

RELACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD CON EL SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES TERAPÉUTICAS Y LAS RECAÍDAS EN SUJETOS DROGODEPENDIENTES

Adolfo J. Cangas y Juan José Olivencia¹
Universidad de Almería (España)

Resumen

El fenómeno de la comorbilidad es un aspecto cada vez más estudiado dentro del ámbito psicopatológico. En el campo de las toxicomanías, diferentes estudios señalan una alta prevalencia de distintos trastornos de personalidad en esta población. El objetivo de la presente investigación se centró en analizar la relación existente entre distintos trastornos de personalidad con las recaídas durante la terapia. Asimismo, se estudió el grado de cumplimiento/incumplimiento de diferentes prescripciones terapéuticas por parte de estos pacientes. Los resultados obtenidos señalan la presencia de mayores tasas de recaídas en sujetos con trastornos graves de personalidad, así como un mayor incumplimiento general de instrucciones terapéuticas. Se discuten las repercusiones, tanto diagnósticas como terapéuticas, de estos resultados.

PALABRAS CLAVE: *Trastornos de la personalidad, abuso de drogas, comorbilidad, recaídas.*

Abstract

Comorbidity is a central aspect in current psychopathology. In the field of the drug addictions, different studies have shown a high prevalence of personality disorders in this population. The goal of the present investigation was centered on analyzing the relation between different personality disorders and the relapses during the therapy. Also, the degree of fulfillment of different therapeutic instructions of these patients was studied. The results obtained indicate the presence of high rates of relapses in subjects with serious personality disorders as well as less fulfillment of therapeutic instructions. The diagnostic and therapeutic implications of these results are discussed.

KEY WORDS: *Personality disorders, substance abuse, comorbidity, relapses.*

¹ *Correspondencia:* Adolfo J. Cangas Díaz, Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Almería, 04120 Almería (España). Correo electrónico: ajcangas@ual.es

Introducción

La relación existente entre drogodependencia y trastornos de personalidad ha sido un aspecto ampliamente debatido, pero no aún del todo resuelto. Los primeros estudios se centraron en analizar si existía una «personalidad adictiva» relacionada con el consumo de sustancias tóxicas. Para ello, se utilizó principalmente el *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota* (MMPI). Los resultados obtenidos mostraron perfiles heterogéneos relacionados con el consumo de sustancias, no pudiendo definirse claramente un tipo característico de personalidad entre los consumidores (Dahlstrom, Welsh y Dahlstrom, 1975; English y Tori, 1973; Overall, 1973; Penk, Fudge, Robinowitz y Neman, 1979; Zuckerman, Sola, Masterman y Angelone, 1975). De este modo, a excepción de componentes antisociales, se llegó a la conclusión que era más importante los efectos del propio consumo de sustancias que las características de personalidad (Nathan, 1988; Pols, 1984).

Posteriormente, a partir de la inclusión del Eje II (relacionado con los trastornos de personalidad) en el DSM-III (APA, 1980) e, igualmente, con el incremento de los estudios sobre comorbilidad, empezó a cobrar más fuerza la posible relación entre este tipo de trastornos y las conductas adictivas. Diversos estudios mostraron que aproximadamente dos tercios de los adictos a los opiáceos presentaban algún tipo de trastorno de personalidad, siendo el trastorno antisocial de la personalidad el predominante (presente en casi la totalidad de los estudios efectuados a tal efecto). Seguidamente estaría el trastorno límite de la personalidad y, en menor proporción, el narcisista, histriónico, dependiente, pasivo-agresivo y evitativo (Arias, López-Ibor y Ochoa, 1997; Ball *et al.*, 1998; Cangas y Olivencia, 1999; Seivewright y Daly, 1997; Rounsaville *et al.*, 1998; Skodol, Oldman y Gallaher, 1999; Tejero y Casas, 1992).

