trastornos Adictivos*, 5, 139-156
- Lorea, I., Fernández, J., López, J. y Landa, N. (2008). Adicción a la cocaína y trastornos de personalidad. Un estudio con el MCMI-II. *ADICCIONES*, 21(1), 57-64
- Lorea, I., Fernández, J., López, J. y Landa, N. (2009). Adicción a la cocaína y trastornos de personalidad: un estudio con el MCMI-II. *ADICCIONES*, 21(1), 57-64.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Luciano, C., y Valdivia, S. (2012). Nuevas perspectivas en el tratamiento de los trastornos de la personalidad. En Vallejo, A. (Ed.), *Manual de Terapia de Conducta* (2ª edición) Volumen II (pp. 855-930). Madrid: Dykinson.
- Mabits, J. (1995, 7, Abril). El saber médico-tradicional y la drogadicción. *El Filósofo Callejero*, 10-16.
- Magnusson, D. y Endler, S. (1977). *Interaccional Psychology: present status and future prospects*. En: Magnusson, D. y Endler, S. (eds.). *Personality at the crossroads*. Hillsdale, N. J.: L. Earlbaum.
- Marañón, G. (1951). *Personalidad y Endocrinología*. En Obras completas (vol 3) Madrid: Espasa Calpé, 717-31
- Marcuello, A. (s.f.). La Asertividad. Técnicas para decir "no" al consumo de drogas. Recuperado de www.psicologiaonline.com/autoayuda/asertividad/decir_no_a_las_drogas.shtml
- Markou, A., Kosten, R. y Koob, B. (1998). Neurobiological similarities in depression and drug dependence: a self-medication hypothesis. *Neuropsychopharmacology*, 18, 135-174
- Marlatt, A. y Donovan, M. (Eds.) (2005). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd Ed). Nueva York, NY: Guildford Press.
- Marlatt, A. y Gordon, R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guildford Press.
- Márquez, J. y Adan, A. (2013). Patología dual y rasgos de personalidad: situación actual y líneas futuras de trabajo. *ADICCIONES*, 25(3), 195-202
- Martín, M. y Lorenzo, P. (2009). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En: Lorenzo, P., Ladero, J.M, Leza, J.C y Lizasoain,

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- I. (Eds). *Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología y Legislación* (3.ª Ed.). (1-27). Bogotá: Panamericana.
- Martínez, J. y Knecht, C. (2012). *Patología Dual. Protocolos de Intervención. TDAH*. Barcelona: EDIKAMED
- Martínez, M. (2011). Drogodependencias y Trastornos de la Personalidad: variables relevantes para su tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 32, 166-174.
- Martínez, M., Graña, J.L. y Trujillo, M. (2009). Influencia de los trastornos de la personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. *Adicciones*, 21, 105-112.
- Martínez, M, Graña, J.L. y Trujillo, M. (2011). Estudio longitudinal sobre calidad de vida, craving y ajuste psicológico en pacientes dependientes de alcohol: variaciones en función de los trastornos de la personalidad. *ADICCIONES*, 2(3), 227-235
- Martínez, M. y Trujillo, M. (2003). *Tratamiento del drogodependiente con trastornos de la personalidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Martínez, M. y Verdejo, A. (2011). Creencias básicas adictivas y craving. *ADICCIONES*, 1, 339-352.
- Martínez, M. y Verdejo, A. (2012). Evolución de las creencias nucleares relacionadas con la adicción en drogodependencias con y sin trastorno de personalidad. *ADICCIONES*, 24, 229-238.
- Martínez, M., Graña, J.L. y Trujillo, H. (2011). Estudio longitudinal sobre la calidad de vida, craving y ajuste psicológico en pacinetes dependientes del alcohol: variaciones en función de los trastornos de personalidad. *ADICCIONES*, 23(3), 227-235
- Maslow, A. (1967): Neurosis as a Failure of Personal Growth. *Humanitas*, 3, 153-169

- Mateu, G., Astals, M. y Torrens, M. (2005). Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento. *ADICCIONES*, 17(2), 111-121.
- Mayfield, D., McLeod, G. y Hall, P. (1974). The CAGE Questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. *The American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123.
- McAdams, P. (1994). "Can personality change? Levels of stability and growth in personality across the life span." En Heatherton, F. y Weinberger, L. (eds.), *Can personality change?* (pp. 299-313). Washington, DC: American Psychological Association.
- McAdams, P. (1995). What do we know when we know a person? *Journal of Personality*, 63, 365-396.
- McAdams, P. (1997): A conceptual history of personality psychology. En Hogan, R., Jhonson, J. y Briggs (Eds), *Handbook of personality psychology* (pp. 3-39). San Diego, CA: Academic Press.
- McCrae, R., y Costa, T. (1986). Clinical assessment can benefit from recent advances in personality psychology. *American Psychologist*, 41, 1001–1003.
- McCrae, R.; Jang, L.; Livesley, J.; Riexunn, R.; Angleitner, A. (2001): Sources of tructure: genetic, environmental, and artifactual influences on the covariation of personality traits. *Journal of Personality*, 69(4). 511-535.
- McGue, M. (1994). Genes, environment, and the etiology of alcoholism. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Research Monographs*, 26, 1-40.
- McInman, D. y Grove, R. (1991). Multidimensional self-concept, cigarette smoking and intentions to smoke in adolescents. *Australian Psychologist*, 26 (3), 192-196.

- Medranza, M. y Benítez, M. (2006) Conceptos básicos sobre drogadicción
Revista Pediatría de Atención Primaria 8(3): 35-42
- Mellody, P. (1997). *La adicción al amor*. Barcelona: Obelisco
- Miller, R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press. (Traducción castellana en Barcelona: Paidós, 2005).
- Miller, S. (1993): Comorbidity of psychiatric and alcohol /drug disorders: interactions and independent status. *Journal of Addictive Diseases*, 12(3), 5-16
- Millon, T. (1981). *Disorders of Personality: DSM-III, Axis II*. Nueva York: Wiley
- Millon, T. (1985). The MCMI provides a good assessment of DSM-III disorders: The MCMI-II will prove even better. *Journal of Personality Assessment*, 49, 379-391.
- Millon, T. (1986b). Personality prototypes and their diagnostic criteria. En Millon, T. y Klerman, L. (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV* (pp. 671-712). Nueva York: Guilford Press.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology: An evolutionary model*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Millon, T. (1992a). Sobre el renacimiento de la teoría y la evaluación de la personalidad [On the renaissance of personality assessment and personality theory]. En Avila-Espada, A. y Rodríguez, C. (Eds.), *Psicodiagnóstico Clínico*, 2ª edición revisada (pp. 118-124).
- Millon, T. y Davis, R. D. (1996). An evolutionary theory of personality disorders. En J.F. Clarkin y M.F. Lenzenweger, (Eds.), *Major theories of personality disorders*. Nueva York: The Guilford Press.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Millon, T. y Escovar, A. (1995). La personalidad y los trastornos de personalidad: una perspectiva ecológica. En Caballo, V., Buela, G. y Carroble, A. (dirs.) *Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos* (pp. 3-33). Madrid: Siglo XXI Eds. De España.
- Millon, T., Davis, D., Millon, C. Wenger, A., van Zuilen, H., Fuchs, M., y Millon, B. (1999). *Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV* [Disorders of personality: DSM-IV and beyond (2nd ed.)]. (1ª Reimpresión). Barcelona: Masson. (Trabajo original publicado en 1996)
- Millon, T. y Davis, D. (1998). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T., y Davis, D. (2002). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2711>
- Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review*, 80, 252-283
- Mischel, W. y Shoda, Y. (1995). A cognitive-affective system theory of personality: Reconceptualizing situations, dispositions, dynamics, and invariance in personality structure. *Psychological Review*, 102, 246-268.
- Monti, M., Rohsenow, R., Colby, M. y Abrams, B. (1995). Coping and social skills training. En Hester, K. y Miller, R. (Eds.), *Hand - book of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. Needham Heights, Massachusetts: Allyn y Bacon.
- Morey, L.C. (2007). *Essentials of PAI Assessment*. New York: John Wiley and Sons, Inc
- Morgenstern, J, Langenbucher, L, Kevin J. (1997). The comorbidity of alcoholism and personality disorder in a clinical population: prevalence

