

## **Comparación de psicopatología en pacientes dependientes de alcohol, de cocaína y policonsumidores**

Lorena Belda Ferri<sup>1</sup>, María Teresa Cortés Tomás<sup>1</sup> y Vicente Tomás Gradolí<sup>2</sup>

*1. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.*

*2. Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja. Departamento de Salud 10. Conselleria de Sanidad.*

### **Resumen**

El presente estudio trata de evaluar la psicopatología y el perfil característico en policonsumidores de cocaína y alcohol (n=14), dependientes de alcohol (n=10) y dependientes de cocaína (n=11) que inician tratamiento ambulatorio. Se administraron un conjunto de pruebas: SCL-90-R, BDI, MCMI-III y la Escala de Impulsividad de Barrat. Los resultados muestran que los policonsumidores realizan una demanda de tratamiento más temprana y llevan menos años de consumo previo. Todos los grupos muestran una impulsividad elevada y sintomatología leve en depresión. En el SCL-90-R los tres grupos presentan un perfil similar excepto en la escala Ideación Paranoide donde los consumidores de una única sustancia puntúan más alto. Según el Millon en los dependientes de alcohol no se debería descuidar el patrón generalizado de desconfianza hacia los demás, las ideas delirantes que pueden manifestar, así como la sintomatología ansiosa. Asimismo, sería recomendable atender a los rasgos antisociales para el grupo de cocaína y los rasgos narcisistas para el de policonsumidores.

Finalmente destacar la significación obtenida en las escalas de dependencia de alcohol y dependencia de sustancias lo que viene a confirmar la adecuación de la distribución de la muestra en los tres grupos que forman parte de esta investigación.

### **Palabras Clave**

Dependientes de alcohol, dependientes de cocaína, policonsumidores, psicopatología, orientación hacia el tratamiento.

— Correspondencia a: \_\_\_\_\_  
Lorena Belda Ferri  
Departamento de Psicología Básica  
Facultad de Psicología. Universidad de Valencia  
Avenida Blasco Ibáñez, 21  
46010. Valencia  
Email: lorebelda@gmail.com



### **Abstract**

This work intends to evaluate the psychopathology and the characteristic profile of polyconsumers of cocaine and alcohol (n=14), patients dependent on alcohol (n=10) and patients dependent on cocaine (n=11) who start treatment as outpatients. A set of tests has been developed: SCL-90-R, BDI, MCMI-III and the Barrat Impulsiveness Scale. The results show that polyconsumers make an earlier request for treatment and have been consuming during less time. All the groups show high impulsiveness and light symptomatology on depression. On the SCL-90-R, the three groups show a similar profile except on the Paranoid Ideation scale, where the consumers of one substance get a higher score. According to the Millon, on patients dependent on alcohol, the widespread pattern of mistrust on others and the delirious ideas which they may show should not be neglected, as well as the anxious symptomatology. Furthermore, it is important to pay attention to the antisocial features on the cocaine group and the narcissist features on polyconsumers.

Finally, we should highlight the significance obtained in the scales of alcohol dependence and dependence on substances, which confirms the appropriateness of the distribution of the sample in the three groups contained in this research.

### **Key Words**

Dependents on alcohol, dependents on cocaine, polyconsumers, psychopathology, orientation to the treatment.

## **INTRODUCCIÓN**

En los últimos años se aprecia un incremento notorio en el número de admisiones a tratamiento por consumo de cocaína, llegando a representar más del 30% de las primeras demandas asistenciales y alrededor del 45% al considerar conjuntamente los primeros tratamientos y las readmisiones (PNSD, 2008). Si se revisan los datos de nuestra propia Comunidad Autónoma las dos sustancias por las que se atiende a mayor número de pacientes en las Unidades de Conductas Adictivas son el alcohol y la cocaína (SECAD, 2008), suponiendo en ambos casos una demanda de alrededor del 30% de casos tratados.

Un aspecto adicional a considerar es el de la alta prevalencia de consumidores de ambas sustancias conjuntamente (Flannery, Morgenstern, McKay, Wechsberg y Litten, 2004; Kleinman et al., 1990; Pastor, Llopis y Baquero, 2003; Rounsaville y Carroll, 1991) aunque este aspecto no quede reflejado con precisión en los informes epidemiológicos, en donde se le da prioridad a la sustancia principal por la que se realiza el ingreso.

El consumo conjunto de alcohol y cocaína genera un metabolito -el cocaetileno- (Jatlow, Elsworth y Bradberry, 1991; McCance, Kosten y Jatlow, 1998), que incrementa el potencial tóxico de éstas por separado y constituye la base de cuadros clínicos de mayor gravedad in-



cluido una elevación del riesgo de *muerte súbita* -entre 18 a 25 veces- (Andrews, 1997; Henning y Wilson, 1996), un *aumento del ritmo cardíaco* -3 a 5 veces-, así como un *aumento de la presión arterial* (Pirwitz et al., 1995). Además, suelen presentarse *déficits cognitivos* caracterizados por una pérdida de memoria, de atención, de orientación y de asimetrías sensoriales, que se van acentuando conforme aumenta el consumo, llegando a imposibilitar el funcionamiento del sujeto (Sings et al., 1996). Obviar el consumo combinado de estas sustancias registrando tan sólo la dependencia a la sustancia principal, conduce a generar ambigüedad en los resultados de diferentes investigaciones ya que aspectos que pueden deberse a los efectos del consumo combinado pueden quedar atribuidos al consumo excesivo de una de las dos sustancias. Además, desde hace años se asume que la existencia de ambos cuadros implica que uno va a influir en el otro, por lo que el tratamiento debe contemplar ambos (Ochoa, 2000; San, 2004; Ziedonis, 1992). Todo esto viene a remarcar la importancia de concretar al máximo las implicaciones de este consumo combinado.

Una de las áreas que más investigación ha generado en los últimos años es el de la presencia de psicopatología en dependientes de sustancias, debido al elevado porcentaje de prevalencia y a sus implicaciones clínicas (Guisado, Vaz, Fernández, Peral y López-Ibor, 2000; López y Becoña, 2006a; Pérez, de Vicente, García, Romero y Oliveras, 2008; Sánchez, Tomás y Morales, 2001; Swendsen y Merikangas, 2000).