Ahora bien, la posible relevancia etiológica de estos resultados no está del todo clara. Ciertamente cabe pensar que algunos trastornos de personalidad, como el antisocial o el límite, conlleven un consumo más acentuado de determinadas sustancias. De hecho, las conductas antisociales suelen ser un factor de riesgo en el consumo de sustancias (Graña y Muñoz-Rivas, 2000) o, también, entre las características del sujeto con un trastorno límite de la personalidad se encuentra la presencia de conductas de potencial riesgo, como son el consumo de sustancias (APA, 1994). Sin embargo, también la propia condición de marginalidad de la drogadicción, la inestabilidad emocional que provoca o los problemas interpersonales que conlleva su consumo, puede favorecer la acentuación o incluso aparición de diversos tipos de trastornos de personalidad entre estos pacientes. Por tanto, no cabe plantear que la relación entre los trastornos de personalidad y la drogadicción se de en un único sentido, sino que la influencia puede ser mutua. De hecho, la sintomatología, mas bien heterogénea en un principio, tiende a agruparse con el consumo reiterado en un patrón que combina características de la adicción a la droga, alteraciones en el estado de ánimo, alcoholismo y trastornos de personalidad (Rounsaville, Weissman, Wiber y Kleber, 1982; Pérez de los Cobos y Casas, 1993; Trull *et al.*, 2000).

En cuanto a la repercusión de los trastornos de personalidad en las conductas adictivas, sí que parece claro que la presencia de determinados trastornos de perso-

nalidad conlleva un peor pronóstico terapéutico (Kosten, Kosten y Rounsaville, 1989; Seivewright y Daly, 1997; Fals-Stewart, 1992). Por ejemplo, el diagnóstico de un trastorno límite de personalidad se ha relacionado con un mayor grado de depresión y consumo de alcohol (Kosten *et al.*, 1989). Asimismo, un diagnóstico adicional de trastorno antisocial de la personalidad conlleva, por lo general, un mayor incumplimiento de normas terapéuticas, aparte de niveles más altos de estrés, alcoholismo o depresión (Seivewright y Daly, 1997; Fals-Stewart, 1992).

El objetivo del presente estudio se ha centrado precisamente en ahondar más en esta relación, entre trastornos de personalidad y adicción. En concreto, se ha analizado la posible relación entre el cumplimiento de distintas prescripciones terapéuticas, esenciales para el éxito de la terapia, diferentes trastornos de personalidad y el porcentaje de recaídas durante la intervención. La presencia de recaídas en el campo de las toxicomanías es un aspecto relativamente común (Marlatt y Gordon, 1985; Prochaska y DiClemente y Norcross, 1992). Por tanto, cabe plantearse el establecimiento de una relación con los diferentes trastornos de personalidad, aspecto que podría servir tanto para predecir como para adaptar los programas terapéuticos a este tipo de población.

Método

Sujetos

Participaron un total de 29 sujetos politoxicómanos pertenecientes a una comunidad terapéutica. Sus edades estaban comprendidas entre los 18 y los 40 años, aunque en conjunto son personas jóvenes (únicamente tres sobrepasaban los 30 años de edad), con una media de 25 años (S.D. = 4,6). Del total de la muestra, 18 sujetos eran consumidores habituales de heroína y cocaína, mientras que 11 eran adictos a la cocaína como droga de uso principal. De ellos, 10 habían estado ingresados previamente en algún otro centro de desintoxicación aunque todos ellos, a excepción de tres, habían acudido previamente al CPD (Centro Provincial de Drogodependencias). 28 eran hombres y 1 mujer. En relación a distintas variables sociodemográficas, la mayoría de los sujetos tenían un nivel de estudios bajo (un 70% no pasó de la EGB), desarrollando en su mayoría actividades laborales no cualificadas.

Material

- *Cuestionario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II)* (Millon, 1987). Se trata de un cuestionario clínico de evaluación de la personalidad y distintos síndromes clínicos. Consta de 175 preguntas de verdadero y falso. Incluye, aparte de cuatro escalas de fiabilidad y validez, diez escalas básicas de la personalidad (esquizoide, evitativa, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, pasivo-agresiva y autodestructiva), tres

escalas de personalidad patológica (esquizotípica, límite y paranoide) y seis síndromes clínicos de gravedad moderada (ansiedad, histeriforme, hipomanía, distimia, abuso de alcohol y abuso de drogas). Para su análisis hemos aplicado los criterios recomendados en Choca y Van Denburg (1997), donde se incluye la escala agresivo-sádica y la autodestructiva dentro de la personalidad patológica junto con la personalidad límite, esquizotípica y paranoide.

