

## **TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN PERSONAS CON ADICCIÓN: CONGLOMERADOS DIAGNÓSTICOS Y VARIABLES PSICOLÓGICAS ASOCIADAS**

Eduardo J. Pedrero-Pérez

*Centro de Atención a Drogodependientes [CAD] San Blas, Madrid (España)*

### **Resumen**

Este estudio pretende conocer los patrones que se presentan en una amplia muestra de pacientes adictos y caracterizar a cada uno de ellos según manifestaciones psicológicas y psicopatológicas. Sobre una muestra de 1406 sujetos que iniciaban tratamiento por conductas adictivas en un centro de tratamiento de adicciones, se realizó un análisis de conglomerados sobre sus respuestas al "Inventario clínico multiaxial de Millon-II" (MCMI-II). A cada conglomerado obtenido se le emparejó la media obtenida en otras pruebas que exploraban variables psicológicas y psicopatológicas. Se encontró que el 32,5% de la muestra presentaba patrones graves de personalidad, que se corresponderían con los diagnósticos de trastorno esquizotípico, límite, antisocial y evitativo, mientras que el 42,2% no presentaba ningún patrón problemático. Las mujeres presentaban con mayor frecuencia que los varones patrones graves, y estos, con mayor frecuencia, patrones no problemáticos. Se concluye que el diagnóstico puede reducirse a cuatro presentaciones clínicas, permitiendo diseñar un menú de intervenciones psicológicas y neuropsicológicas, lo que repercutiría en la mejora de los pacientes y la eficiencia de las intervenciones.

*PALABRAS CLAVE: trastornos de la personalidad, adicción, análisis de conglomerados, psicopatología, diferencias de sexo.*

### **Abstract**

This study aims to understand the patterns that occur in a large sample of addicted patients and to characterize each of them according to psychological and psychopathological manifestations. On a sample of 1,406 subjects who initiated treatment for addictive behaviours in a drug addiction care centre, a cluster analysis of their responses to the Millon-II Multi-Axial Clinical Inventory (MCMI-II) was carried out. Each conglomerate obtained was matched with the mean obtained in other tests that explored psychological and psychopathological variables. It was found that 32.5% of the sample presented severe personality patterns, which would correspond to the diagnoses of schizotypal, borderline, antisocial and avoidant disorders, while 42.2% did not present any problematic patterns. Women were more likely than men to have severe patterns, and the latter were more likely to have non-problematic patterns. It is concluded that the diagnosis can be reduced to four clinical presentations, allowing for the design of a menu of psychological and neuropsychological interventions, which would have

repercussions on the improvement of patients and the efficiency of the interventions.

KEY WORDS: *personality disorders, addiction, cluster analysis, psychopathology, gender differences.*

## Introducción

Es bien conocida la relación entre el diagnóstico de trastornos de personalidad (TTPP) y el desarrollo de conductas adictivas (Verheul, 2001). Estudios recientes, utilizando como referencia el DSM-5 (*American Psychiatric Association* [APA], 2013), confirman esta relación, ampliamente documentada cuando se han utilizado versiones previas de las categorías diagnósticas, en especial con los trastornos esquizotípico, límite y antisocial (Grant *et al.*, 2016). Sin embargo, no está clara la verdadera relación entre unos y otras, o si son, en realidad, procesos diferentes o manifestaciones de un mismo proceso. Cuando se estudian las relaciones estructurales entre variables, los TTPP influyen directamente sobre los problemas asociados al consumo, pero también sobre la gravedad de la adicción, de modo que parecen ser antecedentes de las conductas adictivas (Vélez-Moreno *et al.*, 2016). Estudiando la historia natural de la adicción, determinados rasgos preceden al uso inicial de las sustancias y predicen la aparición de problemas asociados a la pérdida de control (Sarvet y Hasin, 2016), algo que también sucede cuando se trata de adicciones sin sustancias (Dowling *et al.*, 2014). Sin embargo, también los TTPP diagnosticados pueden ser producto de la exacerbación de algunos rasgos como producto del propio proceso adictivo, ya sea por el estrés, los efectos bioquímicos de las sustancias o la restricción estimular y el empobrecimiento ambiental, capaces de producir un cambio de personalidad (Pedrero Pérez, López Durán y Olivar Arroyo, 2011; Perry y Carroll, 2008; Reich, 2007). En cualquier caso, la existencia de patrones disfuncionales de personalidad influye tanto en la gravedad del proceso adictivo (Vélez-Moreno *et al.*, 2016) y su inicio temprano (García-Sánchez *et al.*, 2016; González, Espada, Guillén-Riquelme, Secades y Orgilés, 2016), como en la calidad de vida (Lozano, Rojas y Fernández Calderón, 2016), la persistencia de otros problemas psicopatológicos (Tyrer, Tyrer, Yang y Guo, 2016) o la respuesta al tratamiento (Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen y Duckert, 2013).

Uno de los principales problemas que debe afrontar la investigación es la dificultad inherente al diagnóstico de los TTPP. Se ha criticado el sistema categorial, en la medida en que "los diagnósticos oficiales son sustancialmente arbitrarios, a menudo poco fiables, solapados e incompletos y sólo tienen una utilidad limitada para la planificación del tratamiento" (Widiger, Costa y McCrae, 2002; p. 435), lo que conlleva que "la evaluación de los trastornos de la personalidad es actualmente inexacta, en gran parte poco fiable, frecuentemente errónea y necesitada de mejoras" (Tyrer *et al.*, 2007; p. 51). Una cuestión que afecta a la validez es la inestabilidad temporal de los diagnósticos, de modo que lo que conceptualmente es un patrón estable a lo largo del tiempo recibe diagnósticos diferentes o simplemente desaparecen los criterios para formularlo, y

ello incluso en periodos cortos entre evaluaciones (Baca-García *et al.*, 2007; Pedrero Pérez, López Durán y Olivar Arroyo, 2011). Se ha sugerido que el estrés en el momento de la evaluación puede llevar al sobrediagnóstico, en la medida en que, en individuos predispuestos, exagera la expresión de rasgos de personalidad normales, lo que ha llevado a distinguir entre TTPP inducidos por el estrés y los verdaderos TTPP estables (Reich, 2007). Estas críticas al enfoque categorial, tras toda una década acumulando pruebas científicas sobre la superioridad de los enfoques dimensionales, ha llevado finalmente a pocos cambios en el DSM-5 (APA, 2013), que ha propuesto un diagnóstico híbrido y atóxico, sin vinculación con pruebas empíricas, eliminando el eje II, lo que ha generado importantes críticas (Skodol, Morey, Bender y Oldham, 2013; Tyrer, 2010; Widiger, 2013).

Frente a este enfoque atóxico y fenomenológico, Theodore Millon ha ido construyendo una visión de los TTPP desde múltiples enfoques psicológicos, con una perspectiva evolutiva y dotando a cada patrón disfuncional de una estructura y funcionalidad (Millon y Davis, 1996). Su instrumento, el "Inventario clínico multiaxial de Millon" (*Millon Clinical Multiaxial Inventory*, MCMI), en sus sucesivas versiones, ha sido uno de los más utilizados en el estudio de la personalidad disfuncional y en muchos idiomas (Rossi y Derksen, 2015). Sin embargo, el MCMI ha fallado cuando ha tenido la pretensión de ajustar sus resultados a las sucesivas categorías diagnósticas (Choca y Grossman, 2015), produciendo una sobreestimación de la prevalencia, puntuaciones criterio para varios trastornos, pobre estabilidad temporal de los diagnósticos categoriales derivados y muy baja validez convergente entre los resultados del test y los diagnósticos obtenidos por otros métodos (Flynn, McCann y Fairbank, 1995; Ravndal y Vaglum, 2010). El MCMI es un buen estimador de la taxonomía de la personalidad formulada por Millon, que es, en esencia, politética (Strack y Millon, 2007), lo que lleva a que cuando se quiere transformar en diagnósticos categoriales puedan cumplirse criterios para cinco o más trastornos (Pedrero-Pérez, Puerta-García, Lagares-Roibas y Sáez-Maldonado, 2003), algo clínicamente inaceptable.