Respecto a la prevalencia, diversos estudios estiman 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, siendo habitual la

existencia de criterios para diagnosticar dos o más (Brooner, Schmidt y Herbst, 2002; Hallikas, Crosby, Pearson, Nugent y Carlso, 1994). En nuestro país, Pedrero, Puerta, Lagares y Sáez (2003) concluyen que entre los pacientes en tratamiento ambulatorio por abuso/dependencia de sustancias, aproximadamente un 83% presentan al menos un trastorno de la personalidad. Estos porcentajes suelen experimentar una ligera disminución tras un periodo de abstinencia (Sonne y Brady, 1998; Weiss, Mirin, Griffin y Gunderson, 1993), aunque al contrario de lo que sucede con trastornos como los del estado de ánimo o los de ansiedad, los de personalidad suelen mostrarse más estables.

Si se atiende a las implicaciones clínicas, la comorbilidad suele asociarse a una mayor probabilidad de problemas psicosociales e interpersonales, a un mayor riesgo de suicidio, así como a una menor adherencia al tratamiento y a una mayor dificultad en el mantenimiento de la abstinencia (Haver, 2003).

Hasta el momento se han realizado diversas investigaciones que han estudiado los rasgos y trastornos de la personalidad de pacientes alcohólicos (Echeburúa, Bravo de Medina y Aizpiri, 2005; Bravo de Medina, Echeburúa y Aizpiri, 2008; Fernández-Montalvo, Landa, López-Goñi y Lorea, 2006; Pedrero et al., 2003), y de pacientes dependientes de la cocaína (Fernández-Montalvo y Lorea, 2007; Lorea, Fernández-Montalvo, López-Goñi y Landa, 2009; López y Becoña, 2006b; Pedrero et al., 2003; Sanz y Larrazabal, 2002; Sonne y Brady, 1998) pero se carece de estudios que permitan conocer y comprender cómo se distribuyen los trastornos de la personalidad entre los policonsumidores de cocaína y alcohol, constituyendo uno de los temas de interés por parte del Plan



Nacional sobre Drogas, tal como puede observarse al consultar las líneas preferentes de investigación en sus últimas convocatorias de solicitud de proyectos de investigación (ORDEN SCO/1970/2008, de 23 de julio-publicado en BOE 164, martes 8 julio de 2008; ORDEN SAS/1250/2009, de 7 de mayo-publicado en BOE 122, miércoles 20 de mayo de 2009).

Entre los consumidores de cocaína por un lado y los consumidores de alcohol por otro lado destacan altas tasas de trastornos depresivos (Casas y Guardia, 2002; Norman, Lesswing, Ronal y Dougherty, 1994; Rubio, Ponce, Jiménez-Arriero y Ferre, 2002; Sánchez et al., 2001), trastornos de ansiedad (Guisado et al., 2000; Monrás, 2003) y trastornos de personalidad e impulsividad (Blanco y Sirvent, 2006; Forcada, Pardo y Bondía 2006; Lorea et al., 2009).

Además, los consumidores de cocaína (Fernández, Lorea, López y Landa, 2008; López et al., 2007; Pedrero, Puerta, Segura y Osorio, 2004; Sánchez et al., 2001) suelen manifestar, al realizar el Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R), conductas, pensamientos e impulsos calificados por ellos mismos de absurdos e indeseados pero difíciles de resistir y generadores de una intensa angustia. También es frecuente la manifestación de signos y síntomas clínicos propios de los trastornos afectivos, como vivencias disfóricas, desánimo, anhedonia, desesperanza, impotencia y falta de energía, además de manifestaciones cognitivas y somáticas; suspicacia, centralismo autorreferencial e ideación delirante, hostilidad, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control.

Sin embargo, no existe tanta concordancia en aspectos como la hipersensibilidad a opiniones y actitudes ajenas en general, o con respecto a la manifestación de incomodidad e inhibición

en las relaciones interpersonales (Fernández-Montalvo et al., 2008; López et al., 2007), a las manifestaciones clínicas de ansiedad y signos generales de tensión emocional (Pedrero et al., 2003), o a los estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento (Sánchez et al., 2001).

A pesar de las advertencias que apuntan a la existencia de perfiles similares entre consumidores de diferentes sustancias obtenidos a partir del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (Campbell y Stark, 1990; Donat, Walters y Hume, 1992; López et al., 2007), al revisar diferentes estudios realizados con consumidores de cocaína (Fernández-Montalvo et al., 2003; Fernández-Montalvo y Lorea, 2007; Lesswing y Dougherty, 1994; Lorea et al., 2009; López y Becoña, 2006b; López et al., 2007; Pedrero et al., 2003; Pedrero y López, 2005; Sanz y Larrazabal, 2002; Sonne y Brady, 1998) destacan las dimensiones referidas a las escalas básicas *pasivo-agresivo/negativista*, *narcisista*, *antisocial* y *evitativo*. Esto permite definir a estos consumidores como personas con sentimientos frecuentes de duda y de vacilación entre seguir los propios deseos o los de los demás, mostrando frecuentemente una conducta errática, afectada por fuertes impulsos discrepantes entre sí -dimensión *negativista*-. Además, suelen creer que los demás reconocerán su cualidad de ser especiales, manteniendo un aire arrogante de seguridad en sí mismos -dimensión *narcisista*-, llegando a implicarse en conductas engañosas o ilegales con el fin de explotar el entorno en beneficio propio, intentando contrarrestar las expectativas de dolor y posibles agresiones de los demás -dimensión *antisocial*-. Finalmente destacan por una estrategia adaptativa que refleja su miedo y desconfianza hacia los demás. A pesar de sus deseos de relacionarse, han apren-



dido que es mejor negar estos sentimientos y mantener bastante distancia interpersonal para prevenir la repetición del dolor y la angustia que han experimentado con otras personas –dimensión *evitativa*–.

También destacan las puntuaciones elevadas en los síndromes clínicos de *abuso de alcohol* y de *abuso de drogas*, así como en la expresión de *delirios* de naturaleza celosa, persecutoria o grandiosa (López y Becoña, 2006b; Pedrero y López, 2005).

Entre los rasgos patológicos evaluados por este instrumento, destaca el rasgo *límite*, por lo que puede hablarse de una falta de regulación del afecto que se manifiesta en una inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo. Parecen demasiado preocupados en asegurarse cariño, tienen dificultades en mantener un sentido claro de identidad y exhiben una ambivalencia cognitivo-afectiva que se hace evidente en sus sentimientos conflictivos de cólera, amor y culpa hacia los demás.

