



Centros de Integración Juvenil, A.C.

Tesis para obtener el grado de
Especialista en Adicciones
Décima generación

Título:

**‘Características de temperamento y carácter en consumidores de
sustancias de abuso’**

PRESENTADA POR
Psic. Linda Bucay Harari

DIRECTOR DE TESIS
Dr. Rodrigo Alonzo Marín Navarrete

Mayo 2015

Alumna:

Psic. Linda Bucay Harari
Asistente de Investigación
Unidad de Ensayos Clínicos en Adicciones y Salud Mental
Instituto Nacional de Psiquiatría 'Ramón de la Fuente Muñiz'

Director de Tesis:

Dr. Rodrigo Alonzo Marín Navarrete
Investigador Principal
Unidad de Ensayos Clínicos en Adicciones y Salud Mental
Instituto Nacional de Psiquiatría 'Ramón de la Fuente Muñiz'

Sinodales:

Dr. Ricardo Sánchez Huesca
Dir. General Adjunto Normativo
Centros de Integración Juvenil A.C.

Dr. Alberto Javier Córdova Alcaraz
Técnico A del depto. de Investigación Psicosocial y Documental
Centros de Integración Juvenil A.C.

Nombre del Programa: Especialidad en Adicciones

Modalidad: Reporte de Investigación

Presentación: Mayo 2015

Nunca intentarás curar el cuerpo sin curar el alma; ésta es la razón por la que los médicos de la Hélade desconocen la cura de muchas enfermedades, pues ignoran el todo, que también debe ser estudiado.

Este es el gran error en nuestros días en el tratamiento del cuerpo humano: los médicos separan el alma del cuerpo.

Platón (469-399 a. C.)

Los resultados del presente trabajo son parte del proyecto 'Estudio de la comorbilidad co-ocurrente en CRAMAA (REC-INPRFM:003)' dirigido por la Unidad de Ensayos Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría 'Ramón de la Fuente Muñiz' (UEC-INPRFM).

El proyecto 'REC-INPRFM:003' recibió financiamiento del Departamento de Estado de los EE.UU. (Grant No. SINLEC11GR0015/A001/A002) otorgado al Instituto Nacional de Psiquiatría 'Ramón de la Fuente Muñiz'.

El Departamento de Estado de los EE.UU. no tiene ningún rol en el diseño del estudio, la recopilación, análisis, interpretación de los datos, ni en los resultados presentados en este reporte de investigación.

AGRADECIMIENTOS

A todo el equipo de la UEC-INPRFM; al Dr. Rodrigo Marín-Navarrete por confiar en mí y darme la oportunidad de vivir esta gran aventura. A la Dra. Ana de la Fuente por sus enseñanzas y apoyo, así como a mis compañeros y amigos José Fernández, Lorena Larios, Alejandro Pérez, Luis Villalobos, Aldebarán Toledo, Karen Ambriz y Gabriela Chávez, por enseñarme algo nuevo cada día.

A la Dra. Ana Fresán por compartirme sus datos y brindarme su apoyo para la realización de los análisis del presente reporte de investigación.

Al equipo del Consejo Estatal Contra las Adicciones de Querétaro por compartir tantas horas de experiencia y aprendizaje durante los meses de trabajo de campo.

A mis profesores y compañeros del programa de especialidad de CIJ.

A mi familia, en especial a mis padres, y amigos por su amor, apoyo y compañía en uno más de los caminos que he decidido explorar.

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	5
2. ANTECEDENTES	9
2.1. Diferentes perspectivas en el estudio de la personalidad y los TCS	9
Enfoque clásico	9
Enfoque psicoanalítico	12
Enfoque psiquiátrico y estudios de epidemiología psiquiátrica	15
2.2. Modelo psicobiológico de la personalidad.....	24
3. MÉTODO	47
3.1. Objetivos.....	47
3.2. Hipótesis	47
3.3. Diseño del estudio	47
3.4 Sedes	48
3.5 Participantes	49
3.6. Definición de las principales variables de estudio	52
3.7. Análisis estadísticos	55
3.8. Consideraciones éticas.....	55
4. RESULTADOS	57
4.1. Características demográficas	57
4.2. Consumo de sustancias.....	58
4.3. Confiabilidad del ITC-R en una muestra de personas con TCS.....	60
4.4. Comparación de las características de personalidad entre la población general y las personas con TCS.....	61
4.5. Diferencias de personalidad en población con TCS según la sustancia de impacto.....	62
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	64
Limitaciones del estudio	76
7. REFERENCIAS	78

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos por consumo de sustancias (TCS) son un área de la salud pública que cada vez enfrenta más retos, tanto por el tipo de problemáticas con las que se asocia, como por la falta de servicios de atención especializada accesibles para toda la población (Medina-Mora & Berenzon, 2013).

Según el estudio de carga global de enfermedad de la Organización Mundial de la Salud (*Global Burden of Disease*, 2010), los trastornos mentales y los TCS constituyen la quinta categoría de desórdenes que representan mayor carga mundial de enfermedad (superando enfermedades como VIH/sida, diabetes y tuberculosis) (Whiteford et al., 2013). La evidencia refiere que los TCS se asocian con importantes problemas de salud pública como lo es el incremento de la mortalidad por enfermedades crónicas, accidentes, enfermedades de transmisión sexual, pérdida de años de vida saludable, conductas homicidas y suicidas (Merikangas et al., 1998; Secretaría de Salud [SSA], 2012; United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2012; World Health Organization [WHO] & UNODC, 2008; Marín-Navarrete et al., 2013, Medina-Mora et al., 2003; Rudolf & Watts, 2002). También existe una clara relación entre este tipo de trastornos con el deterioro de las relaciones familiares del individuo, así como en su funcionamiento laboral y social (Orford et al., 1998; Palomar, 1998).

Las encuestas sobre adicciones y salud mental realizadas en nuestro país, indican que una de cada cuatro personas que habitan comunidades urbanas ha padecido algún trastorno mental (23.7%) y que su inicio se detona mayormente en las primeras décadas de la vida (Medina-Mora et al., 2003). Por otro lado,

alrededor de 4.9 millones de mexicanos (6% de la población general) presentan dependencia al alcohol, lo cual ha incrementado desde los datos del 2002 (4.1%) y 2008 (5.0%) y aunque no se reportan incrementos estadísticamente significativos en el consumo de drogas ilegales, se estima que por lo menos 400,000 mexicanos presentan dependencia a algún tipo de droga diferente al alcohol y al tabaco (SSA, 2012).

Debido a la compleja naturaleza de los TCS, cada vez se reconoce más la importancia de que en el campo de la atención clínica, así como de la administración y política pública, se asuma un enfoque más amplio y comprensivo para su tratamiento (Torrens et al., 1997; Fischer et al., 2001), pues no es suficiente concentrarse en medidas como la abstinencia y reducción del consumo, si no se pone atención en conocer el estado global de la persona; su funcionalidad, fortalezas y recursos (Torrens et al., 1997; Fischer et al., 2001).

En la misma línea, en 2008 la Organización Mundial de la Salud y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito desarrollaron los 'Principios para el tratamiento de la dependencia de drogas', dentro de los cuales se establece el principio clave de realizar una evaluación comprensiva del individuo, que tome en cuenta factores del funcionamiento psicosocial así como el estado y severidad del TCS. Asimismo, esta iniciativa resalta la importancia de evaluar aspectos relacionados con los rasgos de la personalidad de los individuos afectados por los TCS, con la finalidad de sentar la base para una aproximación personalizada y efectiva de la planeación del tratamiento (UNODC & WHO, 2008).

La relación o interacción entre los rasgos o características de personalidad y los TCS ha sido estudiada desde múltiples perspectivas a lo largo del tiempo y, en términos generales, se podría decir que está mediada por factores internos y externos al individuo (Sellman, 2010), como es el caso de la susceptibilidad genética y la historia del desarrollo, así como la relación con su contexto familiar, social y cultural (Le Bon et al., 2004). Esta interacción impacta en el desarrollo del trastorno adictivo de forma importante, así como en el éxito del tratamiento; se ha dicho ya que el estudio de la personalidad podría ser una de las claves principales para comprender la relación que media entre el sujeto, la droga y el ambiente en el que se desarrolla la conducta adictiva (Pedrero-Pérez & Rojo-Mota, 2008).