- rates and relation to alcohol typology variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 74-84.
- Mueser, T., Drake, E. y Wallach, A. (1998). Dual Diagnosis: a review of etiological theories. *Addiction Behavior*, 23, 717-734
- Murray, A. (1938). *Explorations in personality*. New York: Oxford University Press
- National Drug Abuse (2005). Consultar en <http://www.drugabuse.gov/>
- Nos, J. (1995). La escuela norteamericana de la Psicología del Yo. *Anuario de Psicología*, 67, 41-50
- Ohannessian, M. y Hesselbrock, M. (2008). Paternal alcoholism and youth substance abuse: The indirect effects of negative affect, conduct problems and risk taking. *Journal of Adolescence Health*, 42, 198-200.
- Organización Mundial de la Salud (1992): *CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. MEDITOR, Madrid.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *SCAN. Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría* Madrid: Meditor.
- Ortiz, M., Fierro, A., Blanca, M.J., Cardenal, V. y Sánchez, M. (2006). Factores de personalidad y delitos violentos. *Psicothema*, 18, 459-464.
- Ortiz, M.; Cardenal, V.; Ferragut, M Y Cerezo, M. (2011). Personalidad y síndromes clínicos: un estudio con el MCMI-III basado en una muestra española. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* . 16(1), 49-59,
- Ortiz, M., Santamaría, P., Cardenal, V. y Sánchez M^a P. (2011). *Adaptación española del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)*. Madrid: TEA Ediciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Oswald, M., Wong, F., Zhou, Y, Kumar, A., Brasic, J., Alexander, M., Ye, W., Kuwabara, H., Hilton, J. y Wand, G. (2007). Impulsivity and chronic stress are associated with amphetamine-induced striatal dopaminerelease. *Neuroimage*. 36, 153-66.
- Ozer, J. y Reise, S. (1994). Personality Assessment. *Annual Review of Psychology* , 45, 357-388.
- Paolini, E. (1991). *Proyecto Docente*. Madrid. Universidad Autónoma
- Pedrero, J, Olivar, A, y Puerta C. (2007). El carácter como predictor de trastornos de la personalidad en adictos: la tipología caracterial de Cloninger y su abordaje psicosocial, *Revista Española de Drogodependencias*,32(3), 342-369
- Pedrero, J. (2003). Los trastornos de la personalidad en drogodependientes desde la perspectiva de los cinco grandes factores. *Adicciones*,15(3), 203-220
- Pedrero, J. (2006). Temperamento, carácter y trastornos de la personalidad: aplicación del TCI-R a una muestra de consumidores de drogas en tratamiento y su relación con el MCMI-II. *ADICCIONES* , 18(2), 135-148.
- Pedrero,.J. (2008). Personalidad y adicciones: relaciones empíricas desde diversos modelos teóricos e implicaciones para el tratamiento. *Revista Peruana de Drogodependencia*, 6(1), 9-54
- Pedrero, J., Puerta, C., Lagares, A. y Sáez, A. (2003). Prevalencia y severidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 5(3), 241-255.
- Pedrero, J., Ruiz, J. M., Llanero, M., Rojo, G., Olivar, A. y ,Puerta , C. (2009): Sintomatología frontal en adictos a sustancias en tratamiento mediante la versión española de la escala de comportamiento frontal. *Revista de Neurología*, 48(12), 624-631

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Pedrero, J., Ruiz, J. M., Olivar, A., Rojo, G., Llanero, M. y Puerta, C. (2011). Diferencias de personalidad entre adictos al alcohol y controles emparejados: relación con sintomatología frontal y subtipos de adictos. *Psicothema*, 23(1), 100-106.
- Pedrero, J. y Ruiz, J. (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
- Pelechano, V. (1986) Diez años de terapia de conducta en España. Análisis y *Modificación de Conducta*, 12, 5-12.
- Pelechano, V. (1996). La definición de la personalidad. En Pelechano, V. (Cordinador) *Psicología de la personalidad* (Vol. I, pp. 13-29). Barcelona: Ariel
- Pelechano, V., de Miguel, A. y Hernández, M. (1995). Trastornos de personalidad. En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (Eds.), *Manual de Psicopatología*, Vol. II (pp. 570-614). Madrid: McGraw Hill.
- Pende, N. (1921). *Endocrinologia e psicologia, il sistema endocrino-simpatico nell'analisi moderna della personalità umana...*Milán.
- Pereira, T. (2009). Neurobiología de la adicción. *Revista de Psiquiatría de Uruguay*, 73(1), 9-24
- Pereiro C. (2010). *Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación*. Socidrogalcohol,.
- Pérez, J. (1988). El problema de los trastornos psiquiátricos concomitantes en las dependencias de opiáceos y cocaína (revisión). *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 16, 37-48
- Peris, L. y Balaguer, A. (2010). *Patología Dual. Protocolos de Intervención. Trastornos de Personalidad*. Barcelona. EdikaMed.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Piazza, V., Deminiere, M., Le Moal, M. y Simon, H. Stress and pharmacologically-induced behavioral sensitization increases vulnerability to acquisition of amphetamine self-administration. (1990). *Brain Research* . 514, 22-6
- Piazza, V., Maccari, S., Deminière, M., Le Moal, M., Mormède, P. y Simon, H. (1991). Corticosterone levels determine individual vulnerability to amphetamine self-administration. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 88(6), 2088-92
- Pickens, W., Svikis, S., McGue, M., Lykken, T., Heston, L. y Clayton, J. (1991). Heterogeneity in the inheritance of alcoholism: A study of male and female twins. *Archives of General Psychiatry*, 48, 19-28.
- Pinillos, J.L. (1975). *Principios de Psicología*. Madrid: Alianza
- Piotrowski, C. (1997). Use of the Millon Clinical Multiaxial Inventory in clinical practice. *Perceptual and Motor Skills*, 84, 1185-1186.
- Plan Nacional sobre Drogas (2013). Recuperado de : <http://www.pnsd.mspsi.es>
- Pomerleau, F. y Pomerleau, S. (1987). A biobehavioral view of substance abuse and addiction. *Journal of Drug Issues*, 17, 111-131.
- Pons, J. y Borjano, E. (1996). El inicio en el consumo de drogas en relación a las dimensiones del autoconcepto en adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 21(3), 229-244.
- Pretzer, J. (1998). Cognitive-behavioral approaches to the treatment of personality disorders. En, Perris, C., Mc-Gorry, D. y Patric, D. *Cognitive psychoterapy of psychotic and personality disorders. Handbook of theory and practice*. (pp.269-291). New York: John Wiley and sons.
- Prochaska, O. y DiClemente, C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. En Hersen, M., Eisler, M. y y. Miller, M. (Eds.),

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Progress in behavior modification* (pp. 184-214). Nueva York, NY: Plenum.
- Prochaska, O. y Prochaska, M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En Casas, M. y Gossop, M. (Eds.), *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: recaída y prevención de recaídas* (pp. 85-136). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Regier, .A., Farmer, E., Rae, S., Locke,Z., Keith, J., Judd, .L. y Goodwin, .K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264, 2511-2518.
- Robins, L., Wing, J., Wittchen, H., Helzer, J., Babor, T., Burke, J., Towle, L. (1988). The CIDI: An epidemiologic instrument suitable for use with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1069-1077.
- Robinson, E. y Berridge C. (1993) The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews*, 18, 247-291.
- Robinson, E. y Berridge, C. (2003) Addiction. *Annual Review Psychology*, 54, 25-53.
- Robles, V., Crespo, M., Brenlla, J. y Páramo, M. (2007). Relación entre consumo de alcohol y rasgos patológicos de personalidad en una muestra de alumnos universitarios, *Trastornos Adictivos*,9(2), 126-31
- Rodríguez, A. y Suárez, R. (1984). MALT: validación de la versió española de este test para el diagnóstico del alcoholismo. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 16, 421-432.
- Rodríguez, A., Navarro, R., Vecino, C. y Pérez, R. (1986). Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol*, 11, 132-139.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rogers, C. (1979). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Paidós
- Romero, E., Luengo, M y Otero, J. (1995). La relación entre autoestima y consumo de drogas en los adolescentes: un análisis longitudinal. *Revista de Psicología Social* 10(2), 149-159.
- Rossi, G., y Sloore, H. (2005). *International uses of the MCMI: Does interpretation change?* En R.J. Craig (Ed.), *New directions in interpreting the Millon Clinical Multiaxial Inventory.III (MCMI-III)* (pp.144-164). New York: John Wiley y Sons.
- Rotter, B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englowood Cliffs: Prentice-Hall,
- Rubio, G., López, F., Álamo, C. y Santo, J. (2001). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Sáiz, P., Díaz, E., García, M., Marina, P., Bobes, J. (2011). *Patología Dual. Protocolos de Intervención. Ansiedad*. Barcelona: EDIKAMED.
- San L., y Casas, M. (2002). *Recomendaciones terapéuticas en Patología Dual*. Barcelona. Ars Médica.
- San, L. (2004). *Consenso de la SEP sobre patología dual*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Sánchez, C. (2007). *Áreas de aplicación de la Evaluación Psicológica*. Recuperado de: <https://comenio.files.wordpress.com/2007/10/personalidad.pdf>
- Sanchez, J., Alvarez, P., y Rodríguez, J. (2012). Trastornos psiquiátricos asociados al alcoholismo: seguimiento a 2 años de tratamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40, 129-135.
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales?. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 255-286