Los estudios realizados con muestras de dependientes de alcohol que han utilizado el SCL-90-R, coinciden en la importancia de signos y síntomas clínicos propios de los trastornos depresivos (Bravo, Echeburúa y Aizpiri, 2007; Pérez et al., 2008; Pedrero et al., 2004; Sánchez et al., 2001). Asimismo destacan otras tres dimensiones, aunque con un menor consenso experimental: la que recoge rasgos del espectro psicótico y sentimientos de alienación social (Bravo et al., 2007; Pérez et al., 2008), la que refleja características propias del pensamiento proyectivo como suspicacia, centralismo autorreferencial e ideación delirante (Pedrero et al., 2004; Pérez et al., 2008; Sánchez et al., 2001) y la que muestra conductas, pensamientos e impulsos que el sujeto considera absurdos e

indeseados y le generan intensa angustia y son difíciles de resistir, evitar o eliminar (Pedrero et al., 2004; Sánchez et al., 2001).

Al revisar las dimensiones del Millon más citadas por los investigadores (Bravo et al., 2007; Lesswing y Dogherty, 1994; Pedrero y López, 2005; Pedrero et al., 2003) al referirse a dependientes de alcohol destacan tres de las escalas básicas: *compulsivo*, *dependiente* y *antisocial*. Esto permite definirlos como personas ambivalentes entre la hostilidad hacia los demás y el miedo a la desaprobación social, lo que les lleva a manifestar un conformismo excesivo y a exigirse mucho a sí mismos y a los demás. Pero tras esa apariencia de control y conformidad, hay sentimientos de ira y rebeldía que ocasionalmente les desbordan –dimensión *compulsión*–. Además, suelen recurrir a los demás para obtener cuidados, seguridad y esperar pasivamente que les guíen, caracterizándolos la búsqueda de relaciones en las que puedan conseguir afecto, seguridad y consejos –dimensión *dependencia*–. Entre los múltiples aspectos que les une a los dependientes de cocaína se encuentra la dimensión *antisocial*, motivo por el cual puede hablarse también de personas que suelen implicarse en conductas engañosas o ilegales con el fin de explotar el entorno en beneficio propio, intentando contrarrestar las expectativas de dolor y posibles agresiones de los demás.

Uno de los pocos trabajos realizados que tratan de delimitar las peculiaridades de los consumidores de cocaína y alcohol al compararlos con los consumidores de cocaína es el realizado por Pastor et al., (2003). Estos concluyen que los policonsumidores suelen percibir problemas con el consumo de cocaína pero no con el consumo que hacen de alcohol, a pesar de



estar diagnosticados de abuso/dependencia al alcohol. Al analizar las consecuencias asociadas a su consumo observaron mayores repercusiones sociales, laborales, familiares y conductuales, con incremento de conductas de riesgo a nivel sexual, mayor gasto económico, problemas de pareja y separación, sexo compulsivo y relaciones sin protección, así como la aparición de conductas antisociales tras el consumo.

En el presente trabajo se trata de evaluar la presencia de psicopatología diferenciando y comparando tres perfiles de pacientes: policonsumidores de cocaína y alcohol, dependientes de alcohol y dependientes de cocaína, intentando de este modo contribuir al esclarecimiento del perfil característico de cada uno de ellos. Esto permitirá adaptar los programas terapéuticos a las necesidades específicas de cada grupo de pacientes.

## MÉTODO

### Participantes

Se ha utilizado una muestra de 35 pacientes distribuidos en tres grupos en función del diagnóstico: dependencia a alcohol ( $n = 10$ ); dependencia a cocaína ( $n = 11$ ) y dependencia a cocaína

más abuso/dependencia a alcohol ( $n = 14$ ). De los participantes 27 eran hombres (77%) y 8 mujeres (23%), encontrándose más del 70% de la muestra trabajando en el momento de demandar tratamiento.

En la tabla I se muestran algunos de los descriptivos de la muestra. Se aprecian diferencias significativas en la edad de los pacientes en función del grupo al que pertenecen, siendo el grupo de dependientes de alcohol los de mayor edad -Media dependientes alcohol=40 y Media dependientes cocaína=32.3; ( $F_{(2,34)} = 18.121, p < .001$ ) // Media dependientes alcohol=40 y Media Policonsumidores=28.53; ( $F_{(2,34)} = 18.121, p < .000$ ).

Al comparar el número de años que se lleva consumiendo previo a iniciar el tratamiento, también se muestran diferencias significativas en función del grupo de pertenencia, siendo nuevamente los dependientes de alcohol los que manifiestan un mayor período de consumo - Media dependientes alcohol=23.4 y Media dependientes cocaína=11.5; ( $F_{(2,34)} = 19.740 p < .000$ ) // Media dependientes alcohol=23.4 y Media Policonsumidores=9.6; ( $F_{(2,34)} = 19.740 p < .000$ ).

Tabla I. Estadísticos descriptivos de la muestra

	N	Edad			Años Consumo		
		$\bar{X}$	D.T.	Rango	$\bar{X}$	D.T.	Rango
Alcohol	15	40.00	10.10	18-59	23.40	10.03	3-42
Cocaína	10	32.30	3.68	25-36	11.50	4.99	3-19
Alcohol + Cocaína	15	28.53	7.20	19-43	9.60	6.36	3-23



## Instrumentos

Se ha utilizado una batería de instrumentos que proporcionan información complementaria –por ejemplo el SCL-90-R y el BDI miden síntomas y el MCMI la probabilidad de que tales síntomas configuren un síndrome–, que son fáciles de cumplimentar, están validados en población española y se utilizan ampliamente en el área de las drogodependencias.

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) evalúa la presencia e intensidad de la sintomatología depresiva, a partir de la teoría cognitiva de Beck. La versión española (Conde, Esteban y Useros, 1976) consta de 21 ítems de elección múltiple autoaplicada. Las puntuaciones medias obtenidas indican: Depresión ausente o mínima (puntuación media de 10.9 puntos); Depresión leve (puntuación media de 18.7 puntos); Depresión moderada (puntuación media de 25.4 puntos) o Depresión grave (puntuación media de 30 puntos).

El Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R) (Derogatis, 1983) adaptado al castellano por González de Rivera, de las Cuevas, Rodríguez-Abuin y Rodríguez-Pulido (Derogatis, 2002), es un cuestionario autoadministrado compuesto de 90 ítems que proporcionan información sobre nueve dimensiones sintomáticas: Somatización, Obsesión/compulsión, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide, Psicoticismo y Síntomas misceláneos (ítems adicionales). La escala de respuesta oscila desde 0 (ausencia total de molestias relacionadas con el síntoma) a 4 (molestia máxima), en relación a las molestias ocasio-

nadas durante la semana anterior; incluyendo ese mismo día. Dispone de diferentes baremos (en función del sexo y de la población: general no clínica, disfunción psicósomática temporomandibular y muestra psiquiátrica), y ofrecen puntuaciones centiles y puntuaciones T.