Sin embargo, aunque este tema ha sido ampliamente trabajado durante las últimas décadas, la mayoría de los estudios en grandes muestras se centran en el enfoque categorial de la personalidad, como es el caso de los diagnósticos psiquiátricos. Sin embargo, existen otros enfoques que pueden brindar una visión dimensional del estudio de la personalidad que permita realizar un análisis más comprensivo de esta condición psicopatológica (TCS) (Di Pierro, Preti, Vurro, & Madeddu, 2014). Esto podría permitir entender mejor cómo es que los individuos que consumen sustancias afrontan las situaciones de riesgo y cuál es su nivel de funcionalidad dentro de su entorno.

En cuanto al trabajo clínico, resulta especialmente interesante conocer los rasgos de personalidad más vinculados a la adicción en las diferentes fases de la relación del sujeto con las sustancias psicoactivas; desde la conducta de

exploración, hasta el paso del consumo impulsivo al consumo compulsivo. Es por ello que se requieren estudios que afinen la comprensión e identificación de variables que medían estos procesos (Pedrero-Pérez & Rojo-Mota, 2008).

En México, existen escasos reportes sobre las características de personalidad de los consumidores de sustancias de abuso; considerando que la cultura y el contexto tienen un papel importante en la manifestación de los fenómenos de la salud mental, se considera relevante generar evidencia al respecto.

En virtud de lo anterior, el principal objetivo del trabajo aquí presentado es conocer las características de personalidad de consumidores de sustancias de abuso en cinco estados de la República Mexicana, según el modelo psicobiológico de Cloninger. Asimismo, se busca determinar si existen diferencias significativas entre las dimensiones de personalidad entre esta población y la población general, tomando como grupo de comparación la muestra que se utilizó para la estandarización del ITC-R (Inventario de Temperamento y Carácter Revisado) en México, y, finalmente, se analizan cuáles podrían ser algunas de las implicaciones de los hallazgos tanto para la práctica clínica como para la salud pública.

2. ANTECEDENTES

2.1. Diferentes perspectivas en el estudio de la personalidad y los TCS

El entendimiento de la personalidad humana ha sido una constante en la producción artística, científica y filosófica a lo largo de la historia. En virtud de la diversidad de posiciones teóricas para la conceptualización de la personalidad y su relación con los TCS, a continuación se presenta una breve revisión de algunas de las principales teorías y hallazgos reportados por clínicos, teóricos e investigadores sobre el rol de la personalidad en la predisposición, desarrollo y tratamiento de los TCS.

Enfoque clásico

Aunque la 'personalidad' como constructo comenzó a conceptualizarse siglos más adelante, fue en Grecia donde surgió uno de los primeros sistemas conocidos para explicar las diferencias individuales y cómo estas representaban una vulnerabilidad para la enfermedad física y mental (Albores, Márquez, & Estañol, 2003; Kotov, Wakiza, Schmidt, & Watson, 2010). Hipócrates (460 a.C. - 370 a.C) concluyó que la enfermedad se originaba en el desbalance de ciertas sustancias orgánicas denominadas 'humores corporales' -sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra- encarnación de la tierra, del agua, fuego y aire, elementos básicos del universo según Empédocles (Siegel, 1968).

Posteriormente Galeno llegó a la suposición de que la predominancia de cada uno de estos resultaba en tipos emocionales o temperamentales, creando el núcleo de cuatro tipos: a) el sanguíneo, que reflejaba un exceso de sangre y eso le hacía más alegre u optimista; b) el melancólico, con un exceso de bilis negra, lo cual le asociaba con la tristeza; c) el colérico, con un mayor aumento de bilis amarilla que se expresaba en una personalidad más irascible y violenta y d) el flemático, pasivo o apático, al que se le atribuyó un exceso de flema (De la Fuente, 1983).

Por otro lado, los griegos comenzaron a plantear que los factores externos al individuo, como el clima, influenciaban la modulación de los niveles de estas sustancias corporales. Por ejemplo, se creía que como en primavera el cuerpo se tornaba más cálido y húmedo, las personas se volvían más sanguíneas. En cambio, en épocas del año más frías predominaba un afecto melancólico (Albores-Gallo, Márquez-Caraveo, & Estañol, 2003). Es interesante que esta visión no difiera mucho de los conceptos contemporáneos, como la 'depresión estacional' que afecta a quienes viven en países donde el clima de bajas temperaturas es más prolongado.

Asimismo, al revisar la literatura clásica se puede notar que algunos principios fundamentales del enfoque clásico preceden al concepto moderno de los neurotransmisores (Bond, 2001) y permanecen vigentes en las teorías actuales sobre los aspectos biológicos de la personalidad (Albores-Gallo, Márquez-Caraveo, & Estañol, 2003). Por ejemplo, en la concepción de que en el

cerebro de los esquizofrénicos hay un exceso de dopamina, mientras que en el de los depresivos hay insuficiencia de serotonina.

Por otro lado, las drogas han acompañado a los seres humanos desde hace tanto como la mirada histórica permite concebir. Una revisión de sus distintos usos a lo largo del tiempo hace difícil distinguir la línea que dividía la práctica terapéutica de la magia y de las creencias religiosas, cumpliendo diferentes funciones en diversos niveles: desde aliviar el dolor físico, hasta como un medio para explorar los límites de la mente.

En Grecia, al igual que en el antiguo Egipto, Mesopotamia, India e Irán, coexistieron expertos en hierbas y raíces, maestros de gimnasia y dietética, cirujanos militares, magos y sacerdotes de diversos cultos, que comenzaban a tener un entendimiento sobre las sustancias psicoactivas y los efectos que estas tenían en el ser humano, así como a darles usos médicos, festivos, rituales y espirituales (Escohotado, 1998). Una de las definiciones de las 'drogas' presente en el *Corpus* hipocrático, explica que son 'sustancias que actúan enfriando, calentando, secando, humedeciendo, contrayendo y relajando, o haciendo dormir' (*Cospues*, IV, pág. 246. Littré; citado por Escohotado, 1998).

Es interesante notar que en las descripciones farmacológicas tanto griegas como romanas, no existen referencias a los fenómenos adictivos; ni Galeno ni ningún otro médico hicieron referencia a que el opio (principal analgésico de aquella época) produjera un acostumbramiento indeseado, sobre la necesidad de emplear dosis cada vez mayores para producir el mismo efecto ni sobre la

amenaza de graves síntomas de abstinencia en caso de no hacerlo. Los detractores del opio, más que su potencial adictivo, cuestionaban su alto nivel de toxicidad (Escohotado, 1998).

Más adelante aparecen reflexiones en el Filón sobre el vino en particular, en el que se comenzó a trazar una división importante entre 'beber' y 'beber mal', indicando que el vino es un elemento 'neutro' en sí, que sencillamente intensifica las inclinaciones naturales -buenas o malas- en los individuos que las consumen, al igual que muchas otras cosas, mencionando que 'quien tenga un corazón limpio tendrá un intelecto sano, y quien tenga un intelecto sano, beberá *bien*' (Escohotado, 1998). Esta frase refleja una temprana comprensión de la interacción entre las sustancias psicotrópicas (o 'psicoactivas') y la actividad psíquica, teniendo la propiedad de entrar en contacto con los pensamientos y emociones de cada sujeto, lo cual influía en su estado de ebriedad.

Enfoque psicoanalítico

Uno de los momentos más importantes en la historia del entendimiento de la personalidad, fue cuando Freud propuso que los pensamientos conscientes son sólo una parte limitada de la dinámica de la personalidad, planteando la existencia de un 'aparato psíquico' y centrando su estudio en la región del psiquismo que hasta entonces había sido ignorada por los estudiosos de la mente: el inconsciente. Ese territorio había sido ya intuido y abordado por poetas y filósofos desde muchos años atrás, pero corresponde a Freud el mérito de haberlo convertido en objeto de estudio sistemático, fundando una nueva disciplina

encargada de su estudio: el psicoanálisis (Kolteniuk, 2000). En términos generales, los diferentes enfoques psicoanalíticos mantienen el concepto de un inconsciente dinámico, con motivaciones y energías particulares que influyen en todos los niveles del comportamiento y la experiencia del individuo (Cloninger, 1993).