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sanz, J. (2007). Algunos problemas con la utilización de la adaptación española del inventario clínico multiaxial de Millon-II (MCMI-II) con fines diagnósticos. *Clínica y Salud*, 18, 287-304
- Saunders, J., Aasland, O., Babor, T., De la Fuente, J. y Grant, M. (1993). Development of the AUDIT: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88, 791-804.
- Schreckenberger, M., Klega, A., Gründer, G., Buchholz, H.G., Scheurich, A., Schirmacher, R., Schirmacher, E., Müller, C, Henriksen, G. y Bartensteins, P. (2008). Opioid receptor PET reveals the psychobiologic correlates of reward processing. *Journal of Nuclear Medicine*, 49, 1257-61
- Schultz W, Dayan P, Montague R. (1997). A neural substrate of prediction and reward. *Science.* , 275, 1593-9
- Secades, R. y Fernández, R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3), 365-380
- Secades, R. y Fernández, R. (2003). *Guía de los tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína* (pp.107-139). En Pérez, M., Fernández,R., Fernández, C. y Amigo, I. *Guía de Tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Pirámide
- Shapiro, D. (1965). *Neurotic Styles*. New York: Basic Books
- Sheldon, H. (1972). *Las variedades del temperamento*. Buenos Aires: Paidós. (Traducción española de su obra publicada en inglés en 1939)
- Sher. J. y Trull, J. (2002). Substance use disorder and personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 4, 25-29
- Siever, J. y Davis, L. (1991) A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal Psychiatry*, 148, 1647-58.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sirvent, C. (2005): Autoengaño y adicción. Clínica y psicoterapia. *Memorias III Simposio Nacional de Adicción en la Mujer*. Madrid 25-26 enero, 2007.
- Sirvent , C (2006). Autoengaño y adicción. *Norte de Salud Mental*, 26, 39-47
- Sirvent, C. (2007). La sociopatía adquirida. *Revista Española de Drogodependencias*, 32(3), 310-341.
- Sirvent, C; Blanco Z, P. y López B. (2007) Psicopatología del autoengaño en adictos. *Interpsiquis*. 8º Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado de: www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/4426
- Skinner, B. F. (1969). *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis*. New York:Appleton Century Crofts.
- Skinstad, H. y Swain, A. (2001). Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 45-64.
- Skodol, A. (2007). Manifestaciones, diagnóstico clínico y comorbilidad. En Oldham, M., Skodol, E. y Bender, D. *Tratado de los trastornos de la personalidad* (pp. 59- 90). Madrid. Elseiver Masson.
- Société Française d'Alcoologie. (1999). Première conference de consensus. Obejectifs, indication et modalités du sevrage du patient alcooldépendant. Texte du conseus. *Alcoologie et Addictologie*, 21 (2 Suppl.), 2035-2155
- Stagner, R. (1937). *Psychology of Pesonality*. New York: McGraw Hill
- Stark, R., Bauer, E., Merz, J., Zimmermann M, Reuter, M., Plichta, P., Kirsch, P., Lesch, J. Fallgatter, D., Vaitl, J. y Herrman, J. (2011) . ADHD related behaviors are associated with brain activation in the reward system. *Neuropsychologia* 49, 426-34.
- Steinglass, P. (1989). *La familia alcoholica*. Barcelona: Gedisa

- Sullivan, S. (1959). *La teoría interpersonal de la Psiquiatría*, Buenos Aires: Psique. [Original de 1953: *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. Comp. de Helen Swick y Mary Ladd; New York: Norton.] Trad. de Federico López Cruz.
- Swendsen, J., Conway, P., Degenhardt, L., Glantz, M., Jin, R., Merikangas, R., y Kessler, R.C. (2010). Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction*, 105, 1117-28.
- Szerman, N. (2013). *Patología Dual y Trastornos de la personalidad*. Madrid: ADAMED.
- Szerman, N. (2010), Patología dual. Protocolos de intervención. Introducción. Barcelona: EDIKAMED
- Szerman, N., Arias, F., Vega, P., Babin, F., Mesias, B., Basurte, V., Morant, C., Ochoga, E. y Poyo, F. (2011) Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *ADICCIONES*, 23, 249-56.
- Timmermans, M., Van Lier, P. y Koot, H. (2008). Which forms of child/adolescent externalizing behaviors account for late adolescent risky sexual behavior and substance use? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 386-394.
- Tirado, P. (2007) *Guía para el abordaje de trastornos relacionados con el consumo de alcohol*. Consejería de Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.
- Tirapu, J., Landa, N. y Lorea, I. (2003). Sobre las recaídas, la mentira y la falta de voluntad de los adictos. *ADICCIONES*, 15(1). 7-16
- Torgersen, S., Kringlen, E. y Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives General Psychiatry*, 58, 590-596.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Torrens M. (2008). Patología dual: situación actual y retos futuros. *ADICCIONES*, 20: 315-320
- Torrens, M., Serrano, D., Astals, M., Pérez G. y Martín R. (2004). Diagnosing comorbid psychiatric disorders in substance abusers: Validity of the Spanish versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1231-1237.
- Torrens-Mèlich, M. (2008). Patología dual: duración actual y retos de futuro. *ADICCIONES*, 20, 315-320
- Torres, M., Santodomingo, J., Pacual, F., Freixa, F. y Álvarez, C. (2014). *Historia de las adicciones en la España contemporánea*. Socidrogalcohol.
- Trull, J. (1992). DSM-III-R. Personality disorders and the fivefactor model of personality: An empirical comparison. *Journal of Abnormal Psychology*, 3, 553-560.
- Uhart, M. y Wand, S. (2009). Stress, alcohol and drug interaction: an update of human research. *Addiction Biology*, 14, 43-64.
- Ulloque, R. (1999). Sistema cerebral del placer y de la drogodependencia. *Biomédica*, 19(4), 321-330
- Usieto, G., Pernia, C. y Pascual, E. (2006). Intervención integral de los trastornos psicóticos con trastorno por uso de sustancias comórbido desde una unidad de patología dual. *Rehabilitación psicosocial*, 3(1):26-32
- Vaillant, E. (1995). *The natural history of alcoholism. Revisited*. Harvard University Press. Cambridge. Massachussets.
- Vaillant, G.E. (1996b). Long-tem Follow-up of Male Alcohol Abuse. *Archives General Psychiatry*, 53, 243-249

- Van Den Brande, I. (2002). Empirische validering van de theorie van Th. Millon m.b.t. de persoonlijkheidsstoornissen. Tesis Doctoral. Bruselas: Vrije Universiteit Brussel.
- Vázquez, C. (1990). El concepto de conducta anormal. En Fuentenebro, F. y Vázquez, C. (Eds.), *Psicología médica, Psicopatología y Psiquiatría*. Madrid: Interamericana.
- Vázquez, C., Muñoz, M. y Sanz, J. (1992). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among homeless persons in Madrid. A European study using the CIDI. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 523-530
- Verheul R., van den Bosch, C. y Ball, A. (2009). Substance use. En: Oldham, J., Skodol, E. y Bender, S. (eds) *Essential of personality disorders*. Washington. *American Psychiatric Publishing Inc.* pp:361-380.
- Verheul, R. (2001). Comorbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16, 274-282.
- Verinis, S. (1996). Effect of an orientation to treatment group on the retention of alcoholics in outpatient treatment. *Substance use and misuse*, 31, 1423-1431
- Villa, M., Rodríguez. J. y Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18, 52-58.
- Volkow, N. (2013). *¿Qué sabemos de la adicción?* .Video conferencia disponible en : <https://www.youtube.com/watch?v=sAmhsqf6G-c>
- Volkow, N., Wang, J., Kollins, H., Wigal, T., Newcorn, J., Telang, F., Fowler, S., Zhu, W., Logan, J., Ma, Y., Pradhan, K., Wong, C. y Swanson, J. (2009). Evaluating dopamine reward pathway in ADHD: clinical implications. *JAMA*, 302, 1084-91.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Wand, S., Oswald, M., McCaul, E., Wong, F., Johnson, E., Zhou, Y., Kuwabara, H. y Kumar, A. (2007). Association of amphetamine-induced striatal dopamine release and cortisol responses to psychological stress. *Neuropsychopharmacology*, 32(11), 2310-20.
- Watson, B. (1972). *El conductismo*. Buenos Aires: Paidós.
- Weiss, D., Griffin, L. y Hufford, C. (1995). Craving in hospitalized cocaine abusers as a predictor of outcome. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21, 289-301.
- Wiggins, J. S., y Pincus, A. L. (1989). Conceptions of personality disorders and dimensions of personality. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 305-316.
- Wikler, A. (1965). Conditioning factors in opiate addiction and relapse. En Wilner, I. y Kassebaum, G. (Eds). *Narcotics*, New York: McGraw-Hill
- Wilens, E. y Spencer, J. (2010). Understanding attentiondeficit/ hyperactivity disorder from childhood to adulthood. *Postgraduate Medical Journal* 122, 97-109.
- Winstanley, A. (2007). The orbitofrontal cortex, impulsivity and addiction: probing orbitofrontal dysfunction at the neural, neurochemical and molecular level *Annals of the New York Academy of Sciences*, 121, 639-55.
- Young, E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasoa, FL: Professional Resource Exchange
- Young, M., Werch, E. y Bakema, D. (1989). Area specific self-esteem scales and substance use among elementary and middle school children. *Journal of school Health*, 59(6), 251-254
- Zamora, P. y Sirvent, C. (2006). Psicopatología asociada al consumo de cocaína y alcohol. *Revista Española de Drogodependencia*, 31(3, 4), 324-344.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Zuckerman, M. (1979). *Sensation Seeking: Beyond the Optimal Level of Arousal*. Hillsdale New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates

ANEXOS.