Para la evaluación de la impulsividad se utilizó la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) (1995) en su versión española adaptada y validada por Oquendo et al., (2001). Es autoadministrada y consta de 30 ítems, agrupados en tres subescalas: impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planificada, además de una puntuación total. Cada uno de los ítems tiene cuatro posibles respuestas (raramente o nunca, ocasionalmente, a menudo y siempre o casi siempre). No existen puntos de corte, aunque se propone la mediana de la distribución.

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III) -Millon, Davis y Millon, (1997), adaptación española de Cardenal y Sánchez, (2007)- es un instrumento concebido para explorar los trastornos de la personalidad desde una perspectiva dimensional, utilizando el DSM-IV como marco de referencia. Consta de 175 ítems de respuesta dicotómica (verdadero-falso), con un tiempo de administración de 20 a 30 minutos. Recoge información sobre once escalas básicas o patrones clínicos de la personalidad -esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo (sádico), compulsivo, negativista (pasivo-agresivo) y autodestructivo-; tres escalas de personalidad patológica -esquizotípico, límite y paranoide-; siete síndromes clínicos de



gravedad moderada -trastorno de ansiedad, trastorno somatomorfo, trastorno bipolar, trastorno distímico, dependencia del alcohol, dependencia de sustancias, trastorno de estrés postraumático- y tres síndromes clínicos de gravedad severa -trastorno del pensamiento, depresión mayor, trastorno delirante-. Una puntuación de 75 indica la presencia de síndrome, es decir, indicio de rasgos de personalidad clínicamente significativos, mientras que una puntuación de 85 indica una patología lo suficientemente predominante como para denominarse trastorno de personalidad.

La información relativa a las variables sociodemográficas -sexo, edad y situación laboral- y de consumo -edad de inicio en el consumo, años de consumo de cada una de las sustancias, edad en la que se demanda tratamiento, sustancia/s consumidas y diagnóstico- se recoge de las historias clínicas de los pacientes.

### Procedimiento

La muestra seleccionada se extrajo a partir de los ingresos realizados durante el primer semestre de 2008 en la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) de Catarroja, Departamento de Salud I0 de la provincia de Valencia. Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: demanda de tratamiento por consumo de cocaína (esnifada en forma de clorhidrato), por consumo de alcohol o por consumo combinado de alcohol y cocaína; no presentar alteraciones psicóticas graves y dar su consentimiento informado para participar en el estudio.

La evaluación se llevó a cabo en el marco de la evaluación pretratamiento. Aquellos pacientes que cumplían los criterios de admisión y que aceptaron formar parte de la investigación, fueron citados para ser evaluados a lo largo de las dos semanas posteriores al ingreso en la UCA. El pase de pruebas se llevó a cabo por personal previamente entrenado, realizándose en una única sesión con un descanso intermedio. Posteriormente se recogieron los datos sobre el patrón de consumo y las variables sociodemográficas de la historia del paciente.

### Análisis de datos

Se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 15.0). Se realizaron análisis de frecuencias y estadísticos de tendencia central para la descripción de la muestra. Para contrastar la existencia de diferencias entre los tres grupos de consumidores (alcohol, cocaína y policonsumidores) se calculó un análisis de varianza (ANOVA) sobre la edad, los años de consumo y sobre cada uno de los factores/dimensiones de los diferentes cuestionarios utilizados. Como prueba a posteriori se utilizó la prueba de Scheffé.

## RESULTADOS

En el SCL-90-R (tabla 2) las puntuaciones más elevadas en el grupo de alcohol corresponden a las dimensiones ideación paranoide, depresión y psicoticismo. En el grupo de cocaína destacan las dimensiones obsesión-compulsión, ideación paranoide y depresión; mientras que en el grupo de cocaína + alcohol aparecen las puntuaciones más elevadas

**Tabla 2.** Puntuaciones SCL-90-R y diferencias de medias entre los grupos estudiados

	Alcohol (n = 9)		Cocaína (n = 9)		Alcohol + Cocaína (n = 9)		ANOVA	
	$\bar{X}$	D.T.	$\bar{X}$	D.T.	$\bar{X}$	D.T.	F	p
Somatizaciones	49.89	18.55	54.33	21.82	57.33	22.53	0.28	.754
Obsesiones y compulsiones	48.89	23.64	65.67	24.08	46.22	20.07	1.95	.165
Sensibilidad Interpersonal	52.22	31.86	53.56	19.30	40.78	25.34	0.66	.528
Depresión	58.89	24.53	55.22	28.49	45.89	23.63	0.61	.549
Ansiedad	54.67	22.87	48.78	22.99	49.89	27.82	0.14	.866
Hostilidad	54.67	18.01	45.56	24.13	42.44	32.11	0.56	.577
Ansiedad fóbica	50.89	24.49	42.22	29.79	30.33	27.02	1.29	.292
Ideación Paranoide	65.33	20.06	64.89	20.10	32.33	23.59	7.09	.004 <sup>a</sup>
Psicoticismo	57.78	17.12	51.78	28.99	38.33	29.36	1.34	.280

\*  $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ <sup>a</sup>. Grupo cocaína + alcohol vs. Grupo alcohol y Grupo cocaína

en las dimensiones somatización, ansiedad y obsesión-compulsión. Tras el contraste de medias se obtienen diferencias significativas en la dimensión ideación paranoide entre el grupo de cocaína + alcohol y los demás, obteniendo el grupo de cocaína + alcohol una media estadísticamente inferior ( $F_{(2,26)} = 7.096$ ;  $p < .004$ ).

En el MCMI-III (tabla 3) los pacientes de alcohol puntúan más elevado en las escalas trastorno de ansiedad y dependencia del alcohol. El grupo de pacientes de cocaína destaca en las escalas de dependencia de sustancias y antisocial y en el grupo de policonsumidores las puntuaciones más elevadas aparecen en dependencia de sustancias y narcisista.

Tras realizar un análisis de varianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas en varias escalas, destacando

entre el grupo de pacientes de alcohol y de cocaína + alcohol las siguientes: *esquizoide*, *evitativo*, *depresivo*, *histriónico*, *autodestructivo* y *esquizotípico*. Obteniendo en todos los casos el grupo de alcohol, excepto en la dimensión de histrionismo, puntuaciones más elevadas.