Freud se basó principalmente en las observaciones clínicas de sus pacientes, proponiendo entre muchas otras cosas, la teoría del desarrollo psicosexual, la cual vinculaba la enfermedad mental a la personalidad (Kotov, Wakiza, Schmidt, & Watson, 2010).

Para el psicoanálisis la estructura psíquica se ha supuesto como un factor influyente en el desarrollo de las conductas adictivas (Freud, 1898; Rado, 1933; Wurmser & Zients, 1982; Kohut, 1977; Frosch & Milkman, 1977; Krystal, 1977; Morgenstern & Leeds, 1993; Treece & Khantzian, 1986). Según Krystal (1977) la génesis de fractura psíquica de los consumidores de sustancias está en el establecimiento de sus primeros vínculos, especialmente el materno, el cual pudo tener efectos perjudiciales en diversas áreas de la psique. Como resultado, las distintas escuelas psicoanalíticas, han propuesto distintas explicaciones al fenómeno de las adicciones: cuando los primeros analistas se vieron fascinados por el descubrimiento del desarrollo psicosexual, plantearon que los alcohólicos tenían una fijación oral (Abraham, 1954), cuando prestaron atención a la naturaleza de las fantasías inconscientes, encontraron un deseo por la cercanía así como miedos persecutorios (Simmel, 1948; Rado, 1926; Szasz, 1958), y así sucesivamente.

Kohut, al hablar de su concepto de desarrollo narcisista (Levin, 1987; Wood, 1987) explica que la droga, para algunos individuos, parece capaz de curar un defecto principal en el 'Self', volviéndose un sustituto del objeto que le falló traumáticamente en un momento muy temprano de su desarrollo. En términos generales, plantea que la sustancia le brinda al sujeto una experiencia amor que el sujeto que no posee, creando la experiencia de tener un lugar en el mundo. Sin embargo, la sensación de bienestar que brinda es temporal, y la conducta de consumo es repetida una y otra vez sin lograr curar dicha herida estructural (Kohut, 1977).

Otto Kernberg (1984) conceptualiza la patología de la personalidad desde un punto de vista dimensional (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 1984) en un continuum de severidad donde existen tres grandes niveles de organización: el nivel psicótico, el limítrofe (o *borderline*) y el neurótico. Estos se describen en tres dimensiones principales: identidad (la presencia de representaciones flexibles, realistas e integradas de uno mismo y de los otros, junto con la capacidad de tolerar ambas), mecanismos de defensa (las herramientas que tiene el individuo para manejar conflictos internos) y prueba de realidad (la capacidad de distinguir aspectos de la experiencia interna y externa) (Stern et al., 2010; Kernberg & Caligor, 2005). El autor también incluye otras dimensiones adicionales, como la calidad de las relaciones objetales del sujeto, la agresión dirigida hacia uno mismo y a los otros, el uso de estrategias de apego adaptativas y la presencia de valores morales.

Un estudio reciente donde se analizaron las características de personalidad desde la teoría de Kernberg en sujetos con TCS y otros trastornos mentales comórbidos, en comparación con un grupo control, concluye que aquellos con trastornos comórbidos presentan mayores dificultades en diversas dimensiones; además de relaciones objetales más primitivas, una mayor agresión autodirigida y dirigida a otros, así como diferencias en los valores morales y estilos de apego en comparación con el grupo control (Di Pierro, Preti, Vurro, & Madeddu, 2014).

Otras características asociadas a la personalidad de los sujetos con TCS, incluyen principalmente la impulsividad y una menor capacidad para tolerar la frustración; también se ha planteado que el consumo de sustancias refuerza el deseo de gratificación inmediata, fomentando conductas regresivas (Nace, 1990).

Enfoque psiquiátrico y estudios de epidemiología psiquiátrica

Desde la introducción del DSM-III (APA, 1980) surgió un creciente interés por el estudio de los pacientes que además de tener un TCS, presentan algún otro trastorno mental (fenómeno conocido como ‘comorbilidad psiquiátrica’, ‘trastornos co-ocurrentes’ o ‘patología dual’), pues la interacción de dos o más condiciones psicopatológicas trae consigo una serie de complicaciones importantes tanto en la severidad sintomatológica, como en el pronóstico y tratamiento del paciente. Asimismo, dicha versión del manual introdujo criterios diagnósticos explícitos para los trastornos de personalidad (TP) (Verheul & van der Brink, 2004).

Según los criterios del DSM (APA, 2013), un TP es: (a) un patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente

de las expectativas de la cultura del individuo y el cual se manifiesta en dos (o más) de los ámbitos: (1) cognitivo (en las maneras de percibirse e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos), (2) afectivo (amplitud, intensidad, labilidad e idoneidad de la respuesta emocional), (3) funcionamiento interpersonal y (4) control de los impulsos; (b) dicho patrón es inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales, (c) causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral y en otras áreas importantes del funcionamiento del individuo; (d) es estable y de larga duración, y su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta; (e) no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental y (f) no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica.

De acuerdo con Beck et al. (1990), las personas con TP muestran patrones de comportamiento que están subdesarrollados, sobredesarrollados o una mezcla de ambas cosas; por ejemplo, una persona con un trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad, está sobredesarrollada en términos de control, y subdesarrollada en términos de espontaneidad (Daley & Moss, 2002).

Desde hace varias décadas, diversos investigadores han dirigido sus esfuerzos a estudiar la epidemiología de los trastornos mentales tanto en población general como en poblaciones clínicas, y muchos de ellos han puesto especial énfasis en la fuerte asociación entre los TP y los TCS (Nace, 1990; Morey & Hill, 1991; Bohn & Meyer, 1994).

Los TP, de acuerdo con Cloninger y Svrakic (2000), afectan entre el 11% y 23% de la población general y alrededor del 50% de los pacientes con algún trastorno psiquiátrico. Algunos plantean que los TP del Cluster B (dramático emocional), particularmente, en particular el trastorno antisocial de la personalidad (TAP) y el trastorno límite de la personalidad (TLP) son los más prevalentes en la población con TCS; algunos autores mencionan que inclusive son tres veces más altos que en población normal (sin TCS ni otros trastornos psiquiátricos) (Zimmerman & Coryell, 1990; Maier, Lichtermann, Klingler, Heun, & Hallmayer, 1992; Togerson, Kringlen, & Cramer, 2001). Una revisión sistemática que identificó 52 estudios de prevalencias de TP en personas con TCS, evidenció que el TAP y el TLP alcanzaron prevalencias de hasta el 62% y el 66% respectivamente (Verheul, Van den Brink, & Hartgers, 1995).

En cuanto al TAP, estudios epidemiológicos realizados en los Estados Unidos indican que presenta una prevalencia en población general de alrededor del 3% en hombres y 1% en mujeres. Según el *Epidemiological Catchment Area* (ECA), alrededor del 84% de las personas que cumplieron criterios para TAP, cumplieron también criterios para TCS alguna vez en la vida. Black (1999) indica que los sujetos con TAP tienen un inicio más temprano de problemas relacionados con las sustancias de abuso comparados con otros grupos de personas con TCS.

Por otro lado, se han estudiado posibles bases genéticas compartidas entre los TCS y los TAP: Cloninger (1987) encontró un fuerte patrón hereditario en quienes llamó 'alcohólicos tipo II', que se refiere predominantemente a

varones, con inicio temprano de consumo de alcohol y de desarrollo de trastornos por su consumo, con una marcada tendencia a involucrarse en conductas violentas y abusar de otras drogas (Daley & Moss, 2002).

Con respecto al TLP, se estima que la prevalencia en población general es de alrededor del 2%. Sin embargo, en población clínica psiquiátrica oscila entre el 15% y el 25%, haciéndole el TP más común en esta población. Se estima también que dos terceras partes de las personas con TLP tienen o tendrán comorbilidad con algún TCS. Contrariamente al TAP, el TLP es mucho más común en mujeres que en hombres (alrededor del doble) (Daley & Moss, 2002).

Sin embargo, otros estudios también han mostrado que algunos TP del Cluster C (pasivo-agresivo, evitativo, dependiente y obsesivo compulsivo) y del Cluster A (paranoide y esquizotípico) también son comunes en las personas con TCS (DeJong et al., 1993; Thevos et al., 1993; Weiss et al., 1993; Zimmerman & Coryell, 1989; Nace, Davis, & Gaspari, 1991).