Además de las dificultades diagnósticas hay que contar con el pobre arsenal terapéutico disponible con acreditadas pruebas de eficacia. Algo en lo que existe amplio acuerdo es en que el tratamiento de los TTPP requiere de manera prioritaria una intervención psicoterapéutica (Bateman, Gunderson y Mulder, 2015), no existiendo pruebas sólidas para el uso de fármacos (Koch *et al.*, 2016), salvo, todo lo más, como elementos coadyuvantes en la reducción de ciertos síntomas (Duggan, Huband, Smailagic, Ferriter y Adams, 2008; Mercer, Douglass y Links, 2009). La psicoterapia se asocia con considerables tasas de remisión de los trastornos, incluso de los más graves (Ng, Bourke y Grenyer, 2016), mientras que el uso de fármacos carece de pruebas empíricas de eficacia, más allá de encuestas clínicas y "opiniones de expertos" (Knappich, Hörz-Sagstetter, Schwerthöffer, Leucht y Rentrop, 2014; Mazza, Marano y Janiri, 2016). De especial interés es la terapia dialéctica conductual, propuesta por Marsha Linehan (Linehan *et al.*, 1999), que ha mostrado ser eficaz en el control de síntomas del trastorno límite de personalidad en personas con adicción a sustancias (Dimeff y Linehan, 2008), así como en trastornos del grupo C (Navarro Haro, García-Palacios, Moliener Albero, Guilén Botella y Botella Arbona, 2013), lo que ha sido confirmado por diferentes

estudios de metaanálisis (Cristea *et al.*, 2017; Panos, Jackson, Hasan y Panos, 2014).

Apenas existen estudios disponibles que aporten pruebas científicas sobre los tratamientos cuando concurren TTPP y adicción a sustancias, aunque los pocos disponibles aportan efectos significativos de las terapias psicológicas (Lee, Cameron y Jenner, 2015). Millon propuso la que denominó Terapia guiada por la personalidad (Millon, 1999), prescribiendo modalidades de intervención según los prototipos propuestos por su modelo teórico, pero apenas ha sido aplicada en la clínica (Nielsen, Røjskjær y Hesse, 2007).

Una posibilidad es deconstruir<sup>1</sup> los trastornos, de modo que puedan encontrarse elementos comunes en los patrones complejos, para intervenir sobre ellos mediante métodos de eficacia contrastada. El presente trabajo pretende superar los problemas inherentes a la concepción politética de los TTPP formulados por Millon y sugerir un menú terapéutico que pueda resultar de utilidad en la clínica de la adicción. El método elegido es el análisis de conglomerados (Kaufman y Rousseeuw, 2009), técnica multivariada mediante la cual se pretende encontrar un conjunto de grupos a los que ir asignando los distintos individuos por algún criterio de homogeneidad. La hipótesis de partida es que los TTPP, más allá de su carácter evolutivo y de su presentación fenomenológica, comparten características entre sí. Se han elegido variables que pueden caracterizar adecuadamente a los trastornos, según estudios previos, como la impulsividad (Few, Lynam y Miller, 2015), la baja autoestima, el estrés percibido y el afrontamiento ineficaz (Pincus, 2018) o manifestaciones de mal funcionamiento córtico-cerebral (Pedrero *et al.*, 2013), que podrían abordarse mediante terapias específicas. Adicionalmente, se pretende establecer diferencias por sexo.

## Método

### *Participantes*

La muestra estuvo formada por 1.406 sujetos de entre 18 y 67 años de edad, que iniciaban tratamiento por conducta adictiva con o sin sustancias en un centro específico, público y gratuito de la ciudad de Madrid, España (Centro de Atención a Drogodependientes [CAD] San Blas, Instituto de Adicciones. Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid), entre enero de 2010 y julio de 2016. Los descriptivos de la muestra se ofrecen en la tabla 1.

### *Instrumentos*

- a) “Inventario clínico multiaxial de Millon-II” (*Millon Clinical Multiaxial Inventory-II*, MCMI-II; Millon, 1987), versión española (Millon y Espada, 1998). Este inventario está formado por 175 ítems (4 de validez), con una escala de respuesta dicotómica verdadero/falso. Informa sobre ocho patrones clínicos de

---

<sup>1</sup> Según el diccionario de la RAE, “deshacer analíticamente los elementos que constituyen una estructura conceptual”; según el diccionario de Cambridge “dividir algo en sus partes separadas para comprender su significado, especialmente cuando esto es diferente de cómo se entendía previamente”.

personalidad, tres formas graves de patología de personalidad (trastornos esquizotípico, límite y paranoide), seis síndromes clínicos de intensidad moderada y tres síndromes clínicos graves. Las puntuaciones directas se convierten en puntuaciones de tasa base atendiendo a la distribución de la prevalencia de cada trastorno en los subgrupos de población. Generalmente, se estima un punto de corte en el valor 75, siendo los valores iguales o superiores sugestivos de algún problema clínico, y otro en el valor 85 que indicaría una gravedad importante del trastorno. En el manual de la versión española se informa de adecuadas propiedades psicométricas. Para el presente estudio se utilizaron las puntuaciones de tasa base (TB) de los 11 patrones de personalidad y de los síndromes clínicos de abuso de alcohol y de otras drogas. El cuestionario cuenta con diversas escalas de validez, deseabilidad y sinceridad.

**Tabla 1**  
Descriptivos de la muestra

Variables	Varones (n= 1.043)	Mujeres (n= 363)	Total (n= 1.406)
Edad (M y DT)	36,6 (9,6)	37,9 (10,5)	36,9 (9,8)
Nivel de estudios (%)			
Primarios o menos	17,5	15,2	16,9
Secundarios	40,8	32,2	38,6
Secundarios posobligatorios	28,9	35,3	30,5
Universitarios	12,8	17,4	13,9
Droga o conducta principal			
Heroína	165	50	215
Cocaína	431	124	555
Alcohol	360	161	521
Cannabis	83	23	106
Benzodiacepinas	2	1	3
Anfetaminas	--	1	1
Juego patológico	1	1	2
Compras compulsivas	--	1	1
Codeína	--	1	1
Ketamina	1	--	1

- b) "Cuestionario de variables de interacción psicosocial" (VIP; Pedrero Pérez, Pérez-López, De Ena-de la Cuesta y Garrido-Caballero, 2005). Este cuestionario está formado por siete escalas: Autoestima, Autoeficacia percibida, Optimismo, Locus de control, Habilidades sociales, Autocontrol y Estilos de afrontamiento del estrés. Los 84 ítems que incluye se responden en una escala Likert de cuatro opciones: "Muy de acuerdo", "De acuerdo", "En desacuerdo" y "Muy en desacuerdo". Las opciones se corrigen 2, 1, -1 y -2,

siempre en dirección al constructo explorado en cada escala, de modo que deben invertirse las puntuaciones de los ítems negativos. Las escalas se puntúan entre el máximo posible (+100) y el mínimo posible (-100) para cada escala. Para su mejor comprensión visual, se transforman las puntuaciones en una escala 0-100, con media 50, mediante la fórmula  $y = (x+100)/2$ . Estudios recientes han mostrado sólidas pruebas de fiabilidad y validez en muestras amplias de personas tratadas por adicción (Pedrero-Pérez, 2016).