En las escalas *evitativo* y *autodestructivo* también aparecen diferencias significativas entre el grupo de dependientes de alcohol y el de dependientes de cocaína, siendo nuevamente el grupo de alcohol el que muestra puntuaciones superiores.

El mismo resultado se obtiene en la escala de *dependencia del alcohol* donde también se muestran diferencias significativas ( $F_{(2,18)} = 3.994$ ;  $p < .039$ ) entre el grupo de alcohol y el grupo de cocaína, obteniendo la mayor puntuación el grupo de alcohol.



**Tabla 3.** Puntuaciones PREV en el MCMI-III y diferencias de medias entre los grupos estudiados

	Alcohol (n = 6)		Cocaína (n = 6)		Alcohol + Cocaína (n = 7)		ANOVA	
	$\bar{X}$	D.T.	$\bar{X}$	D.T.	$\bar{X}$	D.T.	F	p
Esquizoide	64.33	5.86	49.50	18.83	31.29	12.79	9.75	.002 <sup>a</sup>
Evitativo	71.33	3.56	34.50	28.54	33.14	24.29	6.04	.011 <sup>b</sup>
Depresivo	68.83	9.85	36.33	29.91	27.14	27.69	5.05	.020 <sup>a</sup>
Dependiente	65.33	15.29	50.67	18.43	52.71	18.27	1.26	.310
Histriónico	33.33	12.91	41.33	22.12	60.14	18.64	3.71	.047 <sup>a</sup>
Narcisista	53.67	9.67	57.00	28.16	69.14	6.25	1.50	.252
Antisocial	62.83	3.31	71.67	17.42	66.29	7.25	1.01	.386
Agresivo (sádico)	57.33	7.58	63.83	7.05	52.71	16.32	1.50	.253
Compulsivo	61.17	13.88	36.17	19.34	49.00	20.42	2.81	.090
Negativista (pas-agres)	60.00	7.69	52.17	12.78	50.71	18.96	0.76	.482
Autodestructivo	60.67	1.86	30.50	21.16	28.71	21.35	6.39	.009 <sup>b</sup>
Esquizotípico	64.00	3.29	30.00	24.89	26.71	33.33	4.31	.032 <sup>a</sup>
Límite	60.67	6.41	55.17	14.18	56.00	14.12	0.36	.706
Paranoide	71.50	11.64	51.50	27.42	46.71	19.86	2.55	.109
Tras ansiedad	79.00	16.59	65.00	32.13	46.00	33.54	2.16	.149
Tras. Somatomorfo	42.17	22.91	39.00	29.77	36.14	29.14	0.77	.926
Tras. Bipolar	55.67	14.84	63.50	22.67	59.43	15.38	0.29	.753
Tras. Distímico	60.67	21.03	52.50	36.89	25.71	27.43	2.61	.105
Dependencia alcohol	77.50	5.39	57.00	18.22	66.14	11.04	3.99	.039 <sup>c</sup>
Dependencia sustancias	68.33	5.54	92.50	14.19	76.14	7.38	9.86	.002 <sup>d</sup>
TEPT	58.67	16.03	49.83	21.69	28.57	28.62	2.95	.081
Tras. Pensamiento	65.00	10.73	54.33	36.55	38.00	30.57	1.50	.252
Depresión mayor	56.00	20.49	39.17	42.43	28.86	26.95	1.24	.315
Tras. Delirante	73.33	9.46	44.00	34.63	64.86	7.12	3.26	.065

<sup>a</sup> Grupo alcohol vs. Grupo cocaína +alcohol/ <sup>b</sup> Gr. alcohol vs. Gr. cocaína y Gr. cocaína +alcohol/ <sup>c</sup> Gr. Cocaína vs. Gr. Alcohol/ <sup>d</sup> Gr. Cocaína vs. Gr. Alcohol y Gr. Cocaína +alcohol.



En la escala *dependencia de sustancias* las diferencias significativas se aprecian entre el grupo de cocaína con el grupo de alcohol ( $F_{(2,18)} = 9.86$ ;  $p < .002$ ) y con el grupo de policonsumidores ( $F_{(2,18)} = 9.86$ ;  $p < .026$ ), obteniendo las puntuaciones más elevadas los dependientes de cocaína.

En la escala de impulsividad de Barrat se observan puntuaciones elevadas en todos los grupos, aunque no se obtienen diferencias entre ellos tras el análisis de varianza. A pesar de ello sí que se aprecia una mayor tendencia hacia la impulsividad cognitiva entre los dependientes al alcohol (mediana = 56.25) y hacia la impulsividad no planeada (mediana = 52.4). Por otra parte, el grupo de cocaína + alcohol presenta mayor tendencia hacia la impulsividad motora (mediana = 51.25) y total (mediana = 52.5).

Aunque los pacientes del grupo de alcohol presentan una puntuación media en el cuestionario BDI ligeramente mayor que la encontrada en el resto de grupos (media dependientes alcohol = 15.6; media policonsumidores = 14.62; media dependientes de cocaína = 12.10), estas diferencias no resultan estadísticamente significativas. Puede decirse que en todos los casos se presenta una depresión leve.

## CONCLUSIONES

Los resultados indican que los pacientes con un mayor período de consumo son los dependientes de alcohol, lo que es fácilmente justificable al tratarse de un trastorno que para poder desarrollarse requiere de un patrón de consumo reiterativo durante años (Becoña,

2003). Además, tal como apuntan Sánchez, Del Olmo, Morales y Tomás (2001), la aceptación social del consumo de alcohol en nuestro medio suele provocar que los afectados por su uso muestren mayor resistencia a aceptar los problemas que éste genera.

También existe evidencia experimental que apoya que los dependientes a cocaína suelen manifestar un tiempo medio de consumo de la sustancia menor que el de otros consumidores (Sánchez et al., 2001; Weiss, Mirin, Michael y Sollogub, 1986) y que solicitan antes tratamiento (Gawin y Kleber, 1986), lo que justifica que sean más jóvenes que los dependientes de alcohol al inicio de la intervención (Lesswing y Dougherty, 1994; Sánchez et al., 2001).

Los datos obtenidos en el grupo de policonsumidores siguen la misma tendencia que la de los consumidores de cocaína, aunque más acentuada, siendo los pacientes más jóvenes de todos los evaluados. Esto permite concluir que el consumo simultáneo de alcohol y cocaína genera consecuencias a más corto plazo lo que motiva la demanda de tratamiento con mayor rapidez que en el caso del consumo de una única sustancia.