Otros hallazgos epidemiológicos importantes, son que las muestras de pacientes en contextos residenciales de tratamiento de TCS mostraron mayores prevalencias de TP que los pacientes ambulatorios, así como que los pacientes con TP fueron significativamente más jóvenes que los que no presentaron TP (Verheul, Van den Brink, & Hartgers, 1995).

En cuanto a los estudios realizados en nuestro país, datos derivados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) que se llevó a cabo en población general (Medina-Mora, 2003), indican que una de cada 17 personas

presentó algún trastorno de personalidad, de las cuales un gran porcentaje presentó también comorbilidad con los trastornos psiquiátricos del Eje I; una de cada cinco personas con un trastorno de Eje I en México presenta un TP comórbido y casi la mitad de aquellos con un TP presenta un trastorno del Eje I (Benjet, Borges, & Medina-Mora, 2008).

En cuanto a estudios de epidemiología clínica realizados también en nuestro país, un trabajo presentado por León-León (2012) realizado en unidades de hospitalización para el tratamiento de los TCS, reportó que el 75% de los participantes mostró comorbilidad con trastornos del Eje II (TLP y TAP) (León-León, 2012).

Otro estudio realizado sobre comorbilidad psiquiátrica en mujeres que se encontraban recibiendo atención en un Centro Residencial de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones (CRAMAA), reportó que los TP más presentes fueron los del Cluster B, y que la prevalencia total actual entre los TCS con otros trastornos psiquiátricos del Eje I fue del 69.8%, pero cuando se incluyó a los TP (trastornos del Eje II) se incrementó hasta el 97.7% (De la Fuente-Martín et al., 2013).

La evidencia sugiere que la naturaleza problemática, persistente y disruptiva de los TP suele complicar los estándares de tratamiento de los TCS, alentando el proceso de recuperación y rehabilitación, pues ha mostrado que puede afectar la relación terapéutica o alianza de trabajo con el médico y/o psicoterapeuta tratante(s), disminuyendo la adherencia al tratamiento,

umentando la resistencia al cambio y el abandono del tratamiento, interfiriendo de manera importante en los programas de prevención de recaídas (Verheul & van der Brink, 2004; Gerstley et al., 1989; Blume, 1989; Beck., Wright, Newman, & Liese, 1993; Strand & Benjamin, 1997).

Además de interferir con la respuesta al tratamiento, los TP han demostrado generar mayores niveles de discapacidad, morbilidad y mortalidad que se asocian con un mayor riesgo de contraer tanto enfermedades infecciosas (p.ej. VIH), como enfermedades crónicas (p.ej. padecimientos cardiacos) (Daley & Moss, 2002). Algunos estudios sugieren que las personas con TP suelen desarrollar TCS a edades más tempranas, mostrar mayor severidad en la sintomatología adictiva y tener más problemas con el policonsumo de sustancias (Daley & Moss, 2002).

En cuanto a la etiología de la relación psicopatológica entre ambos trastornos, desde la psiquiatría se han desarrollado tres modelos principales:

Modelo trastornos de personalidad (TP) secundarios a TCS:

Este modelo postula que el consumo de sustancias de abuso contribuye al desarrollo de la patología de la personalidad. Algunos de los mecanismos que propone esta perspectiva están altamente relacionados con la hipótesis del aprendizaje social, sugiriendo que el consumo de sustancias suele darse en el contexto de grupos de pares que fomentan las conductas antisociales, las cuales son moldeadas y reforzadas por normas del grupo social (Bernstein & Handelsman, 1995). Este modelo aplica principalmente al TAP que, se hipotetiza, es secundario al consumo de sustancias, y está relacionado con el concepto de

‘psicopatía sintomática’ (Gerstley, Alterman, McLellan, & Woody, 1990) el cual marca una diferencia estructural en la personalidad entre estos sujetos llamados ‘psicópatas reales’.

Otro de los argumentos de este modelo sugiere que las sustancias alteran el comportamiento del individuo a través de sus efectos como agentes reforzadores o condicionantes, ligando factores externos e internos relacionados al consumo de sustancias de abuso (Verheul & van der Brink, 2004).

El tercer argumento plantea que el consumo crónico de sustancias de abuso, así como el síndrome de abstinencia, pueden alterar las características de personalidad a través de efectos directos en la química cerebral (hipótesis neurofarmacológica). Los cambios neuroadaptativos pueden generar afectaciones en los procesos cognitivos, afectivos y del comportamiento social (Verheul & van der Brink, 2004). Estudios con animales indican un decremento en la motivación y en los niveles de actividad cerebral subsecuentes al consumo de cocaína y opiáceos (Bernstein & Handelsman, 1995), así como efectos similares sobre la reducción del sistema inhibitorio y el incremento de la sensibilidad al dolor en el consumo crónico de alcohol (Pihl, Peterson, & Lau, 1993), los cuales podrían influir en la psicopatología de la personalidad.

Modelo de TCS secundarios a TP:

Este modelo originalmente plantea que las relaciones comórbidas entre los TCS y TP tiene su origen en rasgos de la personalidad de los sujetos que contribuyen al desarrollo de los TCS; una línea de investigación con una

concepción sintomática de la adicción, la cual, en el inicio del desarrollo del modelo identificaba una personalidad pre-adictiva única. Este enfoque fue descartado en la década de los 70, pues diversos estudios retrospectivos y prospectivos fallaron al intentar encontrar un único tipo de 'personalidad pre-adictiva' (Verheul & van der Brink, 2004).

Sin embargo, posteriormente se desarrollaron líneas de investigación 'no lineares' ni únicas, que proponían que más que un solo tipo de personalidad, existen diversos rasgos que varían en niveles o intensidad, los cuales pueden rastrearse desde los primeros años de la infancia, y parecen ser factores de riesgo para el desarrollo de algún TCS (Cloninger, Sigvardsson, & Bohman, 1998).

Por otro lado, este modelo se puede relacionar con la hipótesis de 'automedicación' (Khantzian, 1985), la cual plantea que el abuso de sustancias alivia el sufrimiento psicológico, así como que la elección de sustancia por parte del sujeto tiene cierto grado de especificidad psicofarmacológica que se relaciona con el tipo de sintomatología que padece.

Modelo de los factores comunes:

Por último, el modelo de factores comunes asume que tanto la patología de la personalidad como del consumo de sustancias, están ligados a un tercer factor independiente que contribuye al desarrollo de ambas problemáticas. Por ejemplo, algunas de las propuestas de factores etiológicos comunes mencionan que los TCS, TLP y TAP son trastornos del espectro del control de impulsos (Zanarini, 1993; Lacey & Evans, 1986).

Estos factores comunes podrían existir incluso antes del desarrollo de cualquiera de los trastornos, y esta asociación podría persistir durante periodos asintomáticos (por ejemplo, donde no hay consumo de sustancias). Es por eso que se ha asociado a factores genéticos predisponentes, así como traumas severos en la infancia. En cuanto a la heredabilidad genética, tanto los TCS (Goodwin, 1992), el TAP, el TLP y el trastorno esquizotípico de la personalidad, han mostrado tener determinantes genéticas (Dahl, 1993).

Por otro lado, un gran cuerpo de estudios indica que las experiencias traumáticas en la infancia (como abuso físico y sexual, haber sido testigo de violencia y negligencia por parte de los cuidadores), son factores de riesgo importantes para la aparición de síntomas psicopatológicos en la adultez (Felitti et al., 1998; Weiss, & Wagner, 1998; Foege, 1998). En el caso de las mujeres es aún más pronunciada esta relación; estudios indican que entre el 55% y el 99% de las mujeres con TCS y otros trastornos mentales, tienen historias de trauma a lo largo de la vida, y presentan mayor probabilidad de haber sido víctimas de violencia que las que tienen solamente una condición psicopatológica (Jennings, 1997; Miller, 1994; Najavits, Weiss, & Liese, 1996).

A pesar de que el enfoque categorial de la personalidad permite conocer la prevalencia de los trastornos mentales en la población, así como establecer asociaciones en grandes grupos de personas, algunos plantan que enfocarse en las dimensiones de la personalidad más que en diagnósticos psiquiátricos, podría brindar una comprensión más integral sobre la compleja relación entre los TCS y los TP de una forma menos reduccionista (Verheul & van der Brink, 2004).