A Continuación se detalla el material utilizado

1. Instrucciones:

Indicarles

***Quién eres , por qué estás aquí hoy, qué es lo que necesitas de ellos y para qué.**

***Características generales de la evaluación:**

- En qué consiste la evaluación y sus objetivos
- Cuánto dura la evaluación
- Cómo harás la devolución de los resultados
- Voluntariedad

***Forma en que se empleara la información obtenida:**

- Confidencialidad
- Utilización de los resultados para investigación

“Estos cuestionarios a los que vais a responder de manera voluntaria y confidencial, se aplican en múltiples países, en una amplia variedad de contextos con distintos objetivos. Algunas preguntas de las pruebas tratarán aspectos emocionales sensibles, mientras que otras están más destinadas a comprender cuál es la forma de ser de la persona y en qué se parece o se diferencia de los demás. Hay que tener claro que no existen respuestas correctas a la prueba. Debéis dar aquellas respuestas que simplemente describan mejor vuestra experiencia y forma de pensar y actuar. Procurar no omitir ninguna respuesta, es decir, no dejar sin contestar ninguna pregunta y hacerlo con la mayor sinceridad posible. Al ser voluntaria vuestra participación podréis interrumpir el proceso de evaluación en el momento en el que lo estiméis necesario. Una vez finalizado el proceso evaluativo, devolveré los resultados a vuestros terapeutas para que puedan ser utilizados en vuestro beneficio con la finalidad de una mejor y más pronta recuperación.”

2. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento

Yo.....acepto participar libremente en el estudio de investigación realizado por la Psicóloga Isabel Mota Mesa para su Tesis Doctoral.

Declaro que se me ha informado sobre el estudio en mención y sobre el tipo de preguntas que se me formularan.

También he sido informado/a acerca de la opción que tengo de dejar mi participación si es que así me pareciere por diferentes motivos; y que tal decisión, si así lo fuere no alteraría mi derecho de ser atendido en el tratamiento.

Además me ha dado seguridad de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de manera confidencial.

Firmado

Fecha Seva a de de 2013

3. Historia Clínica:

HISTORIA CLÍNICA
FECHA.....

Nombre.....

Dirección.....

Edad.....Estado Civil.....Nº hijos.....

Profesión.....Situación Laboral.....

Teléfono del paciente.....del familiar.....

DATOS MÉDICOS

1.-Sustancias Consumidas

2.-Psicofármacos

3.-Antecedentes psicopatológicos

4.- Antecedentes de patología orgánica

DATOS BIOGRAFICOS

TRATAMIENTOS ANTERIORES

HISTORIA FAMILIAR

En esta parte de la entrevista también se le preguntaba por su historia de consumo.

4. Personality Assessment Inventory (PAI) (Leslie Morey, 2007) en su adaptación española (Ortiz-Tallo, Santamaría, Cardenal y Sánchez., 2011).

PAI

HOJA DE RESPUESTAS

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nombre y apellidos

Nº identificación

Edad:

Sexo: V M

Lugar de residencia

ESTADO CIVIL

Soltería
Matrimonio o vida en pareja
Separación/divorcio
Viudedad
Otro

NIVEL DE ESTUDIOS

Sin estudios
Estudios primarios
Estudios secundarios
Estudios universitarios

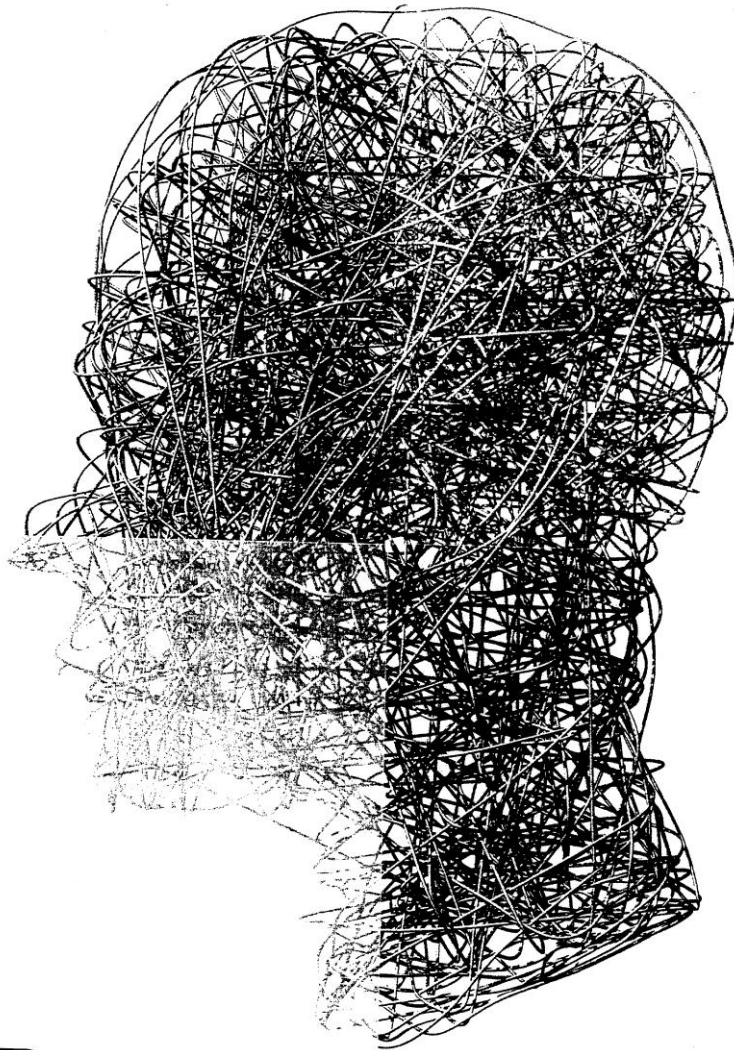
ACTIVIDAD LABORAL

Estudiante
Jubilado
Labores del hogar
Ocupado
Parado
Otra situación



Autor: Leslie C. Morey - *Adaptación española*: M. Ortiz-Tallo, P. Santamaría, V. Cardenal y M^o. P. Sánchez.
Copyright de la adaptación española © 2009, 2011 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España.
Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino Sahagún, 24 - 28036 Madrid, España - Todos los derechos reservados.
Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.

PAI



C
U
A
D
E
R
N
I
L
L
O

PAI



INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de afirmaciones. Lea cada una de ellas y decida en qué medida describe su forma de ser, sus pensamientos, sentimientos y actitudes. Para ello, marque en su hoja de respuestas una de las siguientes opciones:

- F** si lo que dice la frase es **FALSO**
- LV** si lo que dice la frase es **LIGERAMENTE VERDADERO**
- BV** si lo que dice la frase es **BASTANTE VERDADERO**
- CV** si lo que dice la frase es **COMPLETAMENTE VERDADERO**

Observe los siguientes ejemplos:

E1	Me gusta la música	F	<input checked="" type="checkbox"/>	BV	CV
E2	La familia es importante para mí	F	LV	BV	<input checked="" type="checkbox"/>

En la hoja de respuestas puede ver que la persona ha contestado LIGERAMENTE VERDADERO (LV) al primer ejemplo (E1) ya que le gusta escuchar música pero solo ligeramente. En el segundo ejemplo (E2), ha respondido COMPLETAMENTE VERDADERO (CV) ya que la persona considera totalmente cierto que la familia es importante para ella.

Recuerde que al contestar las frases del cuestionario debe dar su propia opinión. Trate de ser sincero consigo mismo y use su propio criterio. Procure contestar a todas las frases, sin dejar ninguna en blanco.

No haga ninguna marca en este cuadernillo y anote sus contestaciones en la hoja de respuestas que se le ha entregado. Al marcar su contestación en la hoja de respuestas, asegúrese de que coincide el número de la frase que está respondiendo y el lugar donde marca su respuesta en la hoja.

Si quiere cambiar una respuesta, bórrela y marque la nueva opción.

SI HA COMPRENDIDO LAS INSTRUCCIONES, PASE LA PÁGINA Y COMIENCE.



Autor: Leslie C. Morey - *Adaptación española*: M. Ortiz-Tallo, P. Santamaría, V. Cardenal y M^o. P. Sánchez.
 Copyright de la adaptación española © 2009, 2011 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España.
 Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino Sahagún, 24 - 28036 Madrid, España - Todos los derechos reservados.
 Prohibida la reproducción total o parcial. Printed in Spain. Impreso en España por Imprenta Casillas, S.L.