— *Entrevista semiestructurada y registro de historial terapéutico.* Con relación a diferentes aspectos relacionados con el programa de intervención terapéutico se anotaba el cumplimiento/incumplimiento de diferentes apartados básicos en el programa de intervención. Este registro era llevado a cabo tanto por el psicólogo del centro como por el equipo terapéutico, quienes anotaban puntualmente el incumplimiento de cualquiera de los siguientes aspectos:

- 1) No asistencia a lugares de consumo ni llevar dinero. Se consideró un comportamiento de alto riesgo manejar dinero y frecuentar lugares de anterior consumo de drogas durante los 8 primeros meses de tratamiento. Este aspecto fue evaluado mediante el informe del adicto o de sus familiares en las sesiones terapéuticas o por el conocimiento manifestado por otros informantes (allegados) sobre este asunto.
- 2) Abandono de toda relación con antiguas amistades consumidoras de drogas. Se anotaba el incumplimiento de esta norma si el sujeto era visto o informaba mantener contactos con antiguas amistades.
- 3) Asistencia a consulta. Se fijó la no asistencia a dos sesiones consecutivas (o tres si no eran consecutivas), sin causa justificada, como elemento de incumplimiento de esta prescripción.
- 4) Sometimiento a controles periódicos de análisis de orina. Se consideró un incumplimiento de esta norma faltar a un análisis de orina.
- 5) No consumo de alcohol o hachís. Se consideró un incumplimiento de esta norma cuando, de forma sistemática y tras ser asesorado el drogodependiente, continuaba consumiendo estas sustancias de forma regular (más de 1 mes).

Procedimiento

Transcurridas tres semanas desde el ingreso (y tras superar previamente el síndrome de abstinencia), los sujetos rellenaban individualmente el MCMI-II (Millon, 1987). Posteriormente, en las diferentes sesiones terapéuticas, se realizaba un registro por parte del psicólogo y del personal del centro, durante los 14 meses que duraba la intervención, de las prescripciones terapéuticas anteriormente señaladas. Estos apartados correspondían a diferentes objetivos terapéuticos. Para ello, tras establecer diferentes periodos de tiempo, los sujetos debían de seguir unas normas y una asimilación gradual de responsabilidades encaminadas a su rehabilitación.

Resultados

En primer lugar, en cuanto a los componentes de la personalidad, descritos como estilos de personalidad no patológicos (Choca y Van Denburg, 1997), se encontró que un 63% de los sujetos puntuaban alto en personalidad antisocial, el 53% en personalidad pasivo-agresiva, el 43% en personalidad evitativa, el 43% en personalidad narcisista, el 30% en personalidad dependiente, el 16% en personalidad esquizoide, el 16% en personalidad histriónica y, por último, el 10% en personalidad compulsiva. En todos los aspectos evaluados mediante el MCMI-II (Millon, 1987) se tomó como punto de corte una puntuación por encima de 85 en este inventario.

Por lo que se refiere a las puntuaciones en las escalas de personalidad grave, el 67% de los sujetos manifestó algún trastorno de personalidad. De ellos, el 53% puntuó alto en la escala agresivo-sádica, el 46% en personalidad límite, el 41% en la escala autodestructiva, el 13% en esquizotípica y el 6% en personalidad paranoide.

Se observó también, que lo común era la presencia de dos o más trastornos de personalidad. Así, únicamente el 17% de los sujetos presentó un solo trastorno de personalidad (generalmente un trastorno antisocial de la personalidad -agresivo-sádico en el MCMI-II-); con 2 trastornos aparece el 36% de los casos (cumpliendo la mitad de los casos los criterios para el trastorno antisocial y el trastorno límite; la otra mitad eran límites y autodestructivos); con 3 trastornos aparece el 30% (puntuando todos ellos significativamente alto en antisocial, límite y autodestructivo) y, finalmente, con más de tres trastornos está el 17% (puntuando alto en antisocial, límite, esquizotípico y autodestructivo).