2.2. Modelo psicobiológico de la personalidad

Modelos factoriales de la personalidad

Uno de los enfoques más utilizados para comprender la personalidad y estudiarla en grandes grupos de personas, son las teorías de los 'rasgos' (Sher, Bartholow, & Wood, 2000), los cuales se definen como 'factores disposicionales que determinan nuestra conducta regular y persistentemente' (Eysenck & Eysenck, 1985). Las teorías dimensionales (o factorialistas) proponen la existencia de factores de personalidad como dimensiones continuas, sobre las que pueden disponerse cuantitativamente las diferencias individuales (Mayor & Pinillos, 1989). Enfoques como el de los humores corporales, en el que una persona pertenece sólo a una categoría, se conocen como de 'tipos'. Sin embargo, con el tiempo los investigadores de la personalidad se fueron dando cuenta de que existen diferentes dimensiones (o rasgos) que co-existen en cada individuo y que juntos, conforman lo que conocemos como personalidad.

Debido a que existe un gran número de rasgos o características que pueden conformar a los individuos (Allport & Odbert, 1936), diversos investigadores comenzaron a examinar de forma estadística qué puntajes de rasgos tienden a correlacionarse, proponiendo a partir de ello un menor número de 'factores', que son más amplios y agrupan un gran número de rasgos. El concepto 'factor' comparte su nombre con el método estadístico que emplea: el análisis factorial, proceso basado en el concepto de correlación de variables. También la palabra 'dimensión' puede ser utilizada como sinónimo de factor. El concepto de

dimensionalidad implica fundamentalmente dos aspectos básicos según esta perspectiva: (a) existe un limitado número de dimensiones básicas de personalidad, y (b) tales dimensiones se distribuyen de manera normal en la población, formando un continuo en el que cualquier persona puede ser ubicada (Pelechano, 2000).

Un gran número de modelos se han desarrollado para especificar el número de dominios de la personalidad, proponiendo entre 3 y 7 factores.

Uno de los primeros y más representativos autores de los modelos factoriales-biológicos de la personalidad es Eysenck, quien desarrolló una teoría explicativa que surgió de la integración de la comprensión fisiológica y psicológica del individuo. Su modelo, llamado PEN (Psicoticismo, Extraversión y Neuroticismo) surgió en la década de los años 40. El análisis factorial que realizó dio como resultado la diferenciación de dos factores que serían el punto de partida del resto de las teorías de los rasgos: Extraversión y Neuroticismo, a las que posteriormente agregó la dimensión de Psicoticismo. Diversos autores trabajaron sobre esta teoría, ampliando el número de dimensiones, como Gray (1970), Crow (1977) y Stein (1978).

Dentro de este enfoque se encuentran los Modelos de los Cinco Grandes (p.ej., Costa & McCrae, 1992; Digman, 1990; Goldberg, 1990), los cuales comenzaron a gestarse desde la década de los 20, con los estudios de Galton, McDougall (1932), Thurstone (1934), Allport y Odbert (1936), y Catell (1943) entre otros. La premisa principal de estos modelos es que la mayor parte de los rasgos

de personalidad pueden ser abarcados por cinco grandes dimensiones, independientemente del lenguaje o la cultura a la que pertenezcan los individuos.

Este acercamiento léxico se llevó a cabo mediante una taxonomía de rasgos construida a partir del análisis factorial de datos lingüísticos de grandes números de sujetos, a los cuales se les pedía que en su lenguaje cotidiano, describieran la personalidad (Goldberg, 1982; Norman, 1963). Las dimensiones de Extraversión y Neuroticismo fueron identificadas y definidas por Wiggings (1968), la dimensión de Apertura a la Experiencia añadida por Costa y McCrae (1976), y hasta más tarde, la Amabilidad y Responsabilidad.

Una de las principales aportaciones de los modelos de los Cinco Grandes es que brindan una visión integrativa y comprensiva que facilita la comunicación entre investigadores, la exploración de las relaciones de personalidad y otros fenómenos en diferentes tamaños de muestra (De Raad & Perugini, 2002). A pesar de ello, también han se les ha criticado por la falta de un marco teórico que les sustente. Algunos de los instrumentos más destacados que se derivaron de este modelo son el NEO-PI-R (Inventario de Personalidad Neo Revisado de Costa & McCrae, 1992), los Marcadores de Goldberg (1992), el BFQ (Big Five Questionnaire de Caprara, Barbaranelli, Borgogni, & Perugini, 1993) y el FFPI (Five Factor Personality Inventory; De Raad, 2000).

Otro modelo que surgió más adelante, fue el Modelo de los Cinco Alternativos de Zuckerman, que un inicio tenía la 'búsqueda de las sensaciones' como única dimensión de estudio, y su herramienta psicométrica fue la Escala de

Búsqueda de Sensaciones (SSS por sus siglas en inglés). El modelo final (1993) propone también cinco dimensiones: Impulsividad-búsqueda de sensaciones no socializada, neuroticismo-ansiedad, agresión-hostilidad, actividad y sociabilidad. Uno de las aportaciones principales de este modelo, es que más adelante comenzó a establecer relaciones entre aspectos de la personalidad con diferentes sistemas de neurotransmisión. Más tarde se desarrolló el Cuestionario de la personalidad de Zuckerman-Kuhlman (1988 y 1991) y sus versiones abreviadas como el ZKPQ-50-CC (The Zuckerman–Kuhlman Personality Questionnaire; Zuckerman, 2002).

Modelo psicobiológico de Cloninger

El modelo psicobiológico de Cloninger comenzó a desarrollarse a partir del constructo de personalidad desarrollado por Allport y la definición de aprendizaje de Thorpe (Cloninger, Dragan, Svrakic, Thomas, & Przybeck, 1993). Allport (1937) define personalidad como la organización dinámica de aquellos sistemas psicobiológicos que determinan la adaptación individual al ambiente y a los cambios en este, mientras que Thorpe (1956) define aprendizaje como la organización de la conducta que resulta de la experiencia individual.

Cloninger plantea que las diferencias de personalidad entre los individuos tienen una base en los sistemas adaptativos involucrados en la recepción, procesamiento y almacenamiento de la información. Para explicar estos procesos, el autor menciona dos niveles de memoria basándose en estudios de primates (Bachevalier, 1990; Bachevalier, Brickson, Hagger, & Mishkin, 1990; Phillips,

Malamut, Bachevalier, & Mishkin, 1988), cada uno de los cuales tiene funciones y bases estructurales distintas (Cloninger et al., 1993; Dolcet i Serra, 2006):

a) *Memoria implícita*: También llamada memoria inconsciente o procedimental, se encarga del procesamiento de información pre-semántica y perceptual, que se relaciona con estructuras viso-espaciales concretas e información con valor afectivo. Este procesamiento perceptual puede operar independiente de las abstracciones conceptuales, intencionales o procesos declarativos. Estas operaciones pueden ejecutarse con muy poca intervención de la conciencia y se rigen por hábitos inconscientes, encontrando su sustrato biológico en el sistema cerebral córtico-estrial, que incluye principalmente las áreas sensoriales corticales, el núcleo caudado y el putamen (Mateos & De la Gangara, 2001).

b) *Memoria explícita*: Implica el recuerdo de experiencias personales identificables que se pueden recuperar conscientemente, verbalizar y actuar intencionalmente. Esta información puede representarse en palabras, imágenes y símbolos, pues está construida por significados explícitos y relaciones funcionales entre sí. La información conceptual parece procesarse y almacenarse en un sistema córtico-límbico-diencefálico, que incluye las siguientes estructuras cerebrales: las áreas sensoriales del córtex, la amígdala, el hipocampo, los núcleos medios del tálamo, el córtex vetromedial prefrontal y el cerebro basal anterior (Mateos & De la Gangara, 2001).

En síntesis, los recuerdos conscientes están basadas en conceptos, mientras que las memorias inconscientes están dirigidas por percepciones (Cloninger et al., 1993) y lo que parece diferenciar ambos sistemas es fundamentalmente la actuación del hipocampo (Dolcet i Serra, 2006). El procesamiento hipocampal y el almacenamiento en el córtex asociativo parecen ser esenciales para la consolidación de memorias explícitas que pueden recuperarse intencionalmente. En contraste, el procesamiento hipocampal no es necesario para retener memorias implícitas o inconscientes, que son recuperadas sin intervención de la conciencia (Squire & Zola-Morgan, 1991; Graf & Schacter, 1985; Zola-Morgan, Squire, & Amaral; 1986).