- c) "Inventario de síntomas prefrontales" (ISP), versión completa (Ruiz-Sánchez de León *et al.*, 2012) y de cribado ISP-20 (Pedrero-Pérez, Ruiz-Sánchez de León, Morales-Alonso, Pedrero-Aguilar y Fernández-Méndez, 2015). Este inventario explora síntomas de mal funcionamiento en la vida diaria que se relacionan con alteraciones neuropsicológicas atribuibles a la corteza prefrontal. Se responde en una escala Likert (0= "nunca o casi nunca"; 1= "pocas veces"; 2= "a veces sí y a veces no"; 3= "muchas veces"; 4= "siempre o casi siempre"). El estudio factorial de la versión completa halló una solución de tres factores: problemas en el control comportamental (subescalas de motivación, funcionamiento ejecutivo y atención), problemas en el control emocional y problemas en la conducta social. La validación tanto en población general como en adictos en tratamiento informó de adecuados valores de consistencia interna ( $0,87 > \alpha > 0,81$ ), adecuados indicadores de ajuste para la solución factorial y validez concurrente con pruebas similares. El estudio factorial de la versión abreviada de 20 ítems (ISP-20) encontró la misma solución de tres factores, que se denominaron igual y mostraron similar consistencia interna ( $0,89 > \alpha > 0,87$ ). Se encontraron además indicios de validez concurrente con pruebas de salud mental y calidad de vida relacionada con la salud, así como con pruebas neuropsicológicas clásicas de rendimiento cognitivo (Pedrero-Pérez *et al.*, 2016). Ha sido utilizado en población con patologías cerebrales, aplicado tanto a pacientes como a sus cuidadores (Huertas-Hoyas, Pedrero-Pérez, Martínez-Campos y Laselle-López, 2016; Ruiz-Sánchez de León *et al.*, 2015) y en estudios transculturales (González Roscigno, Mujica Díaz, Terán Mendoza, Guerrero Alcedo y Arroyo Alvarado, 2016; Mendoza, Cuello y López, 2016; Terán-Mendoza, Sira-Ramos, Guerrero-Alcedo y Arroyo-Alvarado, 2016). Para el presente estudio, las puntuaciones se han transformado en una escala de media= 50 y  $DT= 10$ , a partir de los datos poblacionales obtenidos en los artículos de validación (Pedrero-Pérez y Ruiz Sánchez de León, 2015; Ruiz-Sánchez de León *et al.*, 2012).
- d) "Inventario de impulsividad de Dickman" (*Dickman Impulsivity Inventory*, DII; Dickman, 1990). Este inventario consta de 23 ítems divididos en dos subescalas: impulsividad funcional (11 ítems) e impulsividad disfuncional (12 ítems). Las respuestas son de elección forzosa en sentido afirmativo o negativo. Aunque existe una versión española validada previa (Chico, Tous, Lorenzo-Seva y Vigil-Colet, 2003), se ha utilizado una versión modificada, más fiel al original, validada en población general y en personas con adicción a sustancias (Pedrero-Pérez, 2009) y que mostró adecuados valores de consistencia interna ( $\alpha = 0,86$  y  $0,74$  para las subescalas) y una estructura factorial que confirmó la existencia de dos subescalas independientes

pobremente correlacionadas entre sí ( $r= 0,10$ ;  $p < 0,05$ ). Se han encontrado pruebas de validez y correspondencia con otras medidas psicológicas (Pedrero-Pérez y Ruiz-Sánchez de León, 2015). Para el presente estudio, las puntuaciones se han transformado en una escala de media= 50 y  $DT= 10$ , a partir de los datos poblacionales obtenidos en los artículos de validación (Pedrero-Pérez, 2009).

- e) "Escala de estrés percibido" (EEP) (*Perceived Stress Scale*, PSS; Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983), versión española de Remor y Carrobles (2001). La EEP está formada por 14 ítems que miden el grado en que, durante el último mes, las personas se han sentido molestas o preocupadas o, por el contrario, se han sentido seguras de su capacidad para controlar sus problemas personales. Estudios posteriores han mostrado mejores cualidades psicométricas para la versión de 10 ítems, tanto en población clínica como en población general (Pedrero-Pérez, Ruiz-Sánchez de León, Lozoya-Delgado, *et al.*, 2015b). La escala puntúa entre 0-40, con puntuaciones superiores indicando mayor estrés percibido. Utiliza un formato de respuesta de tipo Likert de cinco alternativas con un rango de 0 ("Nunca") a 4 ("Muy a menudo"). Los estudios previos muestran una estructura bifactorial (Control vs. No control) y buena consistencia interna,  $0,87 < \alpha < 0,91$  (Pedrero-Pérez, Ruiz-Sánchez de León, Lozoya-Delgado, *et al.*, 2015; Pedrero-Pérez y Olivares Arroyo, 2010). Para el presente estudio, las puntuaciones se han transformado en una escala de media= 50 y  $DT= 10$ , a partir de los datos poblacionales obtenidos en los artículos de validación (Pedrero-Pérez, Ruiz-Sánchez de León, Lozoya-Delgado, *et al.*, 2015).

### Procedimiento

Todos los participantes cumplimentaron el MCMI-II y varias de las pruebas complementarias, una vez libres de los efectos agudos de las sustancias (1 o 2 semanas desde la primera entrevista), constatándolo mediante pruebas de aire espirado y análisis toxicológicos de orina. Los criterios de inclusión fueron: demandar tratamiento por conductas adictivas con o sin sustancia, cumplir criterios DSM-5 (APA, 2013) de trastorno por uso de sustancias y otras conductas adictivas (o equivalentes, en el caso de adicciones comportamentales no incluidas), no encontrarse bajo los efectos de sustancias psicoactivas. Los criterios de exclusión fueron: dificultades para la comprensión del idioma español o las preguntas de los tests ( $n= 25$ ), encontrarse en situación psicológica incapacitante (estado psicótico activo, depresión grave) ( $n= 4$ ), haber padecido daño cerebral de cualquier etiología o padecer deterioro cognitivo en el momento de la evaluación ( $n= 3$ ), o tener prescrita una pauta farmacológica u otras condiciones que disminuyeran sus capacidades cognitivas ( $n= 12$ ). Se retiraron los cuestionarios que no cumplieran los criterios de validez del MCMI-II ( $n= 25$ ). Los participantes fueron informados del doble objetivo de la evaluación (clínico, para el diseño individualizado de la intervención, y anónimo para labores de investigación) y firmaron un consentimiento informado para la utilización anónima de sus resultados.

### Análisis de datos

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de conglomerados jerárquicos a partir de la matriz de distancias entre las puntuaciones TB de las 11 escalas de patrones de personalidad del MCMI-II. Para la conglomeración se utilizó el método de Ward, que genera conglomerados con varianza mínima dentro de ellos y máxima entre sí; y como medida se utilizó la distancia euclídea al cuadrado, para conseguir la mínima pérdida de información y la máxima similitud de los elementos de cada conglomerado. Posteriormente, se forzó una solución con el número ideal de agrupaciones encontrado, clasificando a todos los sujetos en alguna de ellas y estimando las puntuaciones medias de las variables de agrupación y las variables criterio. Las diferencias en variables complementarias de los conglomerados obtenidos se estudiaron mediante MANCOVA, utilizando la eta al cuadrado ( $\eta^2$ ) como estimador del tamaño del efecto, interpretado según las reglas a ojo de buen cubero de Cohen (1988): en torno a 0,01 poco efecto, en torno a 0,06 indica un efecto medio y superior a 0,14 es un efecto grande; y el estadístico de Scheffe para las comparaciones *post hoc*; para las variables cualitativas se utilizó la  $\chi^2$ , como estimadores del tamaño del efecto se utilizaron los residuos tipificados ( $SR_{ij} = \text{residuos}/\sqrt{\text{frecuencia esperada}}$ ) y la V de Cramer, que se interpreta como baja cuando  $V = 0,10$ , moderada cuando  $V = 0,30$  y alta cuando  $V = 0,50$ . Se utilizó el programa SPSS 17.0.1 (IBM, 2008), efectuando manualmente los cálculos de los estadísticos no disponibles ( $\eta^2$  y  $SR_{ij}$ ).

## Resultados

### Análisis de conglomerados bietápico

El análisis de conglomerados jerárquicos generó una solución de 12 agrupaciones (tabla 2), constatándose, mediante una prueba de ANOVA, que las medidas de todos los grupos resultaron significativamente diferentes ( $p < 0,001$ ). Se forzó a continuación el análisis de conglomerados de 12 medias, constatando el centro de cada uno de ellos en las variables de TTPP y hallando la puntuación media en cada una de las variables complementarias (tabla 3). Los conglomerados se ordenaron según la suma de puntuaciones totales de las escalas de personalidad, de modo que pueden observarse según un gradiente de gravedad. De este modo, se observan tres agrupaciones graves (conglomerados 7, 8 y 1) en los que se sitúa el 26,9% de la muestra; tres agrupaciones de gravedad moderada (conglomerados 5, 3 y 9), en los que se sitúa el 30,9% de la muestra; y seis conglomerados de intensidad leve o inexistencia de alteraciones, que agrupa al 42,2% de los participantes.