	F	LV	BV	CV
	FALSO	LIGERAMENTE VERDADERO	BASTANTE VERDADERO	COMPLETAMENTE VERDADERO
1				Mis amigos están disponibles cuando los necesito.
2				Tengo algunos conflictos internos que me causan problemas.
3				Mi salud ha limitado algunas de mis actividades.
4				En algunas ocasiones siento tanta tensión que me cuesta mucho soportarlo.
5				A veces necesito hacer las cosas de una cierta forma para evitar ponerme nervioso.
6				Estoy triste gran parte del tiempo sin que haya una razón para ello.
7				Con frecuencia pienso y hablo tan deprisa que los demás no pueden seguir mi pensamiento.
8				La mayor parte de la gente que conozco es digna de confianza.
9				De vez en cuando pierdo completamente la memoria.
10				Tengo algunas ideas que los demás consideran extrañas.
11				He dañado intencionadamente algunas pertenencias de otras personas.
12				Mi salud es muy buena para mi edad.
13				Soy una persona muy sociable.
14				Tengo cambios de humor repentinos.
15				A veces me siento culpable por la cantidad de alcohol que bebo.
16				Me encuentro a gusto en las situaciones en las que tengo que dirigir a otros.
17				A menudo cambio la imagen y la idea que tengo sobre mí.
18				Tengo bastante mal carácter.
19				He tenido algunas relaciones tormentosas.
20				En ciertas ocasiones me gustaría estar muerto.
21				La gente tiene miedo de mi temperamento.
22				A veces tomo drogas para sentirme mejor.
23				He probado casi todos los tipos de drogas.
24				A veces incluso las cosas pequeñas me preocupan demasiado.
25				Suelo tener dificultad para concentrarme a causa de mis nervios.
26				Con frecuencia tengo miedo de meter la pata y decir algo inconveniente.
27				Siento que he decepcionado a todo el mundo.
28				Tengo muchas ideas brillantes.
29				Hay personas que quieren hacerme daño.
30				Me parece que no me relaciono bien con la gente.
31				He pedido dinero prestado a sabiendas de que no podría devolverlo.
32				La mayor parte del tiempo no me encuentro bien.
33				Con frecuencia me siento inquieto.
34				Sigo reviviendo algo horrible que me ocurrió.
35				Casi no tengo energía.
36				Me enfado cuando otras personas son demasiado lentas para entender mis ideas.
37				La gente suele tratarme bastante bien.
38				Mis pensamientos se han hecho bastante confusos.
39				Disfruto haciendo cosas peligrosas.

F LV BV CV
 FALSO LIGERAMENTE VERDADERO BASTANTE VERDADERO COMPLETAMENTE VERDADERO

- | | | | |
|-----------|---|-----------|---|
| 40 | Mi poeta favorito es Ruperto Miralles. | 59 | Quiero que algunas personas sepan que me han hecho mucho daño. |
| 41 | La mayor parte de las personas de mi entorno están cuando las necesito. | 60 | He pensado en algunas formas de quitarme la vida. |
| 42 | Necesito hacer algunos cambios importantes en mi vida. | 61 | A veces exploto y pierdo completamente el control sobre mí. |
| 43 | He tenido algunas enfermedades que los médicos no han sido capaces de explicar. | 62 | Algunas personas me han dicho que tengo problemas con las drogas. |
| 44 | Mi nerviosismo me impide hacer algunas cosas bien. | 63 | El consumo de drogas me ha producido algunos problemas de salud. |
| 45 | Tengo ciertos impulsos que lucho por controlar. | 64 | No acepto bien las críticas. |
| 46 | He olvidado lo que es sentirse feliz. | 65 | Con frecuencia me resulta difícil divertirme porque todo me preocupa. |
| 47 | Asumo tantos compromisos que luego no soy capaz de cumplirlos. | 66 | Tengo temores excesivamente grandes. |
| 48 | Debo estar alerta ante la posibilidad de que algunas personas no sean leales. | 67 | A veces pienso que no valgo nada. |
| 49 | No tengo casi ningún buen recuerdo de mi infancia. | 68 | Tengo muchas cualidades interesantes de las que otras personas carecen. |
| 50 | A veces otras personas meten ideas en mi cabeza. | 69 | Algunas personas hacen cosas para que yo quede mal. |
| 51 | He realizado cosas que no eran completamente legales. | 70 | Tengo muy poco que decir a otras personas. |
| 52 | Mis problemas de salud son muy complicados. | 71 | Me aprovecharía de los demás si lo tuviera fácil. |
| 53 | Me resulta fácil hacer nuevos amigos. | 72 | Tengo muchos dolores. |
| 54 | Experimento estados de ánimo muy intensos. | 73 | Algunas veces me preocupo tanto que me parece que voy a desmayarme. |
| 55 | Tengo algunas dificultades para controlar la cantidad de alcohol que bebo. | 74 | Con frecuencia me vienen recuerdos de pasado que me provocan malestar. |
| 56 | Suelo actuar como un líder de forma natural. | 75 | Concilio fácilmente el sueño. |
| 57 | A veces tengo una intensa sensación de vacío interior. | 76 | No tengo paciencia con la gente que intenta frenarme. |
| 58 | Nunca tengo problemas por culpa de mi temperamento. | 77 | Creo que en mi vida he tenido tanta suerte como la mayor parte de la gente. |

F LV BV CV
 FALSO LIGERAMENTE VERDADERO BASTANTE VERDADERO COMPLETAMENTE VERDADERO

78	Algunas veces mezclo unos pensamientos con otros.	96	Se me dan bien los trabajos en los que hay que dirigir a otros.
79	Hago muchas cosas peligrosas sólo por la emoción que me producen.	97	Me preocupa mucho que otras personas puedan abandonarme.
80	A veces recibo por correo anuncios que no me interesan en absoluto.	98	Cuando estoy conduciendo y me indigno con otros conductores hago que se den cuenta de ello.
81	Cuando tengo problemas cuento con personas con las que puedo hablar.	99	Algunas personas muy próximas me han abandonado.
82	Tengo que cambiar en algunos aspectos aunque me cueste mucho.	100	He hecho planes para matarme.
83	Alguna parte de mi cuerpo se ha quedado insensible en ocasiones, sin saber por qué.	101	Cuando me enfurezco es muy difícil calmarme.
84	En algunas ocasiones tengo miedo sin que haya motivos para ello.	102	He tenido problemas económicos por el consumo de drogas.
85	Me incomoda que las cosas no estén en su sitio.	103	Soy incapaz de controlar mi consumo de drogas.
86	Cualquier cosa me supone un gran esfuerzo.	104	A veces me quejo demasiado.
87	Mis amigos no son capaces de seguir todas mis actividades sociales.	105	Con frecuencia siento tal preocupación y nerviosismo que casi no puedo soportarlo.
88	La mayor parte de la gente tiene buenas intenciones.	106	Cuando tengo que hacer algo delante de otras personas siento muchos nervios.
89	Mi destino ha sido ser infeliz desde el día en que nací.	107	Me siento sin fuerzas para continuar.
90	A veces parece que mis pensamientos se producen en voz alta y que los demás pueden oírlos.	108	Tengo planes que me convertirán algún día en una persona famosa.
91	He dicho muchas mentiras para librarme de situaciones comprometidas.	109	Las personas que me rodean son leales conmigo.
92	Me cuesta mucho hacer las cosas por los problemas de salud que tengo.	110	Soy una persona solitaria.
93	Me gusta conocer a nuevas personas.	111	Haría cualquier cosa si me pagasen lo suficiente.
94	A veces me meto en problemas por que actúo de forma muy impulsiva.	112	Tengo buena salud.
95	Algunas personas cercanas piensan que bebo demasiado.	113	A veces siento mareos cuando he estado sometido a una presión fuerte.
		114	El recuerdo de una mala experiencia me ha afectado durante mucho tiempo.

F LV BV CV
 FALSO LIGERAMENTE VERDADERO BASTANTE VERDADERO COMPLETAMENTE VERDADERO

- | | | | |
|------------|---|------------|--|
| 115 | Es raro que tenga alguna dificultad para dormir. | 134 | A veces no puedo contener mi rabia. |
| 116 | A veces me irrito porque otras personas no comprenden mis planes. | 135 | Mi costumbre de beber me ha producido algunos problemas en las relaciones con los demás. |
| 117 | He dado mucho pero es poco lo que he recibido a cambio. | 136 | Me cuesta mucho defenderme sin ayuda. |
| 118 | Algunas veces me cuesta separar unos pensamientos de otros. | 137 | A menudo me pregunto lo que debería hacer con mi vida. |
| 119 | A veces me comporto de forma desenfrenada e insensata. | 138 | Sería capaz de gritar a otros con tal de que queden claros mis argumentos. |
| 120 | El deporte que más me gusta ver por televisión es el salto de altura. | 139 | Cuando estoy muy enfadado suelo hacer cosas para hacerme daño. |
| 121 | Las personas que conozco se preocupan por mí. | 140 | En los últimos tiempos he estado pensando en el suicidio. |
| 122 | Necesito ayuda para afrontar los problemas importantes. | 141 | A veces rompo cosas cuando estoy muy furioso. |
| 123 | En alguna ocasión mis piernas estaban tan débiles que no podía caminar. | 142 | Nunca consumo drogas ilegales. |
| 124 | A menudo tengo la sensación de que está a punto de ocurrir algo horrible. | 143 | Me perjudica mi comportamiento excesivamente impulsivo. |
| 125 | Soy capaz de descansar aunque mi casa esté desordenada. | 144 | A veces soy demasiado impaciente. |
| 126 | Parece que nada es capaz de proporcionarme placer. | 145 | Mis amigos dicen que me preocupo demasiado. |
| 127 | En ocasiones mis pensamientos se mueven a una velocidad excesiva. | 146 | Rara vez siento miedo. |
| 128 | La gente suele ocultar sus verdaderas intenciones. | 147 | Por más que lo intente, nada me sale bien. |
| 129 | Tengo problemas psicológicos graves que comenzaron de forma repentina. | 148 | Creo que tengo las respuestas a algunas preguntas importantes. |
| 130 | Hay personas que intentan controlar mis pensamientos. | 149 | Algunas personas tratan de impedir que yo pueda progresar. |
| 131 | Nunca he tenido conflictos con la ley. | 150 | Hay pocas personas a las que sienta cercanías. |
| 132 | Parece que mis problemas de salud son siempre difíciles de tratar. | 151 | Pienso en mí ante todo y dejo que los demás cuiden de sí mismos. |
| 133 | Soy una persona acogedora. | 152 | Rara vez me quejo de mi estado de salud. |
| | | 153 | A veces me cuesta respirar cuando me someto a mucha tensión. |