Dicha concepción de la memoria es consistente con teorías sobre el aprendizaje que distinguen entre el de tipo asociativo y el conceptual. El aprendizaje asociativo, tal como el condicionamiento operante de hábitos y respuestas emocionales, requiere de una experiencia perceptual directa de eventos, pero no de una recuperación consciente o reconocimiento de los factores que modifican el comportamiento (Gray, 1982). En contraste, el aprendizaje conceptual es consciente, abstracto, simbólico, como el aprendizaje verbal en el que la comunicación simbólica puede alterar las expectativas sobre el ambiente y comportamiento.

Ambos sistemas (asociativo y conceptual) interactúan a través de las dos grandes dimensiones de la personalidad: temperamento y carácter.

Primer momento del desarrollo del modelo: el temperamento

El modelo de Cloninger comenzó a desarrollarse en 1986, el cual, siguiendo con la escuela de los modelos factoriales que se mencionaron anteriormente, proponía un número limitado de dimensiones de la personalidad que se expresan de forma particular en cada individuo (Dolcet i Serra, 2006). Fue desarrollado en dos momentos principales; inicialmente estaba basado en una síntesis de estudios de gemelos y familiares, estudios psicométricos, estudios longitudinales del desarrollo, investigaciones neurofarmacológicas y neuroconductuales (Cloninger, 1987). El objetivo era superar las discrepancias entre los modelos comprensivos e integrar al estudio de la personalidad con los conocimientos adquiridos de diversas áreas de estudio pues, según Cloninger, la personalidad del ser humano y el tratamiento de su salud mental tienen un carácter complejo e inespecífico regido más por una comprensión dimensional que por una de naturaleza categorial (Cloninger, 1987).

El modelo original propuso tres dimensiones genéticamente independientes una de la otra que conformaban el temperamento, que se refiere a las respuestas emocionales automáticas y pre-conceptuales de estímulos perceptuales que el individuo presenta ante experiencias externas e internas. Las características del temperamento se consideran altamente heredables para este modelo y se manifiestan desde etapas tempranas del desarrollo del individuo y se mantienen relativamente estables a lo largo de la vida. Algunos estudios mencionan que la información genética parece explicar entre el 50% y el 60% de la variabilidad en

las dimensiones temperamentales (Heath, Cloninger, & Martin, 1994; Gillispie, Johnstone, Boyce, Heath, & Martin, 2001).

Las dimensiones del temperamento se expresan en el procesamiento de la información a través del sistema de memoria perceptual, aparentemente involucran vías de aprendizaje pre-conceptual o inconsciente, y se manifiestan principalmente en la emocionalidad del sujeto, en su vinculación social y en su dependencia a la aprobación de otros (Cloninger et al., 1993).

Para describirlo, Cloninger integró estudios neurobiológicos de la organización de circuitos cerebrales heredados y los diversos neurotransmisores, los cuales se hipotetiza que delimitan los rasgos. Esto derivó en el establecimiento los tres factores de personalidad, que son la base del modelo actual (Cloninger, 1987): Búsqueda de la Novedad (*Novelty Seeking*; NS), Evitación al Daño (*Harm Avoidance*; HA) y Dependencia a la Recompensa (*Reward Dependence*: RD).

Búsqueda de la novedad (Novelty Seeking; NS)

La NS es definida como una tendencia hacia la actividad exploratoria y una respuesta intensa hacia los estímulos novedosos o reforzantes, que conducen a una actividad exploratoria que evite el castigo, así como la monotonía (Ruiz Sánchez de León et al., 2010).

Los individuos que tienen un puntaje más alto de lo normal en esta dimensión son descritos como: impulsivos, exploratorios, volubles, excitables, irascibles y desordenados. En contraste, las personas con bajos niveles de NS se

caracterizan por ser más reflexivas, rígidas, leales, estoicas, ordenadas y persistentes.

Esta dimensión se ha relacionado con las vías de neurotransmisión dopaminérgicas, las cuales intervienen en la coordinación motora, el tono emocional, los mecanismos de recompensa cerebral y la motivación (Cloninger, 1987), planteamiento que tiene un apoyo empírico importante sobre dicha relación (Hansenne et al., 2002; Suhara et al., 2001; Wiesbieck et al., 1995).

Evitación al Daño (Harm Avoidance; HA)

La dimensión de HA es definida como la tendencia a responder intensamente a estímulos aversivos y sus señales condicionadas, facilitando el aprendizaje a inhibir conductas para evadir el castigo, la novedad y una omisión frustrante de las recompensas esperadas. El autor sugiere que las diferencias individuales en esta dimensión, reflejan una variación en la inhibición de la conducta de los sistemas cerebrales que regulan la evasión pasiva y la extinción de respuestas a señales condicionadas de castigo, novedad o frustración no gratificante (Cloninger, 1987).

Las personas con altos niveles de HA tienden a ser 'cuidadas, tensas, aprensivas, miedosas, inhibidas, penosas, fácilmente fatigables y tienen preocupaciones aprehensivas'; en contraste, las personas con bajos niveles de HA tienden a ser 'seguras, relajadas, optimistas, livianas, desinhibidas y enérgicas'. Esta dimensión está asociada con el sistema serotoninérgico de neurotransmisión, que está implicado principalmente en las respuestas de ansiedad, en la regulación

del estado de ánimo, sueño, agresión y apetito, entre otras. Cloninger conceptualizó esta dimensión como uno de los factores altamente asociados a las respuestas de ansiedad (Cloninger, 1987).

Dependencia a la Recompensa (Reward Dependence: RD)

La RD se refiere a las diferencias en la 'resistencia a la extinción de la conducta reforzada previamente' (Cloninger, 1987) y se puede explicar como la sensibilidad a las señales sociales, el malestar en relación con la separación y la dependencia a la aprobación de otros. Los individuos con altos puntajes en RD se describen como ambiciosos, sentimentales y persistentes, a diferencia de quienes tienen bajos puntajes, que se caracterizan como desvinculadas y tenaces (Cloninger, 1988).

Tanto esta dimensión como la de la persistencia (que se desarrolló más adelante y se mencionará a continuación) han sido asociadas hipotéticamente a la activación noradrenérgica (Comings et al., 2000), pudiendo estar implicada en la fijación de conductas reforzadas positivamente. Sin embargo existen evidencias empíricas contradictorias para dicho planteamiento sobre la relación neurobiológica (Curtin et al., 1997).

El primer instrumento desarrollado por Cloninger para medir estas tres subdimensiones (NS, HA y RD) fue el Cuestionario Tridimensional de la Personalidad (TPQ) (Cloninger, 1987; Cloninger, Przybeck & Svirakic, 1991), un instrumento autoaplicable de 100 ítems con respuesta de verdadero o falso.

Fue validado en poblaciones culturalmente diversas, (Lepine, Pelissolo, Teodorescum & Teherani, 1994; Le Bon, Staner, Tecco, & Puly Pelc, 1998; Takeuchi, Yoshino, Kato, Ono, & Kitamura, 1993), encontrando coeficientes bajos en la consistencia interna de la dimensión RD, lo cual explica parte de la evolución del modelo. También se realizaron diversos estudios exploratorios y confirmatorios de la estructura factorial del TPQ en diversas poblaciones, como gemelos (Waller et al., 1991), estudiantes universitarios (Earleywine et al., 1992), y alcohólicos en tratamiento residencial (Cannon et al., 1993).

La primera revisión y modificación al modelo tridimensional la hizo el mismo Cloninger, añadiendo una dimensión más al temperamento, la Persistencia (*Persistence*: PE), antes considerada una subdimensión de RD, lo cual incrementó la validez del modelo inicial de sólo tres dimensiones (Stallings, Hewitt, Cloninger, Heath, & Eaves, 1996).

Numerosos estudios empíricos que analizaron conjuntamente el TPQ y otros cuestionarios de personalidad, demostraron datos más consistentes considerando la PE como una dimensión de temperamento independiente (Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993; Stallings et al., 1996; Waller, Lilienfeld, Tellegen, & Lykken, 1991).