Analizando los conglomerados graves, encontramos que el primero de ellos (conglomerado 7) se caracteriza por puntuaciones muy elevadas en los tres trastornos que Millon sitúa en el espectro de la esquizofrenia: esquizoide, evitativo y esquizotípico. Un 8,04% de la muestra mostraría un *patrón* de personalidad que podemos denominar como *psicótico*. El segundo conglomerado (conglomerado 8), que acoge al 11,24% de la muestra, combina la agresividad y la inestabilidad



emocional, con puntuaciones muy elevadas en el trastorno ambivalente (negativista o pasivo-agresivo), oscilando entre la agresión (patrones antisocial y agresivo) y la autoagresión (patrón autodestructivo) y también en el trastorno límite, como el más grave, que engloba a los anteriores; por ello, lo denominaremos *patrón límite*. El tercero de los conglomerados, compuesto por un 7,61% de los participantes, puntúa alto únicamente en los trastornos agresivos (antisocial, agresivo-sádico y pasivo agresivo) y en el narcisista, pero no en los de inestabilidad emocional o autoagresión, por lo que puede denominarse *patrón psicopático*.

**Tabla 2**  
Historial de conglomeración (conglomerados jerárquicos)

Etapa	Conglomerados que combinan		Coeficientes	Etapa en la que el conglomerado aparece por primera vez		Siguiete etapa
	1	2		1	2	
1	2	11	199311,3	0	0	6
2	6	7	411700,8	0	0	7
3	4	5	651734,3	0	0	5
4	10	12	911462,1	0	0	6
5	4	13	1253607,3	3	0	7
6	2	10	1651983,5	1	4	9
7	4	6	2105322,1	5	2	11
8	3	8	2670955,6	0	0	10
9	2	9	3276213,9	6	0	11
10	1	3	3970455,8	0	8	12
11	2	4	5794166,4	9	7	12
12	1	2	7687825,6	10	11	0

Aparecen diferencias significativas en abuso de alcohol ( $F_{11}= 107,4$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2= 0,06$ ) y de drogas ( $F_{11}= 263,7$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2= 0,11$ ) entre los diversos conglomerados. Las pruebas *post hoc* indican que los conglomerados 7 y 8 son los que puntúan más alto en abuso de alcohol, y el 8 y el 1 en abuso de drogas ( $p < 0,001$ ). También aparecen diferencias significativas ( $p < 0,001$ ) en todas las escalas del VIP, con mayor tamaño del efecto en autoestima ( $F_{11}= 87,8$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2= 0,40$ ) y afrontamiento centrado en la emoción ( $F_{11}= 73,7$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2= 0,38$ ), y menor en el afrontamiento centrado en la búsqueda de apoyo social ( $F_{11}= 10,1$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2= 0,08$ ); los conglomerados 7 y 9 son los que peores resultados obtienen. También hay diferencias significativas en todas las escalas de síntomas prefrontales, aunque el tamaño del efecto es menor ( $13,7 < F_{11} < 26,1$ ;  $p < 0,001$ ;  $0,05 < \eta^2 < 0,08$ ). Lo mismo sucede con las escalas de impulsividad y estrés, con moderado tamaño del efecto en todos los casos ( $8,5 < F_{11} < 16,1$ ;  $p < 0,001$ ;  $0,04 < \eta^2 < 0,07$ ). Los patrones que han sido clasificados en el grupo de mayor gravedad son, en todos los casos, los que peores resultados obtienen.

**Tabla 3**  
Puntuaciones medias para los 12 grupos y para el resto de variables en cada conglomerado

Variable	Conglomerados											
	7	8	1	5	3	9	2	4	6	11	10	12
MCMII (escala)												
Esquizoide	<b>81</b>	49	51	65	25	<b>87</b>	58	45	40	28	57	17
Evitativo	<b>91</b>	66	58	68	33	<b>86</b>	42	48	24	3	38	0
Dependiente	58	62	16	71	51	<b>76</b>	28	60	67	22	57	47
Histriónico	49	<b>79</b>	66	60	<b>75</b>	21	49	49	59	46	18	33
Narcisista	55	74	<b>75</b>	57	74	22	58	31	56	48	8	11
Antisocial	<b>75</b>	<b>82</b>	<b>92</b>	60	70	34	63	42	40	45	11	4
Agresivo/Sádico	72	<b>78</b>	<b>89</b>	57	71	33	63	30	43	45	13	8
Obsesivo compulsivo	41	35	34	54	48	60	46	33	64	46	52	47
Negativista	<b>96</b>	<b>94</b>	<b>91</b>	62	62	43	47	37	17	15	0	0
Autodestructivo	<b>90</b>	<b>82</b>	56	69	44	<b>76</b>	31	48	28	6	26	4
Esquizotípico	<b>84</b>	60	53	57	35	60	46	44	23	8	36	5
Límite	<b>85</b>	<b>81</b>	70	59	57	51	46	52	14	12	14	0
Paranoide	68	69	68	63	66	52	60	50	59	49	43	33
n	113	158	107	250	104	81	81	161	111	91	70	79
%	8,04	11,24	7,61	17,78	7,40	5,76	5,76	11,45	7,89	6,47	4,98	5,62
Sexo												
Varones	8,0	9,7	7,0	13,9	7,2	4,2	6,7	14,5	8,6	6,8	5,9	7,5
Mujeres	8,3	15,7	9,4	28,9	8,0	10,2	3,0	2,8	5,8	5,5	2,2	0,3
Droga principal	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Heroína	9,3	12,1	12,1	20,0	3,3	6,0	8,4	6,5	7,0	4,7	5,1	5,6
Cocaína	6,1	14,8	8,1	15,7	9,2	3,4	6,1	12,3	6,3	7,9	4,0	6,1
Alcohol	9,0	8,1	5,2	19,2	6,1	9,0	4,2	12,7	9,4	5,8	5,6	5,8
Cannabis	11,3	6,6	7,5	17,0	12,3	0,9	6,6	9,4	11,3	6,6	7,5	2,8
Otras	0,0	11,1	11,1	22,2	11,1	11,1	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0
MCMII-II (n= 1.406)												
Abuso de alcohol	79	77	70	66	63	60	56	62	46	39	35	20
Abuso de otras drogas	77	84	83	62	71	41	58	50	43	41	18	12

Variable	Conglomerados											
	7	8	1	5	3	9	2	4	6	11	10	12
VIP (n= 1.340)												
Autoestima	29	43	51	49	67	37	66	54	76	78	59	79
Autoeficacia	46	55	55	56	67	41	63	55	70	70	57	68
Optimismo	37	45	46	49	63	42	59	52	69	70	57	71
Locus de control	42	56	59	62	69	55	69	63	73	75	67	79
Habilidades sociales	34	61	59	53	71	33	59	58	69	71	51	72
Autocontrol	39	39	36	50	49	52	54	52	64	62	61	71
Afrontamiento tarea	50	53	50	57	66	46	63	56	72	69	59	68
Afrontamiento emocional	68	66	58	58	48	63	43	51	36	34	45	29
Afrontamiento apoyo social	44	59	42	50	57	43	40	47	56	45	43	49
ISP (n= 534)												
Problemas motivacionales	63	58	58	59	53	64	56	56	49	49	55	47
Problemas ejecutivos	68	66	62	65	58	71	57	63	49	53	60	48
Problemas atencionales	70	67	62	64	57	65	58	60	51	51	56	48
Problemas en conducta social	66	73	67	62	65	59	58	61	54	56	52	49
Problemas en control emocional	66	71	70	63	60	60	55	58	51	53	49	46
ISP-20 (cribado)	69	69	64	65	58	67	55	61	50	50	56	47
DII (n= 401)												
Impulsividad disfuncional	73	73	74	65	66	65	62	68	55	55	59	47
Impulsividad funcional	38	41	42	40	48	35	44	41	46	47	44	46
EEP-10 (n= 583)												
Estrés percibido	68	65	63	62	55	63	55	61	47	50	56	46

Notas: MCMI-II= "Inventario clínico multiaxial de Millon-II"; VIP= "Cuestionario de variables de interacción psicosocial"; ISP= "Inventario de síntomas prefrontales"; DII= "Inventario de impulsividad de Dickman"; EEP= "Escala de estrés percibido". En negrita medias  $\geq 75$ .