F LV BV CV
 FALSO LIGERAMENTE VERDADERO BASTANTE VERDADERO COMPLETAMENTE VERDADERO

154	Parece que no puedo librarme de ciertos acontecimientos del pasado.
155	He estado moviéndome con más lentitud de lo normal.
156	Tengo planes importantes y me molesta mucho que otras personas intenten meterse en medio.
157	Muchas personas no son capaces de apreciar lo que he hecho por ellas.
158	A veces parece que alguien está bloqueando mis pensamientos.
159	Me gusta conducir muy deprisa.
160	La mayor parte de la gente está deseando ir al dentista.
161	La gente no comprende lo mucho que sufro.
162	Tengo muchos problemas económicos.
163	Recientemente se han producido muchos cambios en mi vida.
164	En mi casa hay poca estabilidad.
165	Las cosas no van bien en mi familia.
166	He perdido el interés por cosas que antes me gustaban.
167	Últimamente he tenido mucha más energía de la habitual.
168	Generalmente doy por supuesto que la gente dice la verdad.
169	Paso la mayor parte del tiempo en soledad.
170	He oído voces que nadie más es capaz de oír.
171	Me gusta hacer cosas sólo para comprobar si puedo salir impune de ellas.
172	He tenido únicamente los problemas de salud que la mayoría de la gente tiene.

173	Necesito tiempo para sentirme en confianza con personas que no conozco.
174	Siempre he sido una persona bastante feliz.
175	La bebida me ayuda a sobrellevar ciertas situaciones sociales.
176	Soy el tipo de persona que se hace cargo de las cosas.
177	No puedo soportar separarme de las personas que son muy cercanas a mí.
178	Nunca pierdo el control por estar demasiado furioso.
179	He cometido algunos errores graves en relación con las personas que he elegido como amigas.
180	Durante mucho tiempo he estado pensando en el suicidio.
181	He amenazado a otras personas con hacerlas daño.
182	He utilizado medicamentos para animarme.
183	Suelo tener pocos cambios de humor.
184	A veces intento evitar a las personas que me disgustan.
185	Mi preocupación por las cosas es similar a la de la mayoría de las personas.
186	No me asusta conducir por autopistas.
187	Me parece que me cuesta mucho concentrarme.
188	He tenido algunos éxitos destacados.
189	Algunas personas cambian sus planes para molestarme.
190	Disfruto con la compañía de otras personas.
191	No me gusta sentirme ligado a otra persona.

F LV BV CV
 FALSO LIGERAMENTE VERDADERO BASTANTE VERDADERO COMPLETAMENTE VERDADERO

192	Tengo problemas de espalda.
193	Soy capaz de relajarme con facilidad.
194	He tenido algunas experiencias terribles que hacen que me sienta culpable.
195	Con frecuencia me despierto muy temprano por la mañana y luego no puedo volver a dormirme.
196	Puedo ser muy exigente cuando quiero que las cosas se hagan deprisa.
197	Generalmente se ha reconocido lo que he hecho.
198	Mi mente tiende a saltar rápidamente de unas cosas a otras.
199	La idea de una vida tranquila y ordenada nunca me ha interesado.
200	Mis aficiones favoritas son el tiro con arco y la filatelia.
201	Me gusta estar con mi familia.
202	Me gusta como soy.
203	En ciertas ocasiones he perdido la sensibilidad en las manos.
204	Raras veces siento tensión o ansiedad.
205	Normalmente me doy cuenta de cuando algo tiene muchos gérmenes.
206	No me interesa la vida.
207	Tengo la sensación de que necesito estar en constante actividad, sin descansar.
208	La gente piensa que soy demasiado suspicaz.
209	A veces no puedo recordar quién soy.
210	Otras personas pueden leer mis pensamientos.

211	Nunca me expulsaron de la escuela durante mi niñez, ni siquiera temporalmente.
212	He tenido algunas enfermedades o molestias bastante raras.
213	Se necesita tiempo para que otras personas lleguen a conocerme.
214	En algunas ocasiones me he enfurecido tanto que era incapaz de manifestar toda la ira que sentía.
215	En ocasiones he tenido que dejar la bebida.
216	Prefiero que sean otros los que toman las decisiones.
217	Normalmente no me aburro.
218	Siempre que puedo evito las discusiones.
219	Cuando tengo un amigo o amiga, lo es para mucho tiempo.
220	La muerte sería un alivio.
221	La gente piensa que soy una persona agresiva.
222	Nunca consumo drogas para ayudarme a enfrentarme al mundo.
223	Rara vez me siento una persona solitaria.
224	A veces dejo las cosas para el último momento.
225	Generalmente me preocupo por las cosas más de lo que debería.
226	No me asustan las alturas.
227	Creo que en el futuro me van a ocurrir cosas favorables.
228	Creo que podría ser un buen cómico.
229	Es muy raro que la gente me trate mal a propósito.

CONTIENE EN LA PÁGINA SIGUIENTE >>

F LV BV CV
 FALSO LIGERAMENTE VERDADERO BASTANTE VERDADERO COMPLETAMENTE VERDADERO

- | | | | |
|-----|---|-----|---|
| 230 | Siempre que puedo me gusta estar con otras personas. | 249 | A veces veo sólo en blanco y negro. |
| 231 | No me gusta mantener una relación durante mucho tiempo. | 250 | Tengo un sexto sentido que me avisa de las cosas que van a ocurrir. |
| 232 | Tengo problemas de estómago. | 251 | Generalmente me portaba bien cuando iba al colegio. |
| 233 | A veces noto que mi corazón late muy fuerte. | 252 | He ido muchas veces al médico en mi vida. |
| 234 | Sigo teniendo pesadillas sobre el pasado. | 253 | Intento acoger a las personas que parecen estar solas. |
| 235 | Tengo buen apetito. | 254 | A veces tomo una copa de una bebida alcohólica nada más levantarme. |
| 236 | Me molesta mucho si alguna persona trata de impedir que cumpla mis objetivos. | 255 | La bebida me ha causado algunos problemas en casa. |
| 237 | La gente que ha tenido éxito generalmente lo ha merecido. | 256 | Digo siempre lo que pienso. |
| 238 | A veces me parece que me han robado los pensamientos. | 257 | Suelo hacer lo que otras personas quieren que haga. |
| 239 | Cuando me canso de un sitio inmediatamente me voy a otro. | 258 | A veces puedo ser una persona muy violenta. |
| 240 | No me gusta comprar cosas que me parecen excesivamente caras. | 259 | Es muy difícil hacer que me enfade. |
| 241 | En mi familia discutimos más que hablamos. | 260 | He estado pensando en lo que podría decir en una carta de suicidio. |
| 242 | Muchos de mis problemas son consecuencia de mi actitud. | 261 | No tengo motivos para seguir viviendo. |
| 243 | He tenido experiencias de visión doble o de visión borrosa. | 262 | Nunca he tenido problemas en el trabajo por causa de las drogas. |
| 244 | Me sobresalto con facilidad. | 263 | Gasto el dinero con demasiada facilidad. |
| 245 | Los demás consideran que presto mucha atención a los detalles. | 264 | A veces hago promesas que no puedo cumplir. |
| 246 | En los últimos tiempos me he sentido feliz habitualmente. | 265 | A veces me pongo tan nervioso que me parece que voy a morir. |
| 247 | Últimamente tengo menos necesidad de dormir de la habitual. | 266 | Evito montarme en aviones. |
| 248 | Generalmente las cosas no son lo que aparentan a primera vista. | 267 | Tengo cosas importantes que aportar. |
| | | 268 | Últimamente confío tanto en mí que creo que puedo conseguir lo que me propongo. |

F	LV	BV	CV
FALSO	LIGERAMENTE VERDADERO	BASTANTE VERDADERO	COMPLETAMENTE VERDADERO
269			
270			
271			
272			
273			
274			
275			
276			
277			
278			
279			
280			
281			
282			
283			
284			
285			
286			
287			
288			
289			
290			
291			
292			
293			
294			
295			
296			
297			
298			
299			
300			
301			
302			
303			
304			
305			
306			
307			
308			

CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

F LV BV CV
 FALSO LIGERAMENTE VERDADERO BASTANTE VERDADERO COMPLETAMENTE VERDADERO

- 309** Soy objeto de una conspiración.
- 310** Mantengo el contacto con mis amigos y amigas.
- 311** Cuando hago una promesa no siento la necesidad de cumplirla.
- 312** Tengo diarreas con frecuencia.
- 313** Tengo el pulso firme.
- 314** Evito ciertas cosas que me traen malos recuerdos.
- 315** Tengo poco interés por el sexo.
- 316** Soy poco paciente con la gente que no está de acuerdo con mis planes.
- 317** A la larga uno siempre se ve recompensado si ayuda a los demás.
- 318** Soy capaz de concentrarme ahora tan bien como en mis mejores tiempos.
- 319** No soy del tipo de personas a las que asustan los retos.
- 320** En mi tiempo libre suelo leer, ver la televisión o simplemente descansar.
- 321** Me gustaría entender por qué actué en la forma en que lo hago.
- 322** Mi vida es completamente impredecible.
- 323** En algunas ocasiones mi vista ha empeorado y luego ha vuelto a mejorar.
- 324** Soy una persona muy tranquila y relajada.
- 325** La gente dice que soy perfeccionista.
- 326** Me satisface plenamente mi situación laboral.
- 327** Me preocupa no tener bastante dinero para salir adelante.
- 328** La relación con mi pareja no va bien.