Por lo que se refiere a la relación de estos resultados con las recaídas, se encontró que los sujetos que presentaban trastornos de personalidad tenían prácticamente el doble de recaídas que los que no presentaban este perfil (un 52 % en el grupo de trastornos de la personalidad frente al 25% del grupo que no presentaba trastornos de personalidad). De igual modo, el incumplimiento de instrucciones terapéuticas era más común en el grupo con trastornos de la personalidad. Así, la no asistencia a lugares de consumo de drogas, ni llevar dinero suficiente para comprar drogas durante los 8 primeros meses de tratamiento fue incumplida en el 31% de los casos con trastornos de personalidad, no registrándose ningún caso en el grupo de no trastornos. De igual modo, el abandono de antiguas amistades relacionadas con la drogadicción se incumplió en el 50% de los casos con trastornos de personalidad frente al 8% del grupo sin trastornos de la personalidad. La realización de análisis periódicos de orina no se produjo en el 37% de los sujetos con trastornos de personalidad frente a ningún caso en los sujetos sin este perfil y la no asistencia a consulta ocurrió en el 25% de los casos con trastornos de personalidad frente al 8% de los sujetos sin este tipo trastornos. Todas estas diferencias son significativas a nivel estadístico (Tabla 1). Por lo que se refiere al no consumo de alcohol y hachis durante el tiempo de la intervención, el incumplimiento general de esta norma fue alto (el 69% de los sujetos con trastornos de la personalidad y el 40% en el grupo de no trastornos de personalidad), no habiendo diferencias estadísticas entre ambos grupos (Tabla 1).

Tabla 1

Porcentaje de sujetos que incumplieron diferentes instrucciones terapéuticas en los grupos con y sin trastornos de la personalidad

Incumplimiento Instrucciones terapéuticas	Trastornos Personalidad (% sujetos)	No Trastornos Personalidad (% sujetos)	χ^2	<i>p</i>
Asistencia a lugares de consumo	31	0	4,909	0,027*
No Abandono antiguas amistades	50	8	5,998	0,014*
No Asistencia a consulta	25	8	4,909	0,027*
No Análisis de orina	37	0	6,14	0,013*
Consumo alcohol/hachís	69	40	2,660	0,103

Discusión

En primer lugar, por lo que se refiere al estilo de personalidad, no de carácter necesariamente patológico, el perfil típico del toxicómano evaluado en este estudio tendría que ver, siguiendo la propuesta de Millon y Everly (1994), con un claro predominio de los «tipos de personalidad» *activos* (pasivo-agresivo, antisocial, evitativo e histriónico) sobre los estilos descritos como *pasivos* (narcisista, dependiente, compulsivo y esquizoide). De igual modo, predominan los sujetos con un tipo de personalidad *independiente* (antisocial y narcisista), *desvinculado* (evitativo y esquizoide) y *ambivalente* (pasivo-agresivo), frente al grupo de los *dependientes* (histriónico y dependiente) y *ambivalentes-pasivos* (compulsivo). Estos resultados serían acordes con otros estudios donde se encuentran perfiles similares (Ávila, Herrero y Aresti, 1996; Calsyn y Saxon, 1990).

Por lo que se refiere a los trastornos de personalidad, los resultados obtenidos señalan la presencia de un alto porcentaje de sujetos con estas alteraciones (el 67% del total de la muestra). En concreto, el trastorno antisocial (agresivo-sádico en el MCMI-II) y el límite son los más comunes, dándose conjuntamente en muchos casos en el mismo sujeto. Esta combinación, infrecuente en otros tipos de trastornos, parece muy común en pacientes adictos quienes son, además, los que a pesar de requerir una mayor asistencia psicológica muestran una menor colaboración en el tratamiento (Millon, 1981). Hay también un porcentaje importante de sujetos que puntúan alto conjuntamente en trastorno límite de la personalidad y autodestructivo. Estos casos tendrían más relación con los que la literatura trata únicamente

como límites. Cuando sólo predomina un trastorno de personalidad, es el antisocial el fundamental, aspecto que se ha visto que es muy común en drogadicción. Por su parte, con más de un trastorno de la personalidad, aparte del trastorno antisocial y límite, aparecen el trastorno esquizotípico y/o autodestructivo.

De este modo, se puede observar que existe una amplia presencia de trastornos de personalidad en esta población donde, además, en una alta proporción de casos se da la presencia de más de un trastorno de la personalidad. Por otra parte, en el grupo de sujetos con trastornos de personalidad es precisamente donde se ha producido una tasa mayor de recaídas, así como un mayor incumplimiento general de instrucciones terapéuticas (como fueron el no abandono de antiguas amistades y manejo de dinero, la asistencia a lugares de consumo, la no asistencia a consulta o la no realización de análisis de orina) (Tabla 1).