### *Conglomerados graves*

En el patrón psicótico están fuertemente representados los consumidores de cannabis ( $SR_{ij}= 1,17$ ) y muy poco los de cocaína ( $SR_{ij}= -1,63$ ); en el patrón límite hay sobrerrepresentación de consumidores de cocaína ( $SR_{ij}= 2,49$ ) y muy baja de los de alcohol ( $SR_{ij}= -2,16$ ); en el patrón psicopático lo están especialmente los de heroína ( $SR_{ij}= 2,40$ ) y muy poco los de alcohol ( $SR_{ij}= -1,99$ ).

El patrón psicótico obtiene puntuaciones extremadamente bajas en autoestima, habilidades sociales, optimismo y locus de control; el patrón límite puntúa bajo, pero no tanto como en el caso anterior, en autoestima y optimismo, aunque sus habilidades sociales son más altas. Ambos conglomerados presentan un estilo de afrontamiento centrado en la emoción. El patrón psicopático presenta puntuaciones bajas en optimismo y en afrontamiento centrado en la búsqueda de apoyo social. Los tres conglomerados tienen en común una muy pobre capacidad de autocontrol, declaran una gran cantidad de síntomas de mal funcionamiento prefrontal en la vida diaria, especialmente los dos primeros, comparten puntuaciones muy elevadas en impulsividad disfuncional y manifiestan los máximos niveles de estrés psicosocial.

### *Conglomerados de gravedad moderada*

Entre los conglomerados de gravedad moderada, el conglomerado 5 muestra puntuaciones moderadamente elevadas en casi todos los trastornos, sin predominio claro de ninguno de ellos, pero destacan puntuaciones altas en síntomas de dificultad en el inicio de la conducta (motivación) y en alteraciones ejecutivas, altos niveles de impulsividad disfuncional y estrés psicosocial. En este conglomerado están pobremente representados los consumidores de cocaína ( $SR_{ij}= -1,16$ ).

El conglomerado 3 destaca por puntuaciones elevadas en el trastorno histriónico, así como en síntomas de mal control de la conducta social, presentando también altos niveles de impulsividad, aunque más bajos en estrés; los más frecuentemente agrupados en este conglomerado son los consumidores de heroína ( $SR_{ij}= 1,57$ ).

El tercero de estos conglomerados (conglomerado 9) se caracteriza por elevadas puntuaciones en los trastornos menos graves (según la consideración de Millon) que implican introversión (esquizoide y evitativo) y baja autoestima y tendencias depresivas (dependiente y autodestructivo). Se corresponde con puntuaciones muy bajas en autoestima, autoeficacia y optimismo, muy pobres habilidades sociales y tendencia al afrontamiento centrado en las emociones, así como con síntomas amotivacionales y ejecutivos, elevada impulsividad y elevados niveles de estrés. Aunque este conglomerado, al que denominaremos patrón evitativo, se ha agrupado provisionalmente entre los de gravedad moderada, según el criterio de la suma total de todos los patrones, estas características lo sitúan más próximo a los más graves, como polo opuesto al que hemos denominado patrón psicopático. Este conglomerado incluye casi en exclusiva a

consumidores de alcohol ( $SR_{ij}= 3,14$ ), con muy baja asignación a los de cocaína ( $SR_{ij}= -2,27$ ) y cannabis ( $SR_{ij}= -2,06$ ).

### *Conglomerados no problemáticos*

Los otros seis conglomerados no muestran características especiales, ni puntuaciones llamativas en ningún trastorno de personalidad, lo que se corresponde con puntuaciones más normales en el resto de las variables. En estos conglomerados predomina una autoestima variable, pero dentro de lo que puede considerarse normal, un afrontamiento del estrés centrado en la tarea y no en la reducción del malestar, una cierta capacidad de autocontrol, menores síntomas de mal funcionamiento prefrontal en la vida diaria, menores niveles de impulsividad y menores niveles de estrés percibidos. En el conglomerado 2 se agrupan principalmente los consumidores de heroína ( $SR_{ij}= 1,57$ ), en el 6 los de alcohol ( $SR_{ij}= 1,18$ ), en el 10 los de cannabis ( $SR_{ij}= 1,17$ ) y en el 11 los de cocaína ( $SR_{ij}= 1,31$ ).

### *Diferencias de sexo*

Aparecen diferencias significativas entre varones y mujeres en su adscripción a los grupos de gravedad, incluyendo el patrón evitativo, con un tamaño del efecto moderado ( $\chi^2_{g,1} = 2 = 116,9$ ;  $p < 0,001$ ;  $V = 0,29$ ). El 31,8% ( $SR_{ij}= -1,35$ ) de los varones frente al 41,3% ( $SR_{ij}= 2,29$ ) de las mujeres se agrupan en los patrones más graves (conglomerados 7, 8, 1 y 9), lo que representa diferencias significativas ( $p < 0,001$ ). También existen diferencias significativas ( $p < 0,001$ ) en el porcentaje de varones y mujeres que presentan patrones no problemáticos (conglomerados 2, 4, 6, 10, 11 y 12), el 50,0% ( $SR_{ij}= 3,91$ ) de los varones y el 19,6% ( $SR_{ij}= -6,64$ ) de las mujeres. La proporción de mujeres es significativamente mayor en su asignación al patrón límite ( $SR_{ij}= 2,53$ ) y evitativo ( $SR_{ij}= 3,52$ ), y especialmente al conglomerado 5, de gravedad moderada ( $SR_{ij}= 5,04$ ).

## **Discusión**

Una lectura global de los resultados podría proporcionarnos estos datos: un 32,5% de la muestra presenta patrones graves de personalidad (incluyendo los conglomerados 7, 8, 1 y 9), mientras que un 42,2% no presenta ningún patrón problemático. Entre ambos, un 25,2% de la muestra presenta patrones leves o moderadamente disfuncionales. Las mujeres presentan con mayor frecuencia que los varones patrones graves, mientras que éstos presentan con mayor frecuencia patrones no problemáticos.

Los patrones graves presentan similitudes importantes con los estudiados en amplias encuestas poblacionales con adictos a sustancias desde perspectivas categoriales. Así, el reciente estudio de Grant *et al.* (2016) encuentra relación significativa entre adicción a sustancias y los trastornos antisocial ( $OR= 2,0$ ), límite ( $OR= 1,7$ ) y esquizotípico ( $OR= 1,5$ ). El patrón 7 del presente estudio se caracteriza por puntuaciones muy elevadas en todos los trastornos que Millon asimila al

espectro de la esquizofrenia: esquizoide, evitativo y esquizotípico (Millon, Grossman, Millon, Meagher y Ramnath, 2004; pp. 425-427), pudiendo corresponderse con el diagnóstico categorial de este último. El patrón 8 presenta puntuaciones elevadas en el trastorno límite, pero también extremadamente altas en el negativista, que se ha considerado una forma menor de aquel (Pedrero-Pérez, López-Durán y Olivar-Arroyo, 2006), pudiendo corresponderse con el trastorno límite de la personalidad. El patrón 1 presenta sus puntuaciones más altas en el trastorno antisocial y en todos los del espectro impulsivo-agresivo: agresivo-sádico, pasivo-agresivo/negativista y narcisista, pudiendo corresponderse con el diagnóstico categorial de trastorno antisocial de la personalidad. El patrón 9, con puntuaciones elevadas en los trastornos esquizoide y por evitación, pero no en esquizotípico, y, en su lugar, el autodestructivo, podría corresponderse con el diagnóstico categorial de trastorno de personalidad por evitación, que, aunque no considerado por el estudio de Grant *et al.* (2016), es uno de los más prevalentes en estudios con adictos a sustancias (Casadio *et al.*, 2014) y también en adicciones sin sustancia (Dowling *et al.*, 2015).