Las puntuaciones obtenidas en el SCL-90-R siguen la tendencia de los resultados obtenidos en investigaciones anteriores, tanto para el grupo de cocaína (Fernández-Montalvo et al., 2008; Pedrero et al., 2004; López et al., 2007 y Sánchez et al., 2001), como para los consumidores de alcohol (Bravo et al., 2007 y Pérez et al., 2008), aunque en este último caso no se obtienen puntuaciones tan elevadas en la dimensión *obsesión-compulsión* como la



obtenían otros investigadores (Pedrero et al., 2004; Sánchez et al., 2001).

Esto permite afirmar que entre los dependientes de alcohol y los dependientes de cocaína es altamente probable la aparición de vivencias disfóricas, de desánimo, anhedonia, desesperanza y falta de energía, unido a manifestaciones cognitivas y somáticas de suspicacia, centralismo autorreferencial e ideación delirante, así como hostilidad y necesidad de control. Además, entre los dependientes de cocaína destacan especialmente las conductas, pensamientos e impulsos que consideran absurdos e indeseados, que les generan intensa angustia y les resultan difíciles de resistir, evitar o eliminar.

Es importante destacar entre las características que definen al grupo de policonsumidores las vivencias de disfunción corporal y manifestaciones psicósomáticas o funcionales, con síntomas manifiestos en el sistema cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y muscular, unido a manifestaciones clínicas de ansiedad generalizada y/o aguda y signos generales de tensión emocional.

Pero a pesar de que cada uno de los tres grupos evaluados destaca en unas u otras dimensiones, no puede obviarse que al compararlos entre sí los análisis estadísticos informan de la existencia de tres perfiles de consumidores similares en todas las dimensiones del SCL-90-R, a excepción de la ideación paranoide.

Todos los grupos, independientemente del tipo de consumo que realicen, muestran puntuaciones elevadas en impulsividad, lo que

permite concluir que ésta no parece estar supeditada al consumo de estimulantes como afirman algunos investigadores (Forcada et al., 2006), sino que parece más bien vinculada a la etapa final del proceso de adquisición en la que ya está desarrollada la dependencia, independientemente del tipo de sustancia o sustancias que la generen.

Al considerar las principales escalas del Millon en las que destacan los dependientes de alcohol se aprecian diferencias considerables con los datos obtenidos en las investigaciones revisadas (Bravo et al., 2007; Lesswing y Dogherty, 1994; Pedrero y López, 2005; Pedrero et al., 2003). Una posible justificación de esta divergencia de resultados se encuentra en las puntuaciones obtenidas en las escalas de *dependencia de alcohol* y *dependencia de sustancias*. Llama la atención que los pacientes evaluados en otros estudios puntúen de manera elevada en ambas escalas, aunque paradójicamente hayan sido asignados al grupo de dependientes de cocaína o de alcohol. Esto permite afirmar que es muy probable que los resultados obtenidos en estas investigaciones estén sesgados por el consumo combinado de ambas sustancias.

En el presente estudio, las escalas de *dependencia de alcohol* y *dependencia de sustancias* han mostrado ser sensibles al diagnóstico de los pacientes, reflejando el ajuste de su asignación al grupo pertinente. Por ello, los dependientes de alcohol puntúan bajo en dependencia a sustancias; los dependientes de cocaína puntúan bajo en la escala de dependencia a alcohol y los policonsumidores puntúan en ambas escalas. Esto permite tener una mayor garantía de estar definiendo a pa-



cientes consumidores de una única sustancia (alcohol o cocaína) frente a pacientes influidos por una combinación de sustancias.

En este estudio se llega a concluir que los dependientes de alcohol se caracterizan por su estado generalizado de tensión manifiesto en la incapacidad para relajarse, en los movimientos nerviosos que realizan y en la tendencia a reaccionar y sobresaltarse fácilmente *-trastorno de ansiedad-*. Además, presentan puntuaciones elevadas aunque sin alcanzar el punto de corte fijado en la interpretación de la escala, que permiten considerarlos como personas con un estado de ánimo hostil, suspicaces, vigilantes y en alerta ante una posible traición *-paranoide-* y manifestando delirios de naturaleza celosa, persecutoria o de grandeza *-trastorno delirante-*.

Los principales rasgos que diferencian a los dependientes de alcohol de los otros dos grupos evaluados se encuentran en que a pesar de sus deseos para relacionarse con otros, mantienen cierta distancia interpersonal como estrategia para prevenir un posible dolor *-evitativo-*. Además, suelen recordar sus desgracias pasadas de forma activa y reiterada, esperando siempre resultados problemáticos de circunstancias que se considerarían afortunadas *-autodestructivo-*.

Por otra parte, los dependientes de alcohol se diferencian de los policonsumidores en que tienden a ser apáticos, desganados, distantes y asociales *-esquizoide-*, experimentan el dolor como algo permanente, ya que no consideran posible el placer *-depresivo-* y prefieren el aislamiento social manifestando relaciones y obligaciones personales mínimas *-esquizotípico-*.

Los resultados obtenidos con el grupo de dependientes de cocaína presentan mayor similitud con los obtenidos en otras investigaciones (Fernández-Montalvo et al., 2003; Fernández-Montalvo y Lorea, 2007; Lesswing y Dougherty, 1994; Lorea et al., 2009; López y Becoña, 2006b; López et al., 2007; Pedrero et al., 2003; Pedrero y López, 2005; Sanz y Larrazabal, 2002; Sonne y Brady, 1998), pero no puede obviarse el comentario anterior ya que en este caso muchos de los pacientes considerados dependientes de cocaína consumen de manera paralela otras sustancias entre las que se incluye el alcohol.

En el presente estudio, el grupo de dependientes de cocaína destacan por presentar un estado generalizado de tensión *-trastorno de ansiedad-*, rasgos impulsivos e irresponsables, implicándose en conductas engañosas o ilegales buscando su propio beneficio *-antisocial-*. Este último rasgo lo comparten con los policonsumidores, que además suelen presentar un aire arrogante de seguridad y superioridad que puede estar fundado en premisas falsas *-narcisista-*, mostrando una insaciable e indiscriminada búsqueda de estimulación y afecto. Su comportamiento social da la apariencia de confianza personal y seguridad en sí mismos, sin embargo, subyace una reiterada necesidad de señales de aceptación y aprobación, por lo que el aprecio y el afecto deben serles constantemente manifestados *-histriónico-*.