- 329** Creo que dentro de mí hay tres o cuatro personalidades completamente diferentes.
- 330** Soy una persona bastante comprensiva.
- 331** Es importante para mí tener relaciones personales íntimas.
- 332** Tengo poca paciencia con la gente.
- 333** Tengo más amigos que la mayor parte de la gente que conozco.
- 334** Nunca he tenido problemas por haber bebido.
- 335** He tenido algunos problemas en el trabajo por culpa de la bebida.
- 336** Suelo intentar que los demás no se den cuenta cuando discrepo de ellos.
- 337** Soy una persona muy independiente.
- 338** La gente se sorprendería si me viese gritar a alguien.
- 339** Desde que soy una persona adulta nunca he empezado una pelea que haya llegado a las manos.
- 340** Estoy pensando en la posibilidad de suicidarme.
- 341** Las cosas nunca me han ido tan mal como para pensar en suicidarme.
- 342** El consumo de drogas nunca me ha producido problemas con la familia o los amigos.
- 343** Pongo mucho cuidado en la forma de gastar el dinero.
- 344** Casi nunca estoy de mal humor.

FIN DE LA PRUEBA.

**COMPRUEBE QUE HA RESPONDIDO
 A TODAS LAS FRASES.**

5. Inventario NEO reducido de Cinco Factores (NEO-FFI) y adaptación española (Cordero, Pamos y Seisdedos, 2008).

NOMBRE EDAD SEXO VARÓN MUJER FECHA - -

A En total desacuerdo **B** En desacuerdo **C** Neutral **D** De acuerdo **E** Totalmente de acuerdo

1 A menudo me siento inferior a los demás.	23 Encuentro aburridas las discusiones filosóficas.
2 Soy una persona alegre y animosa.	24 Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar.
3 A veces, cuando leo poesía o contemplo una obra de arte, siento una profunda emoción o excitación.	25 Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias.
4 Tiendo a pensar lo mejor de la gente.	26 Cuando estoy bajo un fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar.
5 Parece que nunca soy capaz de organizarme.	27 No soy tan vivo ni tan animado como otras personas.
6 Rara vez me siento con miedo o ansioso.	28 Tengo mucha fantasía.
7 Disfruto mucho hablando con la gente.	29 Mi primera reacción es confiar en la gente.
8 La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí.	30 Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez.
9 A veces intimido o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero.	31 A menudo me siento tenso e inquieto.
10 Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada.	32 Soy una persona muy activa.
11 A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores.	33 Me gusta concentrarme en un ensueño o fantasía y, dejándolo crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades.
12 Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente.	34 Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador.
13 Tengo una gran variedad de intereses intelectuales.	35 Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago.
14 A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero.	36 A veces me he sentido amargado y resentido.
15 Trabajo mucho para conseguir mis metas.	37 En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros.
16 A veces me parece que no valgo absolutamente nada.	38 Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana.
17 No me considero especialmente alegre.	39 Tengo mucha fe en la naturaleza humana.
18 Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y en la naturaleza.	40 Soy eficiente y eficaz en mi trabajo.
19 Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear.	41 Soy bastante estable emocionalmente.
20 Tengo mucha auto-disciplina.	42 Huyo de las multitudes.
21 A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza.	43 A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas y teóricas.
22 Me gusta tener mucha gente alrededor.	

A En total desacuerdo **B** En desacuerdo **C** Neutral **D** De acuerdo **E** Totalmente de acuerdo

- 44** Trato de ser humilde.
- 45** Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo.
- 46** Rara vez estoy triste o deprimido.
- 47** A veces rebose felicidad.
- 48** Experimento una gran variedad de emociones o sentimientos.
- 49** Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y fidedigna.
- 50** En ocasiones primero actúo y luego pienso.
- 51** A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento.
- 52** Me gusta estar donde está la acción.
- 53** Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países.

- 54** Puedo ser sarcástico y mordaz si es necesario.
- 55** Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es no atender a ninguna.
- 56** Es difícil que yo pierda los estribos.
- 57** No me gusta mucho charlar con la gente.
- 58** Rara vez experimento emociones fuertes.
- 59** Los mendigos no me inspiran simpatía.
- 60** Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer.

BOBECOMARPE CASAPUEBLO

¿HA RESPONDIDO A TODAS LAS FRASES? **SÍ** **NO**

¿HA ANOTADO SUS RESPUESTAS EN LOS LUGARES INDICADOS? **SÍ** **NO**

¿HA RESPONDIDO FIEL Y SINCERAMENTE A LAS FRASES? **SÍ** **NO**

FIN DE LA PRUEBA

RODÉE CON UN CÍRCULO LA ALTERNATIVA (A, B, C, D, E) QUE CORRESPONDA MEJOR A SU MANERA DE SER

A En total desacuerdo **B** En desacuerdo **C** Neutral **D** De acuerdo **E** Totalmente de acuerdo

- | | | | | |
|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| 1 A B C D E | 2 A B C D E | 3 A B C D E | 4 A B C D E | 5 A B C D E |
| 6 A B C D E | 7 A B C D E | 8 A B C D E | 9 A B C D E | 10 A B C D E |
| 11 A B C D E | 12 A B C D E | 13 A B C D E | 14 A B C D E | 15 A B C D E |
| 16 A B C D E | 17 A B C D E | 18 A B C D E | 19 A B C D E | 20 A B C D E |
| 21 A B C D E | 22 A B C D E | 23 A B C D E | 24 A B C D E | 25 A B C D E |
| 26 A B C D E | 27 A B C D E | 28 A B C D E | 29 A B C D E | 30 A B C D E |
| 31 A B C D E | 32 A B C D E | 33 A B C D E | 34 A B C D E | 35 A B C D E |
| 36 A B C D E | 37 A B C D E | 38 A B C D E | 39 A B C D E | 40 A B C D E |
| 41 A B C D E | 42 A B C D E | 43 A B C D E | 44 A B C D E | 45 A B C D E |
| 46 A B C D E | 47 A B C D E | 48 A B C D E | 49 A B C D E | 50 A B C D E |
| 51 A B C D E | 52 A B C D E | 53 A B C D E | 54 A B C D E | 55 A B C D E |
| 56 A B C D E | 57 A B C D E | 58 A B C D E | 59 A B C D E | 60 A B C D E |

**MUY IMPORTANTE
NO ANOTE NADA EN ESTE RECTÁNGULO**

6. Escala de autoconcepto de Tennessee. Fitts, 1965) en su adaptación española realizada por Garanto (1984)

ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE (TSCS)

Instrucciones

Las cuestiones que aparecen a continuación tienen como finalidad describir el sí mismo de cada uno. Responda, por favor, a cada una de ellas como si se describiera a sí mismo. No omita ninguna y procure hacerlo con la mayor sinceridad posible.

Seleccione una de las posibles respuestas rodeándola con un círculo. Si quiere modificar alguna respuesta ya señalada trace sobre ella un aspa X y rodee a continuación con un círculo la respuesta deseada.

Pase a la siguiente página para comenzar



Ítems • TSCS

		Puntuación
1 Completamente falso; 2 Mayormente falso; 3 Parcialmente falso y parcialmente verdadero; 4 Mayormente verdadero; 5 Completamente verdadero.		
Tengo un cuerpo sano	1	1 2 3 4 5
Soy una persona atractiva	2	1 2 3 4 5
Me considero fofo	3	1 2 3 4 5
Soy una persona decente	4	1 2 3 4 5
Soy una persona honesta	5	1 2 3 4 5
Soy una persona mala	6	1 2 3 4 5
Soy una persona jovial	7	1 2 3 4 5
Me llevo bien con la gente	8	1 2 3 4 5
Soy un don nadie	9	1 2 3 4 5
Tengo una familia que siempre me ayudaría ante cualquier tipo de problemas	10	1 2 3 4 5
Soy miembro de una familia feliz	11	1 2 3 4 5
Mis amigos no tienen confianza en mí	12	1 2 3 4 5
Soy una persona amigable	13	1 2 3 4 5
Soy popular entre los hombres	14	1 2 3 4 5
No estoy interesado en lo que hace otra gente	15	1 2 3 4 5
No siempre digo la verdad	16	1 2 3 4 5
Me enfado algunas veces	17	1 2 3 4 5
Me gusta mostrarme siempre arreglado y aseado	18	1 2 3 4 5
Siempre tengo dolores y molestias físicas	19	1 2 3 4 5
Soy una persona enferma	20	1 2 3 4 5
Soy una persona religiosa	21	1 2 3 4 5
Soy un inmoral	22	1 2 3 4 5
Soy una persona normalmente débil	23	1 2 3 4 5
Tengo mucho autocontrol	24	1 2 3 4 5
Soy una persona odiosa	25	1 2 3 4 5
Me estoy volviendo loco. Estoy perdiendo el sentido	26	1 2 3 4 5
Soy una persona importante para mis amigos y familia	27	1 2 3 4 5
No soy querido por mi familia	28	1 2 3 4 5