El resto de variables que se han estudiado prácticamente se ajustan con exactitud a esta graduación de gravedad. Las variables psicológicas positivas como autoestima, optimismo, etc., alcanzan sus valores mínimos en los patrones más graves, aunque con algunos matices. Por ejemplo, el patrón 1, con rasgos psicopáticos y agresivos, presenta valores medios de autoestima, mientras que los patrones psicótico y evitativo se sitúan en mínimos en esta variable. Otra característica común es la coincidencia en los patrones más graves con un afrontamiento del estrés centrado en la reducción del malestar y no en la resolución del conflicto; el patrón evitativo parece agrupar a quienes utilizan principalmente el alcohol como estrategia de evitación/escape del malestar (Field, Di Lemma, Christiansen y Dickson, 2016). La impulsividad disfuncional, aquella basada en las respuestas rápidas, irreflexivas, no orientadas a metas diferentes de la reducción del malestar, es otra característica común a los patrones graves, al igual que los niveles de estrés percibido. Y lo mismo puede decirse de los síntomas de mal funcionamiento prefrontal en la vida diaria, más acusados cuanto más grave es el patrón de personalidad.

En definitiva, parece posible reducir los patrones de personalidad de las personas que inician tratamiento por adicción a sustancias a un grupo más reducido de posibilidades. Además, la adicción puede caracterizarse, en parte, como una alteración del funcionamiento de la corteza prefrontal, tanto en los aspectos ejecutivos, como en los relacionados con el control de las emociones y de la conducta social: pueden evidenciarse alteraciones estructurales en la corteza prefrontal que están relacionados tanto con la adicción como con la sintomatología de los TTPP (Payer *et al.*, 2015), que se corresponden con un perfil sintomático específico para cada trastorno (Pedrero-Pérez *et al.*, 2013). Esto se traduce, en último término, en la utilización de estrategias inadecuadas frente al estrés, lo que eleva la sensación de pérdida de control, y en respuestas impulsivas, que provocan malas consecuencias (Zamalloa *et al.*, 2016), alimentando un bucle pernicioso. Finalmente, ello lleva a una pobre autoestima, a una visión pesimista del futuro y a la recurrencia del uso de drogas como estrategia de evitación (Sinha,

2001). Esta secuencia hipotética puede también alterarse en su orden, pudiendo ser, por ejemplo, la baja autoestima el punto de partida, de modo que el bucle se retroalimenta en todos sus estadios intermedios.

En este sentido, cabe también hipotetizar que la gravedad de los patrones de personalidad puede ser, en efecto, el reflejo de ese bucle pernicioso. Algunos autores han señalado que ciertas manifestaciones, observadas en situaciones de adicción, a menudo se interpretan como síntomas de un trastorno de la personalidad, aunque no deberían atribuirse a los aspectos estructurales de la personalidad, sino que más bien son aspectos funcionales, vinculados al propio proceso adictivo (Badii, 2013). Así se ha postulado, por ejemplo, sobre la impulsividad (Perry y Carroll, 2008) y el estrés (Sinha, 2001), que serían causa y consecuencia del proceso adictivo. Por otra parte, considerando el hecho de que el 57,7% de la muestra quede clasificado entre los que presentan algún trastorno, no debe olvidarse que los inicios del tratamiento se producen en situaciones de máximo estrés, de modo que una buena parte de los trastornos se correspondería con lo que Reich (2007) denominó TTPP inducidos por el estrés y no verdaderos TTPP estables.

Mención aparte merecen las diferencias de sexo observadas en la muestra. Las mujeres presentan, con mayor frecuencia que los varones, patrones graves de personalidad, en especial el patrón límite. Este hecho es largamente conocido en la literatura, y aparece también cuando se estudian las adicciones sin sustancias (Wu, Ko y Lane, 2016). Una posible explicación puede encontrarse en la lectura inversa del mismo hallazgo: un 50% de los varones que solicitan tratamiento presentan patrones no problemáticos de personalidad. Probablemente, los varones consultan antes, mientras que las mujeres son más renuentes a buscar tratamiento, de modo que cuando lo hacen su deterioro es mayor (Fernández-Montalvo, López-Goñi, Azanza y Cacho, 2014). Sin duda, ello se sustenta en razones culturales o sociológicas, o en la propia historia vital de las mujeres. Pero, puesto que las mujeres son más proclives a la utilización de la atención primaria que a los servicios especializados (Fernández-Montalvo *et al.*, 2014), y que el mayor deterioro se corresponde con peores resultados del tratamiento (Fernández-Montalvo, López-Goñi, Azanza, Arteaga y Cacho, 2016), quizá se requieran intervenciones más intensivas que en el caso de los varones, tanto desde atención primaria como en la oferta asistencial de los programas específicos.

En consecuencia, más allá de la fenomenología de cada uno de ellos, los TTPP pueden agruparse en unidades más simples, que, a su vez, pueden caracterizarse por ciertas características comportamentales y neurocognitivas, sobre las que es posible intervenir. En lugar del habitual abordaje farmacológico, mediante cócteles de medicamentos sin pruebas de eficacia e importantes efectos secundarios, se sugiere un menú (no exhaustivo) de intervenciones, que debe configurar el núcleo de la psicoterapia en el tratamiento de los trastornos adictivos: incremento de la autoestima, entrenamiento en afrontamiento del estrés, entrenamiento en autocontrol y rehabilitación cognitiva. La evaluación de la personalidad puede permitir la asignación a unas u otras intervenciones, a todas ellas cuando el patrón sea grave, o a ninguna, cuando la persona sólo necesite un apoyo (*coaching* o *counselling*) para modificar ciertos hábitos nocivos. Determinados programas

ofrecen tratamientos completos, intensivos y exhaustivos para personas que no necesitan una buena parte de sus componentes, favoreciendo el abandono temprano. Por otro lado, no es habitual la incorporación de estrategias de rehabilitación cognitiva (Pedrero-Pérez, Rojo-Mota, Ruiz-Sánchez de León, Llanero-Luque y Puerta-García, 2011), lo que supone que las intervenciones más complejas, con fuertes demandas cognitivas, pueden no ser aprovechadas dado que los pacientes adictos pueden tener considerables dificultades para tomar conciencia de su propio déficit, entender y razonar instrucciones complejas, inhibir respuestas impulsivas, planificar sus actividades diarias y tomar decisiones cotidianas (Verdejo, Orozco-Giménez, Meersmans, Aguilar-Arcos y Pérez-García, 2004). Este menú psicoterapéutico puede permitir, partiendo de una adecuada evaluación, la permanencia en tratamiento, la reducción de problemas asociados a la adicción, la reversión de los patrones de la personalidad más graves y la reducción de costes de la intervención.

### Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Arlington, VA: Autor.
- Baca-García, E., Pérez-Rodríguez, M. M., Basurte-Villamor, I., Fernández-Del Moral, A. L., Jimenez-Arriero, M. A., González de Rivera, J. L. G., Sáiz-Ruiz, J, y Oquendo, M. A. (2007). Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice. *British Journal of Psychiatry*, *190*, 210-216.
- Badii, F. (2013). Symptoms related to addiction: elements for the differential diagnosis with personality disorders. *Rivista di Psichiatria*, *48*, 370-374.
- Bateman, A. W., Gunderson, J. y Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *Lancet*, *385*, 735-743.
- Brorson, H. H., Arnevik, E. A., Rand-Hendriksen, K. y Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, *33*, 1010-1024.
- Casadio, P., Olivoni, D., Ferrari, B., Pintori, C., Speranza, E., Bosi, M., Baruzzi, L., Pantieri, P., Ragazzini, G., Rivola, F. y Atti, A. R. (2014). Personality disorders in addiction outpatients: prevalence and effects on psychosocial functioning. *Substance Abuse: Research and Treatment*, *8*, 17-24.
- Chico, E., Tous, J. M., Lorenzo-Seva, U. y Vigil-Colet, A. (2003). Spanish adaptation of Dickman's Impulsivity Inventory: its relationship to Eysenck's Personality Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, *35*, 1883-1892.
- Choca, J. P. y Grossman, S. D. (2015). Evolution of the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Journal of Personality Assessment*, *97*, 541-549.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Hillsdale, NJ: Academic Press.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, *24*, 385-396.
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C. y Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *74*, 319-328.
- Dickman, S. J. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity: personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*, 95-102.