Persitencia (Persistence PE)

La PE es la cuarta dimensión del temperamento que se desprende de RD. Se asocia con rasgos como el nivel de perseverancia a la conducta a pesar de la fatiga y la frustración, nivel de perfeccionismo, resistencia al esfuerzo y trabajo. Al

igual que la dimensión de RD, esta dimensión podría estar regulada por las vías noradrenérgicas de neurotransmisión.

Personas con bajos niveles de PE presentarían baja perseverancia en la conducta como respuesta a la falta de éxito y ante la frustración, mientras que las personas con altos puntajes presentarían perseverancia en la conducta a pesar de la frustración y fatiga por conseguir su objetivo.

Segundo momento del desarrollo del modelo: el carácter

Además de agregar la dimensión de PE, la modificación más sustancial y significativa del modelo en este segundo momento de su desarrollo, fue la incorporación del carácter y sus tres dimensiones, llegando al modelo actual de siete factores.

El carácter proporciona una descripción del psiquismo del sujeto como una estructura de auto-conceptos y relaciones objetales que están modulados por el conocimiento de uno mismo y los propios procesos simbólicos (Cloninger et al., 1993).

El 'Insight' involucra la organización conceptual de la percepción, y se define como la aprehensión de relaciones, así como el desarrollo de nuevas respuestas adaptativas como resultado de la reorganización conceptual de la experiencia. Los seres humanos procesamos parte de la información que recibimos a través de los órganos perceptuales (*sensory inputs*), transformándolos a través de diversos procesos cognitivos a símbolos abstractos

o conceptos. Es así como el procesamiento estímulo-respuesta en los humanos, depende de los significados conceptuales (y perceptuales) a través de los cuales se interpretan los estímulos percibidos, tanto externos como internos (Martin, 1983). El carácter es definido en términos de las respuestas relacionadas a los diferentes conceptos del self (p.ej. '¿Qué y quiénes somos?' '¿Por qué estamos aquí?').

El carácter se desarrolla a través de las interacciones no lineales entre las características temperamentales del sujeto, el ambiente familiar y otras experiencias de vida, en términos de aprendizaje o reorganización de autoconceptos. Asimismo, se encuentra moderadamente influenciado por el aprendizaje sociocultural. Cloninger plantea que el carácter termina de madurar en la adultez, expresándose como las diferencias individuales en el establecimiento de relaciones interpersonales (Cloninger et al., 1993).

Entonces, desde esta perspectiva el desarrollo de la personalidad es visto como un proceso interactivo y epigenético en el que los factores hereditarios del temperamento inicialmente motivan el aprendizaje de autoconceptos; las respuestas inconscientes y automáticas para iniciar, mantener o detener una conducta están determinadas inicialmente por factores temperamentales. Sin embargo, estos pueden ser modificados y condicionados como resultado de cambios en la significancia y saliencia de los estímulos y experiencias que van construyendo la personalidad. De esta manera, el desarrollo del temperamento y el carácter se influyen constantemente, determinando los principios de la motivación (Coninger et al., 1993).

Las dimensiones del carácter se refieren a cómo la persona identifica su 'Self' como: (a) un individuo autónomo; (b) como parte de la sociedad o la humanidad; y (c) una parte integral de la unidad de todas las cosas o del universo. Entonces, las tres dimensiones del carácter son: (a) Autodirección (*Self-Directedness*; SD), (b) Cooperatividad (*Cooperativeness*; CO) y (c) Auto-trascendencia (*Self-Transcendence*; ST), y cada una de ellas interactúa para promover una adaptación a las experiencias de la vida.

Autodirección (Self-Directedness; SD)

La SD se refiere a la autodeterminación del individuo; la habilidad de controlar, regular y adaptar el propio comportamiento para ajustarse a la situación de acuerdo con las metas y valores individuales. Asimismo, considera la forma en que el sujeto se identifica a sí mismo de una forma integrada, como un individuo completo en vez de como un conjunto reactivo de impulsos. La SD está relacionada con una autoestima positiva en edades tempranas y esta, a su vez, con la presencia de padres capaces de mostrar un afecto consistente y de animar al niño a adquirir autonomía (Mateos & De la Gangara, 2001).

También se ha asociado esta dimensión con las funciones ejecutivas cerebrales (Tirapu et al., 2008), entre las que están los procesos cognitivos implicados en el procesamiento de información sobre la elección de objetivos, planificación, autocontrol y resolución de situaciones complejas, entre otros (Ruiz Sánchez de León et al., 2010).

Algunas características de esta sub-dimensión son la aceptación de la responsabilidad de las decisiones personales en vez de culpar a otras personas o a las circunstancias, la identificación de las propias metas y propósitos, el desarrollo de habilidades y confianza para resolver problemas, la autoaceptación y congruencia. Personas con bajos puntajes en esta área presentan mayores sentimientos de inferioridad, baja autoestima, falta de responsabilidad sobre sus propias problemáticas, dudas constantes sobre su identidad o sus deseos, reactividad y pocos recursos emocionales, inmadurez y ciertas características infantiles (Dolcet i Serra, 2006). Personas con altos puntajes mostrarían una mayor madurez, organización y autoestima, así como una mayor capacidad de admitir sus faltas y aceptarse como son, sentimientos de que su vida tiene un propósito, capacidad de demorar su satisfacción para lograr sus metas y la presencia de una mayor iniciativa (Cloninger et al., 1993). Según un estudio realizado por Cloninger y sus colegas, esta sub-dimensión es el mayor determinante de la presencia o ausencia de un TP (Svrakic, Whitehead, Przybeck, & Cloninger, 1993).

Cooperatividad (Cooperativeness; CO)

Esta dimensión del carácter, está relacionada a la forma en la que el sujeto se identifica a sí mismo como parte de la sociedad, refiriéndose a las diferencias individuales en la identificación y aceptación de otras personas, en aspectos como la vinculación, la cooperatividad, tolerancia, empatía, altruismo, conciencia y caridad. En el otro extremo, tenemos características como la agresión y la

hostilidad. Bajos puntajes en esta dimensión también se relacionan con TP (Svrakic, Whitehead, Przybeck, & Cloninger, 1993).

Las personas con altos niveles de CO se definen como socialmente tolerantes, empáticas, compasivas y dispuestas a ayudar a otros. En contraste, quienes presentan puntajes bajos, muestran tendencias a la intolerancia social, desinterés por los otros, siendo personas vengativas y sin intenciones de ayudar a otras personas, con una tendencia de mirar a los demás como hostiles y extraños (Cloninger et al., 1993).

Algunos autores plantean que existe similitud entre este concepto y la formulación de Wellman (1990) sobre la teoría de la mente, uno de los procesos cognitivos y emocionales relacionados con los lóbulos frontales (Tirapu et al., 2007). Se han realizado estudios que vinculan la cooperatividad y la conciencia por los otros con una mayor activación en el funcionamiento de la corteza prefrontal y orbitofrontal (Decety et al, 2004; Rilling et al., 2007), probablemente asociada a la espera de recompensa social (McCabe et al., 2001). Otros han estudiado la relación entre el funcionamiento ejecutivo y la empatía, asociándose los déficits en el primero a un bajo nivel de empatía emocional y una dificultad para la toma de perspectivas (Spinella, 2005; Ruiz Sánchez de León et al., 2010).

Auto-trascendencia (Self-Trascendence; ST)

La ST es la tercera y última dimensión del carácter (Svrakic, Whitehead, Przybeck, & Cloninger, 1993), y se refiere a un orden aún más extenso, que involucra la identificación de cada individuo con el todo del cual procede y del que

es parte; un estado de 'conciencia de unidad' que trasciende la individualidad, involucra la aceptación, identificación o unión con la naturaleza y su origen.

Para el desarrollo de esta dimensión, Cloninger se basó en descripciones de las historias de vida de los místicos y en las enseñanzas de la psicología transpersonal, sin embargo, no ha sido lo suficientemente estudiada. Sin embargo, algunos plantean que como esta dimensión se relaciona a la creatividad, la imaginación y la capacidad de aceptar la ambigüedad y la incertidumbre, podría asociarse a la flexibilidad para generar hipótesis alternativas en un entorno cambiante, guardando relación con el concepto de 'flexibilidad cognitiva' (Ruiz Sánchez de León et al., 2010).