El aspecto que parece común a todos los sujetos (posean o no trastornos de personalidad) es el consumo de alcohol y hachis. Este componente es difícil de erradicar en esta población y, aunque es un factor de riesgo de futuras recaídas, no se puede relacionar directamente con los trastornos de personalidad. Esta variable probablemente tenga más relación con la relativa común permisividad social hacia este tipo de drogas y lo difundido que está su consumo, aspecto que hace particularmente difícil de erradicar su uso en este tipo de pacientes (Paris, 1998).

En definitiva, los resultados de este estudio destacan la importancia de los trastornos de personalidad en los pacientes toxicómanos. Sin embargo, una dificultad metodológica importante en el análisis de estas alteraciones es que a veces resulta difícil diferenciar los criterios diagnósticos que son propios de los trastornos de personalidad de los de la drogadicción. Es decir, hay aspectos clínicos compartidos entre ambas entidades, como ocurre frecuentemente en el trastorno antisocial de la personalidad (Alterman y Cacciola, 1991; Brooner, Schmidt, Felch y Bigelow, 1992; Seivewright y Daly, 1997) y en el límite (Trull *et al.*, 2000). Igualmente, diferentes instrumentos de evaluación, como el propio MCMI-II (Millon, 1987), puede que estén sobrestimando distintos trastornos de personalidad (Flynn, McCann y Fairbank, 1995). A este respecto, sería conveniente corroborar estos resultados con otro tipo de medidas y plantear un diagnóstico diferencial más específico. También, cabría plantearse un análisis más individualizado, donde se realizase un seguimiento exhaustivo de cada paciente.

De todos modos, lo que sí parece mostrado en este estudio es que los trastornos de personalidad complican aún más los casos de adicción, conllevando un peor pronóstico y mayores dificultades terapéuticas (Ball *et al.*, 1998; Feingold, Ball, Kranzler y Rousaville, 1996; Kosten *et al.*, 1989; Seivewright y Daly, 1997). En este sentido, sería importante adecuar la intervención psicológica a los distintos trastornos que presentan estos individuos. El tratamiento de los drogodependientes no puede tratarse como un grupo homogéneo. Así, por ejemplo, incorporar diferentes elementos de la terapia dialéctica, desarrollada para los casos de trastornos límite de la personalidad (Linehan, 1993) podría servir para ayudar a los pacientes que presentan este tipo de problemas dentro de la drogadicción. De igual modo, en sujetos con un predominio del trastorno antisocial, estaría especialmente recomendado programas de tratamiento en régimen interno, donde se establezcan limitaciones a la frecuencia

de las repetidas admisiones y que se sea especialmente precavido ante los intentos de «manipulación» por parte de estos pacientes (Tejero y Casas, 1992). Estos son aspectos que recientemente están recibiendo más atención (Tenorio y Sierra, 2000) y que deben de ser tenidos en consideración para un análisis más detallado de las necesidades que presentan dichos pacientes.