- Dimeff, L. A. y Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4, 39.
- Dowling, N. A., Cowlshaw, S., Jackson, A. C., Merkouris, S. S., Francis, K. L. y Christensen, D. R. (2014). The prevalence of comorbid personality disorders in treatment-seeking problem gamblers: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Personality Disorders*, 29, 735-754.
- Duggan, C., Huband, N., Smailagic, N., Ferriter, M. y Adams, C. (2008). The use of pharmacological treatments for people with personality disorder: a systematic review of randomized controlled trials. *Personality and Mental Health*, 2, 119-170.
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Azanza, P., Arteaga, A. y Cacho, R. (2016). Gender differences in treatment progress of drug-addicted patients. *Women & Health*, 57, 358-376.
- Fernández Montalvo, J., López Goñi, J. J., Azanza, P. y Cacho, R. (2014). Gender differences in drug addicted patients in a clinical treatment center of Spain. *American Journal on Addictions*, 23, 399-406.
- Few, L. R., Lynam, D. R. y Miller, J. D. (2015). Impulsivity-related traits and their relation to DSM-5 section II and III personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6, 261.
- Field, M., Di Lemma, L., Christiansen, P. y Dickson, J. (2017). Automatic avoidance tendencies for alcohol cues predict drinking after detoxification treatment in alcohol dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31, 171-179.
- Flynn, P. M., McCann, J. T. y Fairbank, J. A. (1995). Issues in the assessment of personality disorder and substance abuse using the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI II). *Journal of Clinical Psychology*, 51, 415-421.
- García-Sánchez, S., Matalí, J. L., Martín-Fernández, M., Pardo, M., Lleras, M., Castellano-Tejedor, C. y Haro, J. M. (2016). Personalidad internalizante y externalizante y efectos subjetivos en una muestra de adolescentes consumidores de cánnabis. *Adicciones*, 28, 108-115.
- González Roscigno, E. A., Mujica Díaz, A. L., Terán Mendoza, O. E., Guerrero Alcedo, J. M. y Arroyo Alvarado, D. J. (2016). Sintomatología frontal y trastornos de personalidad en usuarios de drogas ilícitas. *Drugs and Addictive Behavior*, 1, 17-28.
- González, M. T., Espada, J. P., Guillén-Riquelme, A., Secades, R. y Orgilés, M. (2016). Asociación entre rasgos de personalidad y consumo de sustancias en adolescentes españoles. *Adicciones*, 28, 108-115.
- Grant, B. F., Saha, T. D., Ruan, W. J., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Jung, J., Zhang, H., Smith, S. M., Pickering, R. P., Huang, B. y Hasin, D. S. (2016). Epidemiology of DSM-5 drug use disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *JAMA Psychiatry*, 73, 39-47.
- Huertas-Hoyas, E., Pedrero-Pérez, E. J., Martínez-Campos, M. y Laselle-López, M. (2016). Inventario de síntomas prefrontales (ISP) en el daño cerebral adquirido: concordancia entre puntuaciones de paciente, familiar y profesional. *Revista de Neurología*, 63, 385-392.
- IBM (2008). SPSS, Version 17.0.1 [programa de ordenador]. Armonk, NY: IBM Corp.
- Kaufman, L. y Rousseeuw, P. J. (2009). *Finding groups in data: an introduction to cluster analysis*. Nueva York, NY: Wiley & Sons.
- Knappich, M., Hörz-Sagstetter, S., Scherthöffer, D., Leucht, S. y Rentrop, M. (2014). Pharmacotherapy in the treatment of patients with borderline personality disorder: results of a survey among psychiatrists in private practices. *International Clinical Psychopharmacology*, 29, 224-228.

- Koch, J., Modesitt, T., Palmer, M., Ward, S., Martin, B., Wyatt, R. y Thomas, C. (2016). Review of pharmacologic treatment in cluster A personality disorders. *Mental Health Clinician, 6*, 75-81.
- Lee, N. K., Cameron, J. y Jenner, L. (2015). A systematic review of interventions for co occurring substance use and borderline personality disorders. *Drug and Alcohol Review, 34*, 663-672.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J. y Comtois, K. A. (1999). *Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. American Journal on Addictions, 8*, 279-292.
- Lozano, Ó. M., Rojas, A. J. y Fernández Calderón, F. (2017). Psychiatric comorbidity and severity of dependence on substance users: how it impacts on their health-related quality of life? *Journal of Mental Health, 26*, 119-126.
- Mazza, M., Marano, G. y Janiri, L. (2016). An update on pharmacotherapy for personality disorders. *Expert Opinion on Pharmacotherapy, 17*, 1977-1979.
- Mendoza, Y., Cuello, P. y López, V. (2016). Análisis psicométrico del Inventario de Sintomatología Prefrontal en sujetos adictos y no adictos. *Revista Chilena de Neuropsicología, 11*, 24-29.
- Mercer, D., Douglass, A. B. y Links, P. S. (2009). Meta-analyses of mood stabilizers, antidepressants and antipsychotics in the treatment of borderline personality disorder: effectiveness for depression and anger symptoms. *Journal of Personality Disorders, 23*, 156-174.
- Millon, T. (1987). *Manual for the MCMI-II*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T. (1999). *Personality-guided therapy*. Nueva York, NY: Wiley & Sons.
- Millon, T. y Davis, R. D. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond* (2ª ed.). Nueva York, NY: Wiley.
- Millon, T. y Espada, A. Á. (1998). *MCMI-II. Inventario clínico multiaxial de Millon-II: manual*. Madrid: TEA.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S. y Ramnath, R. (2004). *Personality disorders in modern life*. Nueva Jersey, NJ: John Wiley & Sons.
- Navarro Haro, M. V., García-Palacios, A., Moliener Albero, R., Guilén Botella, V. y Botella Arbona, C. (2013). Dialectical behavior therapy for the treatment of cluster C personality disorders. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual, 21*, 321-340
- Ng, F. Y., Bourke, M. E. y Grenyer, B. F. (2016). Recovery from borderline personality disorder: a systematic review of the perspectives of consumers, clinicians, family and carers. *PLoS One, 11*, e0160515.
- Nielsen, P., Røjskjær, S. y Hesse, M. (2007). Personality-guided treatment for alcohol dependence: a quasi-randomized experiment. *American Journal on Addictions, 16*, 357-364.
- Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O. y Panos, A. (2014). Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT). *Research on Social Work Practice, 24*, 213-223.
- Payer, D. E., Park, M. T. M., Kish, S. J., Kolla, N. J., Lerch, J. P., Boileau, I. y Chakravarty, M. M. (2015). Personality disorder symptomatology is associated with anomalies in striatal and prefrontal morphology. *Frontiers in Human Neuroscience, 9*, 472.
- Pedrero-Pérez, E. J. (2009). Evaluación de la impulsividad funcional y disfuncional en adictos a sustancias mediante el Inventario de Dickman. *Psicothema, 21*, 585-591.
- Pedrero-Pérez, E. J. (2016). Evaluación de variables psicológicas en el tratamiento de personas con adicción: propiedades psicométricas del cuestionario VIP. *Acción Psicológica, 13*, 91-108.