En el presente estudio de carácter exploratorio, a pesar de haber realizado una selección más rigurosa de la muestra a evaluar intentando mejorar la fiabilidad de los resultados obtenidos en este tipo de investigaciones, presenta



ciertas limitaciones referidas especialmente al tamaño de la muestra. Sería conveniente proponer nuevos estudios que permitiesen, utilizando el mismo procedimiento, evaluar muestras más amplias de pacientes, de manera que se facilitase la generalización de resultados.

Sería también interesante contemplar las críticas que se realizan a la valoración de los trastornos de personalidad mediante autoinformes como el Millon que se considera que sobredimensionan la realidad (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006). En este caso se podría optar por realizar diagnósticos más precisos a partir de entrevistas clínicas, tal como proponen recientemente Lorea et al. (2009) y comparar los resultados obtenidos de uno y otro modo. Esta comparación permitiría valorar la adecuación y utilidad de los resultados que se manejan en este tipo de estudios.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrews, P. (1997). Cocaethylene toxicity. *Journal Addiction Disease*, 16, 75-84.
- Becoña, E. (2003). Evaluación conductual de la dependencia alcohólica. En E. García, S. Mendieta, G. Cervera y J. R. Fernández (coords). *Manual SET de Alcoholismo* (pp. 187-211). Madrid: Panamericana.
- Blanco, P. y Sirvent, C. (2006). Psicopatología asociada al consumo de cocaína y alcohol. *Revista Española de Drogodependencias*, 31(3-4), 324-344.
- Bravo de Medina, R., Echeburúa, E. y Aizpiri, J. (2007). Características psicopatológicas y dimensiones de personalidad en los pacientes dependientes del alcohol: un estudio comparativo. *Adicciones*, 19(4), 373-382.
- Bravo de Medina, R., Echeburúa, E. y Aizpiri, J. (2008). Diferencias de sexo en la dependencia del alcohol: dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de personalidad. *Psicothema*, 20(2), 218-223.
- Bronner, R. K., Schmidt, C. W. Jr. y Herbst, J. H. (2002). Personality trait characteristics of opioid abusers with and without comorbid personality disorders. En P.T. Costa y T. A. Widiger (eds.), *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality* (2nd. ed., pp. 249-268). Washington: American Psychological Association.
- Campbell, B.K. y Stark, M.J. (1990). Psychopathology and personality characteristics in different forms of substance abuse. *International Journal of Addiction*, 25, 1467-1474.
- Casas, M. y Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14(1), 195-219.
- Conde, V., Esteban, T. y Useros, E. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del Cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 31, 469-497.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2008). *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2005-2006*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Extraído el 20 de junio de 2008 desde <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Domiciliaria2005.pdf>
- Donat, D.C., Walters, J. y Hume, A. (1992). MCMI differences between alcoholics and cocaine abusers: effect of age, sex and race. *Journal Personality Assessment*, 58, 96-104.
- Echeburúa, E., Bravo de Medina, R. y Aizpiri, J. (2005). Alcoholism and personality disorders: An exploratory study. *Alcohol & Alcoholism*, 40, 323-326.



Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2006). Uso y abuso de los autoinformes en la evaluación de los trastornos de personalidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 1-12.

Fernández-Montalvo, J.; Lorea, I.; López, J.J. y Landa, N. (2003). Trastornos de la personalidad en adictos a la cocaína: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 79-98.

Fernández-Montalvo, J., Landa, N., López-Goñi, J.J. y Lorea, I. (2006). Personality disorders in alcoholics: a comparative study with the IPDE and the MCMI-II. *Addictive Behaviours*, 31, 1442-1448.

Fernández-Montalvo, J. y Lorea, I. (2007). Comorbilidad de la adicción a la cocaína con los trastornos de la personalidad. *Anales Sistema Sanitario de Navarra*, 30(2), 225-231.

Fernández-Montalvo, J., Lorea, I., López-Goñi, J. J. y Landa, N. (2008). Comorbilidad psicopatológica en la adicción a la cocaína: resultados con el SCL-90-R. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 16(2), 275-288.

Flannery, B. A., Morgenstern, J., McKay J., Wechsberg, W. M. y Litten, R. Z. (2004). Co-occurring alcohol and cocaine dependence: recent finding clinical and field studies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 976-81.

Forcada, R., Pardo, N. y Bondía, B. (2006). Impulsividad en dependientes de cocaína que abandonan el consumo. *Adicciones*, 18(2), 111-118.

Gawin, F.H. y Kleber, H.D. (1986). Abstinente symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 4, 107-113.

Guisado, J. A., Vaz, F. J., Fernández-Gil, M. A., Peral, D. y López-Ibor, J. J. (2000). *Comorbilidad psiquiátrica en drogodependencias*. Extraído el 4 de junio de 2008 desde <http://www.psiquiatria.com/imprimirats?2939>

González de Rivera, J. L., de las Cuevas, C., Rodríguez-Abuin, M. y Rodríguez Pulido, F. (2002). *El Cuestionario de 90 síntomas. Adaptación Española del SCL-90-R*. Madrid: Tea Ediciones.

Halikas, J. A., Crosby, R. D., Pearson, V. L., Nugent, S. M. y Carlson, G. A. (1994). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking cocaine abusers. *American Journal on Addictions*, 3, 25-35.

Haver, B. (2003). Comorbid psychiatric disorders predict and influence treatment outcome in female alcoholics. *European Addictions Research*, 9, 39-44.

Henning, R. J. y Wilson, L. D. (1996). Co-caethylene is as cardiotoxic as cocaine but less toxic than cocaine plus ethanol. *Life Sciences*, 59, 615-627.

Jatlow, P., Elsworth, J. D. y Bradberry, C. W. (1991). Cocaethylene: a neuropharmacologically active metabolite associated with concurrent cocaine-ethanol ingestion. *Life Sciences*, 48, 1787-1794.

Kleinman, P. H., Miller, A. B., Millman, R. B., Woody, G. E., Todd, T., Kemp, J. y Lipton, D. S. (1990). Psychopathology among cocaine abusers entering treatment. *Journal of Nervous Mental Disease*, 178, 442-447.

Lesswing, N. J. y Dougherty, R. J. (1994). Psicopatología en pacientes dependientes del alcohol y la cocaína: comparación de resultados con test psicológicos. *RET, Revista de Toxicomanías*, 1, 28-32.