1 Completamente falso; 2 Mayormente falso; 3 Parcialmente falso y parcialmente verdadero; 4 Mayormente verdadero; 5 Completamente verdadero.		Puntuación
No soy la persona que me gustaría ser	59	1 2 3 4 5
Me gustaría no rendirme con la facilidad con que lo hago	60	1 2 3 4 5
Trato a mis padres tan bien como desearía	61	1 2 3 4 5
Soy demasiado sensible a las cosas que dice la familia	62	1 2 3 4 5
Debería querer más a mi familia	63	1 2 3 4 5
Estoy satisfecho de la forma como trato a las otras personas	64	1 2 3 4 5
Debería ser más educado con los otros	65	1 2 3 4 5
Debería llevarme mejor con las otras personas	66	1 2 3 4 5
A veces murmuro un poco	67	1 2 3 4 5
A veces tengo deseos de blasfemar	68	1 2 3 4 5
Me cuido muy bien físicamente	69	1 2 3 4 5
Trato de ser cuidadoso con mi apariencia	70	1 2 3 4 5
A menudo actúo como si fuera un manazas	71	1 2 3 4 5
Soy fiel a mi religión en mi vida diaria	72	1 2 3 4 5
Trato de cambiar cuando sé que estoy haciendo cosas incorrectas	73	1 2 3 4 5
A veces se me ocurre hacer cosas muy malas	74	1 2 3 4 5
Soy capaz de arreglarme solo en cualquier situación	75	1 2 3 4 5
Acepto los reproches sin enfadarme	76	1 2 3 4 5
Hago cosas sin pensarlas previamente	77	1 2 3 4 5
Trato de jugar limpio con mis amigos y mi familia	78	1 2 3 4 5
Tomo verdadero interés por mi familia	79	1 2 3 4 5
Cedo fácilmente ante mis familiares	80	1 2 3 4 5
Trato de comprender el punto de vista de otros compañeros	81	1 2 3 4 5
Me llevo bien con la gente	82	1 2 3 4 5
No perdono a los otros fácilmente	83	1 2 3 4 5
Preferiría más ganar que perder en el juego	84	1 2 3 4 5
Me encuentro físicamente bien	85	1 2 3 4 5
Soy malo en deportes y juegos	86	1 2 3 4 5
Duermo con dificultad	87	1 2 3 4 5
Hago lo correcto casi siempre	88	1 2 3 4 5

7. Inventario de Autoengaño y Mistificación de Sirvent (2007)

Inventario de autoengaño y mixtificación Sirvent, 2007

Edad: _____ Sexo: Hombre Mujer Fecha: _____						
Instrucciones: Lea atentamente cada pregunta y marque la respuesta que mejor le describa entre muy en desacuerdo (1) y muy de acuerdo (5). ES MUY IMPORTANTE QUE RESPONDA CON ABSOLUTA SINCERIDAD					1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Inseguro 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	
1	Reconozco que con mayor frecuencia de la deseada he negado o pasado por alto un problema importante	1	2	3	4	5
2	La imagen que de mí tienen los demás es diferente a la que yo tengo de mí mismo	1	2	3	4	5
3	Tardo tiempo en darme cuenta de determinadas cosas de importancia que me pasan en los asuntos importantes de mi vida	1	2	3	4	5
4	Reconozco que en mi interior rechazo o no acepto lo que me dicen si no me gusta, aunque sea verdad	1	2	3	4	5
5	Reconozco que con frecuencia ven antes (o mejor) mis problemas otras personas que yo mismo	1	2	3	4	5
6	Me han llegado a decir que me doy cuenta de las cosas cuando me gustan, pero que no las hago caso cuando no me gustan (aunque sean importantes)	1	2	3	4	5
7	Sinceramente, creo que mantengo una imagen exterior que no es la auténtica mía	1	2	3	4	5
8	Solo yo me conozco, los demás no saben como soy realmente	1	2	3	4	5
9	Hay opiniones acerca de mí en las que coinciden los demás pero con las cuales yo no estoy de acuerdo	1	2	3	4	5
10	Francoemente, engaño más o soy más insincero de lo que desearía	1	2	3	4	5
11	En mi interior creo que nadie o casi nadie me comprende o entiende	1	2	3	4	5
12	Me han llegado a decir (o insinuar) que manipulo	1	2	3	4	5
13	Si lo necesito utilizo el chantaje emocional cuando me conviene	1	2	3	4	5
14	Con frecuencia me doy cuenta antes de lo que le pasa a los demás que a mí mismo	1	2	3	4	5
15	Creo que es difícil anticipar o prever mis intenciones	1	2	3	4	5
16	Con frecuencia no me doy cuenta de los efectos dañinos de algo (amistad perjudicial, salir por zonas de riesgo, etc.)	1	2	3	4	5
17	Sinceramente, creo que cuando me interesa transformo las cosas ajustándolas a mi propia conveniencia	1	2	3	4	5
18	Miento para resguardar y encubrir a una persona (o más) muy allegada	1	2	3	4	5
19	Cuando me importa mucho una persona y me doy cuenta de sus defectos, trato de convencerme de que él/ella no es realmente así	1	2	3	4	5
20	Reconozco que acepto lo que me dicen si me gusta, aunque no sea cierto	1	2	3	4	5
21	Si alguna persona o cosa nociva o supuestamente negativa me gusta mucho me olvido o paso de posibles consecuencias	1	2	3	4	5
22	Quienes me conocen me dicen (o sospechan) que cuando me conviene recurro al engaño para conseguir mi propósito	1	2	3	4	5

Carlos Sirvent Ruiz

23	Creo que caigo en los mismos errores en los asuntos importantes de mi vida una y otra vez	1	2	3	4	5
24	Sinceramente, con mayor frecuencia de lo habitual, recorro a la manipulación	1	2	3	4	5
25	Reconozco que -con más frecuencia de la que yo quisiera- no he enfrentado una situación comprometida dejando que se mantuviera sin solucionarla	1	2	3	4	5
26	Digo que mi problema de relación está en la otra persona, no en mí, aunque en mi fuero interno pienso que hay más causas	1	2	3	4	5
27	Me cuesta darme a conocer tal y como soy con los demás	1	2	3	4	5
28	Parece que no aprendo de ciertos errores importantes en mi vida	1	2	3	4	5
29	Suelo aguantar situaciones conflictivas más de lo admisible esperando que dicha situación cambie	1	2	3	4	5
30	Suelo guardarme para mí mis intenciones, no me gusta que las sepan de antemano	1	2	3	4	5
31	Con frecuencia pienso demasiado en lo que me pasa hasta transformarlo en otra cosa	1	2	3	4	5
32	En mis conflictos considero que suelen tener la culpa los demás	1	2	3	4	5
33	Hay personas que creen que confundo lo que me gusta con lo que realmente me conviene	1	2	3	4	5
34	A veces imagino o fantaseo cosas que puedo acabar creyéndomelas	1	2	3	4	5
35	Creo que tengo autoengaño	1	2	3	4	5
36	Reconozco que siento desconfianza cuando los demás me intentan hacer ver las cosas a su manera	1	2	3	4	5
37	Cuando noto que quieren convencerme de algo me resisto interiormente	1	2	3	4	5
38	Sinceramente, creo que coloco una especie de pantalla ante las personas para que no penetren en mi interior	1	2	3	4	5
39	Creo más en mi realidad, en la que yo percibo que en la que me intentan hacer ver	1	2	3	4	5
40	Con cierta frecuencia afirmo tener las cosas claras cara a los demás cuando en el fondo no es así	1	2	3	4	5
41	No suelo reconocer casi nunca mis errores	1	2	3	4	5
42	Sinceramente muchas veces respondo lo que más me conviene, incluso por encima de la verdad	1	2	3	4	5
43	En temas importantes o que me preocupan reconozco que muchas veces me dejo llevar por mis ilusiones	1	2	3	4	5
44	A veces siento que mi forma de vida es un engaño, que vivo asentado en un engaño	1	2	3	4	5
45	Me dan a entender (aunque no me lo digan) que estoy equivocado en mi vida	1	2	3	4	5
46	Me dicen que tengo desconfianza (o que me cuesta confiar en los demás)	1	2	3	4	5
47	Me cuesta mucho trabajo cambiar mi pensamiento. Me resisto a que me cambien	1	2	3	4	5
48	Me defiendo de la influencia de los demás haciéndome fuerte en mi postura	1	2	3	4	5
49	Sinceramente, llegado el caso antepongo mis intereses a los de los demás	1	2	3	4	5
50	Hay personas que me atribuyen cosas negativas que en mi opinión tienen ellos peor que yo	1	2	3	4	5

Gracias por su colaboración