- Pedrero-Pérez, E. P., López-Durán, A. y Olivar-Arroyo, A. (2006). El trastorno negativista de la personalidad y su relación con el abuso de sustancias. *Trastornos Adictivos*, 8, 22-41.
- Pedrero-Pérez, E. J., López Durán, A. y Olivar Arroyo, A. (2011). Addiction: frontal personality change but not personality disorder comorbidity. Implications for treatment of addictive disorders. En M. E. Jordan (dir.), *Personality traits theory, testing and influences* (pp. 1-36). Nueva York, NY: Nova Science Publishers.
- Pedrero-Pérez, E. J. y Olivar Arroyo, A. (2010). Estrés percibido en adictos a sustancias en tratamiento mediante la escala de Cohen: propiedades psicométricas y resultados de su aplicación. *Anales de Psicología*, 26, 302-309.
- Pedrero-Pérez, E. J., Pérez-López, M., De Ena-de la Cuesta, S. y Garrido-Caballero, C. (2005). Validación del Cuestionario de variables de interacción psicosocial (VIP): hacia un modelo de tratamiento de las conductas adictivas «guiado por la personalidad». *Trastornos Adictivos*, 7, 166-186.
- Pedrero-Pérez, E. J., Puerta-García, C., Lagares-Roibas, A. y Sáez Maldonado, A. (2003). Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 5, 241-255.
- Pedrero-Pérez, E. J., Rojo-Mota, G., Ruiz-Sánchez, D. L. J., Llanero-Luque, M. y Puerta-García, C. (2011). Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. *Revista de Neurología*, 52, 163-172.
- Pedrero-Pérez, E. J. y Ruiz Sánchez de León, J. M. (2015). Neuropsicología de la personalidad: implicaciones clínicas de la impulsividad funcional y disfuncional. En J. L. Celma Merola (dir.), *Bases teóricas y clínicas del comportamiento impulsivo* (pp. 31-52). Esplugues de Llobregat: Ediciones San Juan de Dios.
- Pedrero-Pérez, E. J., Ruiz-Sánchez de León, J. M., Lozoya-Delgado, P., Rojo-Mota, G., Llanero-Luque, M. y Puerta-García, C. (2013). Sintomatología prefrontal y trastornos de la personalidad en adictos a sustancias. *Revista de Neurología*, 56, 205-213.
- Pedrero-Pérez, E. J., Ruiz-Sánchez de León, J. M., Lozoya-Delgado, P., Rojo-Mota, G., Llanero-Luque, M. y Puerta-García, C. (2015b). La "Escala de estrés percibido": estudio psicométrico sin restricciones en población no clínica y adictos a sustancias en tratamiento. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 23, 305-324.
- Pedrero-Pérez, E. J., Ruiz-Sánchez de León, J. M., Morales-Alonso, S., Pedrero-Aguilar, J. y Fernández-Méndez, L. M. (2015). Sintomatología prefrontal en la vida diaria: evaluación de cribado mediante el inventario de síntomas prefrontales abreviado (ISP-20). *Revista de Neurología*, 60, 385-393.
- Pedrero-Pérez, E. J., Ruiz-Sánchez de León, J. M., Rojo-Mota, G., Morales-Alonso, S., Pedrero-Aguilar, J., Lorenzo-Luque, I. y González Sánchez, Á. (2016). Inventario de síntomas prefrontales (ISP): validez ecológica y convergencia con medidas neuropsicológicas. *Revista de Neurología*, 63, 241-251.
- Perry, J. L. y Carroll, M. E. (2008). The role of impulsive behavior in drug abuse. *Psychopharmacology*, 200, 1-26.
- Pincus, A. L. (2018). An interpersonal perspective on Criterion A of the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders. *Current Opinion in Psychology*, 21, 11-17.
- Ravndal, E. y Vaglum, P. (2010). The Millon Clinical Multiaxial Inventory II: stability over time? A seven-year follow-up study of substance abusers in treatment. *European Addiction Research*, 16, 146-151.
- Reich, J. (2007). State and trait in personality disorders. *Annals of Clinical Psychiatry*, 19, 37-44.
- Remor, E. A. y Carrobbles, J. A. (2001). Versión española de la Escala de estrés percibido (PSS-14): estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7, 195-201.

- Rossi, G. y Derksen, J. (2015). International adaptations of the Millon Clinical Multiaxial Inventory: construct validity and clinical applications. *Journal of Personality Assessment, 97*, 572-590.
- Ruiz-Sánchez de León, J. M., Pedrero-Pérez, E. J., Gálvez, S., Fernández-Méndez, L. M., Lozoya-Delgado, P. y Departamento de Neuropsicología del Centro de Tratamiento de la Lesión Cerebral LESCER (2015). Utilidad clínica y propiedades psicométricas del inventario de síntomas prefrontales (ISP) en el daño cerebral adquirido y las demencias degenerativas. *Revista de Neurología, 61*, 387-394.
- Ruiz-Sánchez de León, J. M., Pedrero-Pérez, E. J., Lozoya-Delgado, P., Llanero-Luque, M., Rojo-Mota, G. y Puerta-García, C. (2012). Inventario de síntomas prefrontales para la evaluación clínica de las adicciones en la vida diaria: proceso de creación y propiedades psicométricas. *Revista de Neurología, 54*, 649-663.
- Sarvet, A. L. y Hasin, D. (2016). The natural history of substance use disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 29*, 250-257.
- Sinha, R. (2001). How does stress increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology, 158*, 343-359.
- Skodol, A. E., Morey, L. C., Bender, D. S. y Oldham, J. M. (2013). The ironic fate of the personality disorders in DSM-5. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 4*, 342-349.
- Strack, S. y Millon, T. (2007). Contributions to the dimensional assessment of personality disorders using Millon's model and the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III). *Journal of Personality Assessment, 89*, 56-69.
- Terán-Mendoza, O., Sira-Ramos, D., Guerrero-Alcedo, J. y Arroyo-Alvarado, D. (2016). Sintomatología frontal, estrés autopercebido y quejas subjetivas de memoria en adictos a sustancias. *Revista de Neurología, 62*, 296-302.
- Tyrer, P. (2010). Personality structure as an organizing construct. *Journal of Personality Disorders, 24*, 14-24.
- Tyrer, P., Coombs, N., Ibrahim, F., Mathlakath, A., Bajaj, P., Ranger, M., Rao, B. y Din, R. (2007). Critical developments in the assessment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry, 190*, s51-s59.
- Tyrer, P., Tyrer, H., Yang, M. y Guo, B. (2016). Long term impact of temporary and persistent personality disorder on anxiety and depressive disorders. *Personality and Mental Health, 10*, 76-83.
- Vélez-Moreno, A., Rojas, A. J., Rivera, F., Fernández-Calderón, F., Torrico-Linares, E., Ramírez-López, J., González-Saiz, F. y Lozano, Ó. M. (2016). The impact of personality disorders and severity of dependence in psychosocial problems. *International Journal of Mental Health and Addiction, 15*, 1008-1022.
- Verdejo, A., Orozco-Giménez, C., Meersmans, S. J., Aguilar-Arcos, F. y Pérez-García, M. (2004). Impacto de la gravedad del consumo de drogas sobre distintos componentes de la función ejecutiva. *Revista de Neurología, 38*, 1109-1116.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry, 16*, 274-282.
- Widiger, T. A. (2013). A postmortem and future look at the personality disorders in DSM-5. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 4*, 382-387.
- Widiger, T. A., Costa, P. T. J. y McCrae, R. R. (2002). A proposal for axis II: diagnosing personality disorders using the five-factor model. En P. T. Costa Jr. y T. A. Widiger (dirs.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2ª ed.) (pp. 431-456). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wu, J. Y. W., Ko, H. C. y Lane, H. Y. (2016). Personality disorders in female and male college students with internet addiction. *Journal of Nervous & Mental Disease, 204*, 221-225.

Zamalloa, I., Iraurgi, I., Maruottolo, C., Mascaró, A., Landeta, O. y Malda, J. (2016). Impulsivity and executive function in borderline personality disorder. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 44, 113-118.

RECIBIDO: 30 de noviembre de 2017

ACEPTADO: 13 de febrero de 2018