Referencias

- Alterman, A.I. y Cacciola, J.S. (1991). The antisocial personality disorder diagnosis in substance abusers: Problems and issues. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 401-409.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ª ed., DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª ed., DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arias, F. López-Ibor, J.J. y Ochoa, E. (1997). Comorbilidad psiquiátrica en dependientes de opáceos en tratamiento con naltrexona. *Adicciones*, 9, 235-253.
- Ávila, A., Herrero, J.R. y Aresti, A. (1996). Consideraciones clínicas sobre el MCMI-II en la evaluación y tratamiento de drogodependientes. En D.E. Gómez y X.L. Saburido (dirs.). *Salud y prevención. Nuevas aportaciones desde la evaluación psicológica* (pp. 157-162). Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- Ball, S.A., Kranzler, H.R., Tennen, H., Poling, J.C. y Rounsaville, B.J. (1998). Personality disorder and dimension differences between type A and type B substance abusers. *Journal of Personality Disorders*, 12, 1-12.
- Brooner, R.K., Schmidt, C.W., Felch, L.J. y Bigelow, G.E. (1992). Antisocial behavior of intravenous drug abusers. Implications for diagnosis of antisocial personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 482-487.
- Calsyn, D.A. y Saxon, A.J. (1990). Personality disorder subtypes among cocaine and opioid addicts using the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *The International Journal of Addictions*, 23, 1037-1049.
- Cangas, A.J. y Olivencia, J.J. (1999). Alteraciones de la personalidad asociadas a las conductas adictivas. *Apuntes de Psicología*, 17, 109-116.
- Dahlstrom, W.G., Welsh, G.S. y Dahlstrom, L. (1975). *An MMPI handbook: Research and applications* (Vol. 2, edic.rev.). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- English, G.E. y Tori, C.A. (1973). Psychological characteristics of drug abuse clients seen in a community mental center. *Journal of Community Psychology*, 1, 403-407.
- Fals-Stewart, W. (1992). Personality characteristics of substance abusers: An MCMI cluster typology of recreational drugs users treated in a therapeutic community and its relationship to length of stay and outcome. *Journal of Personality Assessment*, 59, 515-527.
- Feingold, A., Ball, S.A., Kranzler, H.R. y Rounsaville, B.J. (1996). Generalizability of the Type A/Type B distinction across different psychoactive substances. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22, 449-462.
- 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.
- Graña, J.L. y Muñoz-Rivas, M. (2000). Factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8, 249-269.

- Kosten, T.A., Kosten, T.R. y Rounsaville, B.J. (1989). Personality disorders in opiate addicts show prognostic specificity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 163-168.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention*. Nueva York: Gullford.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality DSM-III*. Nueva York: Wiley.
- Millon, T. (1987). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II)*. Madrid: TEA, 1998.
- Millon, T. y Everly, G.S. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca. (Orig. 1985).
- Nathan, P.E. (1988). The addictive personality is the behavior of the addict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 183-188.
- Overall, J.E. (1973). MMPI personality patterns of alcoholics and narcotic addicts. *Quarterly Journal of the Study of Alcohol*, 34, 103-111.
- Paris, J. (1998). Personality disorders in sociocultural perspective. *Journal of Personality Disorders*, 12, 289-301.
- Penk, W.E., Fudge, J.W., Robinowitz, R. y Neman, R.S. (1979). Personality characteristics of compulsive heroin, amphetamine, and barbituate users. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 47, 583-585.
- Pérez de los Cobos y Casas, M. (1993). Dependencia de opiáceos y psicopatología concomitante. En J. Cadafalch y M. Casas (dir.), *El paciente heroínmano en el Hospital General*. Bilbao: Citran-Plan Nacional sobre Drogas-Generalitat de Catalunya.
- Pols, R.G. (1984). The addictive personality: A myth. *Australian Alcohol/Drug Review*, 3, 45-47.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. y Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Rounsaville, B.J., Kranzler, M.D., Ball, S., Tennen, H., Poling, J. y Triffleman, E. (1998). Personality disorders in substance abusers: Relation to substance use. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 87-95.
- Rousaville, B.J., Weissman, M.W., Wiber, C.H.H. y Kleber, H.D. (1982). Pathways o opiate addiction: An evaluation of differing antecedents. *British Journal of Psychiatric*, 141, 437-446.
- Seivewright, N. y Daly, C. (1997). Personality disorder and drug use: a review. *Drug and Alcohol Review*, 16, 235-250.
- Skodol, A.E., Oldham, J.M. y Gallaheer, P.E. (1999). Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 733-738.
- Tejero, A. y Casas, M. (1992). Trastornos de personalidad en pacientes adictos a los opiáceos: incidencia, modelos explicativos de interrelación y repercusiones clínic asistenciales. En M. Casas (dir.), *Trastornos psíquicos en toxicomanías (I)* (pp. 123-177). Barcelona: Citran.
- Tenorio, J. y Sierra, J.A.M. (2000). Trastornos duales: tratamiento y coordinación. *Papeles del Psicólogo*, 77, 58-63.
- Trull, T.J., Sher, K.J., Minks-Brown, C., Durbin, J. y Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical Psychological Review*, 20, 235-253.
- Zuckerman, M., Sola, S., Masterman, J. y Angelone, J.V. (1975). MMPI patterns in drug abusers before and after treatment in therapeutic communities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 286-296.