- López, A y Becoña, E. (2006). Consumo de cocaína y psicopatología asociada: una revisión. *Adicciones*, 18(2), 161-196.
- López, A. y Becoña, E. (2006). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema*, 18(3), 578-583.
- López, A., Becoña, E., Casette, L., Lage, M. T., Díaz, E., García, J. M., Senra, A., Cancelo, J., Estévez, C., Sobradelo, J., Vieitez, I., Lloves, M. y Moneo, A. (2007). Dependencia a la cocaína y trastornos de personalidad. Análisis de su relación en una muestra clínica. *Trastornos Adictivos*, 9(3), 215-27.
- Lorea, I., Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J. y Landa, N. (2009). Adicción a la cocaína y trastornos de personalidad: un estudio con el MCMI-II. *Adicciones*, 21(1), 57-64.
- McCance-Katz, E. F., Kosten, T. R. y Jatlow, P. (1998). Concurrent use of cocaine and alcohol is more potent and potentially more toxic than use of either alone a multiple-dose study. *Biological Psychiatry*, 44, 250-259.
- Million, Th., Davis, R. y Millon, C. (2007). MCMI-III. *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III. Manual*. Adaptación española de Cardenal, V. y Sánchez, P. Madrid. Tea Ediciones.
- Monrás, M. (2003). Evaluación Psicológica en el diagnóstico del alcoholismo. En E. García, S. Mendieta, G. Cervera y J. R. Fernández (coord), *Manual SET de Alcoholismo* (pp. 161-186). Madrid: Panamericana.
- Norman, J., Lesswing, P.H. D., Ronal, J. y Dougherty, M. D. (1994). Psicopatología en pacientes dependientes del alcohol y la cocaína: comparación de resultados con test psicológicos. *RET Revista de Toxicomanías*, 1, 28-32.
- Ochoa, E. (2000). Cocaína y comorbilidad psiquiátrica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 1, 40-52.
- Oquendo, M. A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalban V. y Mann, J. J. (2001). Spanish adaptation of Barrat Impulsiveness Scale (BIS-11). *European Journal of Psychiatry*, 15, 147-55.
- ORDEN SCO/1970/2008, de 23 de julio por la que se convoca la concesión de ayudas económicas para el desarrollo de proyectos de investigación sobre drogodependencias en el año 2008. BOE núm. 164. Martes 8 julio 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ORDEN SAS/1250/2009, de 7 de mayo por la que se convoca la concesión de ayudas económicas para el desarrollo de proyectos de investigación sobre drogodependencias en el año 2009. BOE núm. 122. Miércoles 20 mayo 2009. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Pastor, R., Llópis, J. J. y Baquero, A. (2003). Interacciones y consecuencias del consumo combinado de alcohol y cocaína: una actualización sobre el cocaetileno. *Adicciones* 15(2), 159-164.
- Pedrero, E. J. y López-Durán, A. (2005). Autoinformes de sintomatología depresiva en drogodependientes: nivel de coincidencia del BDI, SCL-90 y MCM-II. ¿Depresión o malestar inespecífico? *Adicciones*, 17(3), 215-30.
- Pedrero, E. 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, E. J., Puerta, C., Segura, I. y Osorio, S. M. (2004). Evolución de la sintomatología psicopatológica de los drogodependientes a lo largo del tratamiento. *Trastornos Adictivos*, 6(3), 176-91.



Pérez, B., de Vicente, M. P., García, L., Romero, C. y Oliveras, M. A. (2008). Prevalencia de psicopatología en dependientes a alcohol en tratamiento ambulatorio. *Trastornos Adictivos*, 10(1), 42-48.

Pirwitz, M. J., Willard, J. E., Landau, C., Lange, R. A., Glamann, D. B., Kessler, D., Foerster, E. H., Todd, E. y Ellis L. D. (1995). Influence of cocaine, ethanol, or their combination on epicardial coronary arterial dimensions in humans. *Archives of International Medicine*, 155, 1186-1191.

Rousanville, B. y Carroll, K. (1991). Psychiatric disorders in treatment-entering cocaine abusers. *NIDA - Research Monographs*, 110, 227-251.

Rubio, G., Ponce, G., Jiménez-Arriero, M. A. y Ferre Navarrete, F. (2002). Tratamiento de los trastornos depresivos en sujetos dependientes del alcohol. Trabajo presentado en el III Congreso Virtual de Psiquiatría, *Interpsiquis 2002*. Extraído el 4 de junio de 2008 desde <http://www.psiquiatria.com/imprimir:ats?5896>

San, L. (2004). *Consenso de la SEP sobre patología dual* (4). Barcelona: Psiquiatría Editores.

Sánchez, E., Del Olmo, R., Morales, E. y Tomás, V. (2001). Diferencias en variables de consumo en dependientes a alcohol y drogas ilegales. *Centro de Salud*, 9(1), 32-35.

Sánchez, E., Tomás, V. y Morales, E. (2001). Evaluación psicopatológica en dependientes al alcohol, heroína y cocaína mediante el Brief Symptom Inventory. *Adicciones*, 13(1), 61-66.

Sanz, J. y Larrazabal, A. (2002). Comorbilidad de dependencia de cocaína y trastornos de personalidad. Implicaciones clínicas y pronósticas. Trabajo presentado en el III Congreso Virtual de Psiquiatría, *Interpsiquis 2002*. Extraído el 4 de junio de 2008 en <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/5592/>.

Sistema de Evaluación de la Calidad Asistencial. Secad (2008). Datos facilitados por la Dirección General de Drogas de la Comunidad Valenciana.

Sings, S.A., Dickey-White, H. I., Vanek, V. W., Perch, S., Schechter, M. D. y Kulics, A. T. (1996). The formation of cocaethylene and clinical presentation of ED patients testing positive for the use of cocaine and ethanol. *American Journal of Emergency Medicine*, 14, 665-670.

Skinstad, A. H. y Swain, A. (2001). Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 45-64.

Sonne, S. C. y Brady, K. T. (1998). Diagnosis of personality disorders in cocaine-dependent individuals. *American Journals on Addictions*, 7, 1-6.

Swendsen, J. y Merikangas, K. (2000). The comorbidity of depression and substance abuse disorders. *Clinical Psychology Review*, 20, 173-189.

Weiss, R. D., Mirin, S. T., Michael, J. L. y Sollogub, A. C. (1986). Psychopathology in chronic cocaine abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 12, 17-29.

Weiss, R. D., Mirin, S. T., Griffin, M. L. y Gunderson, J. G. (1993). Personality disorders in cocaine dependence. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 145-149.

Ziedonis, D.M. (1992). Comorbid psychopathology and cocaine addiction, En T. R. Kosten y H.D. Kleber (eds.), *Clinician's guide to cocaine addiction* (pp. 335-358). New York: The Guilford Press.