En las figuras 1, 2 y 3, se presentan las dimensiones tanto del temperamento como del carácter que considera el ITC-R.

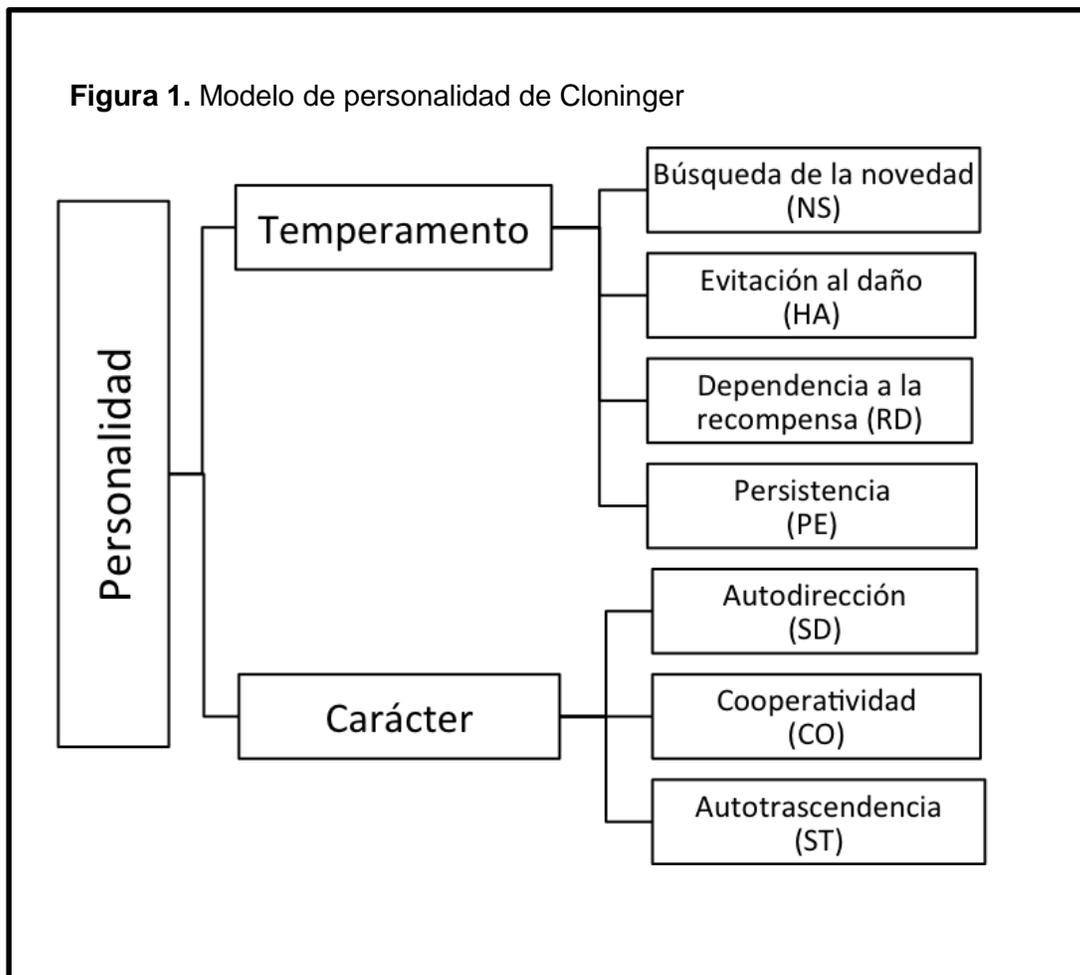


Figura 2. Dimensiones del temperamento y sistemas neurobiológicos asociados.

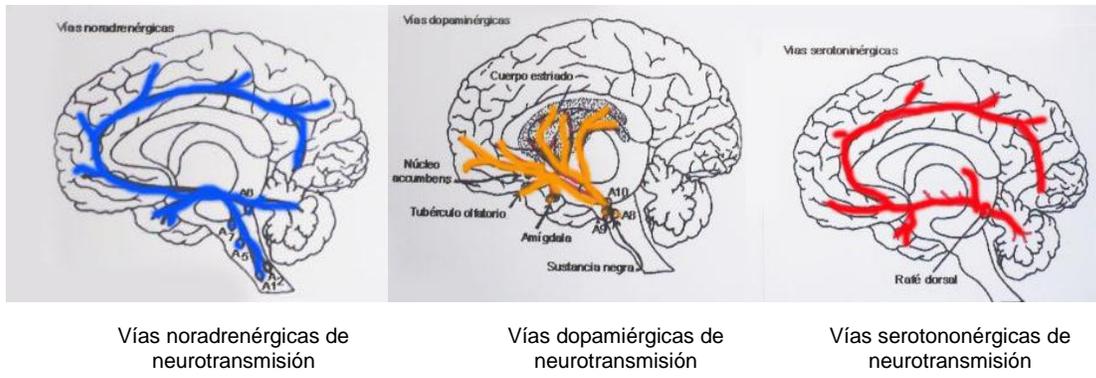
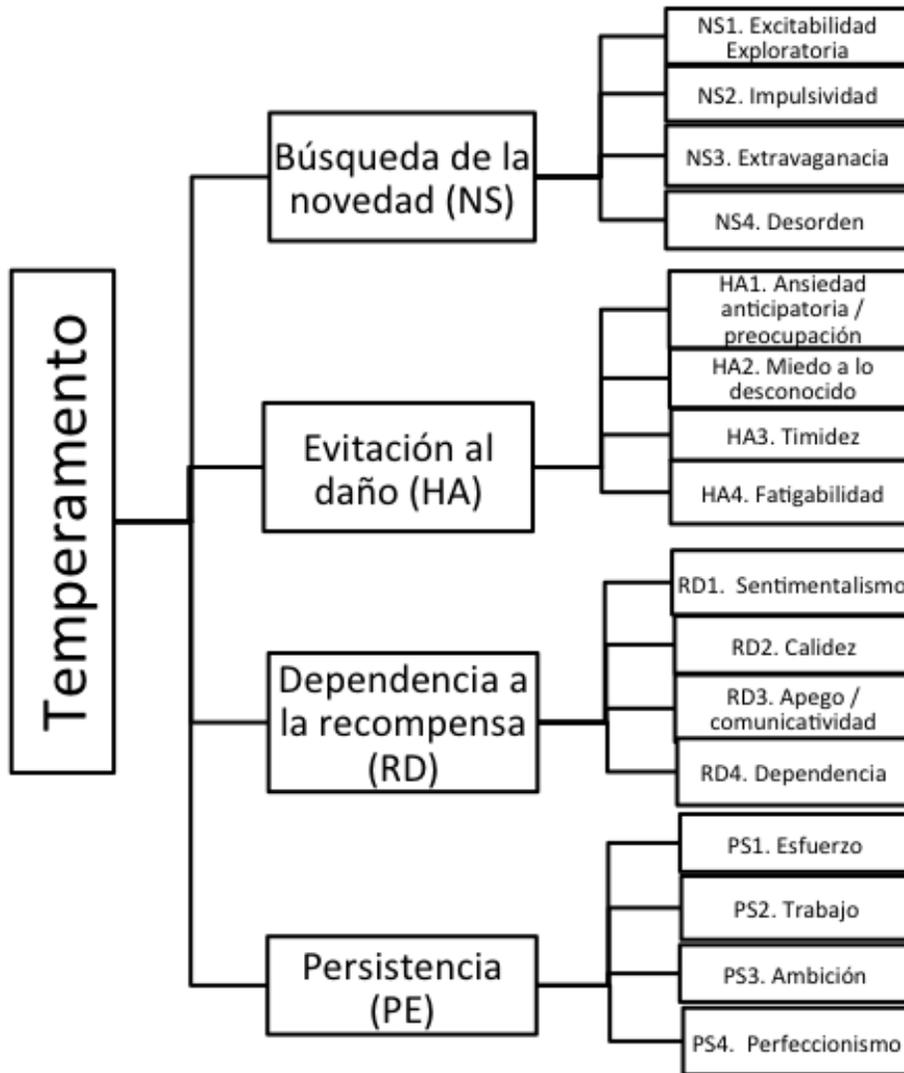
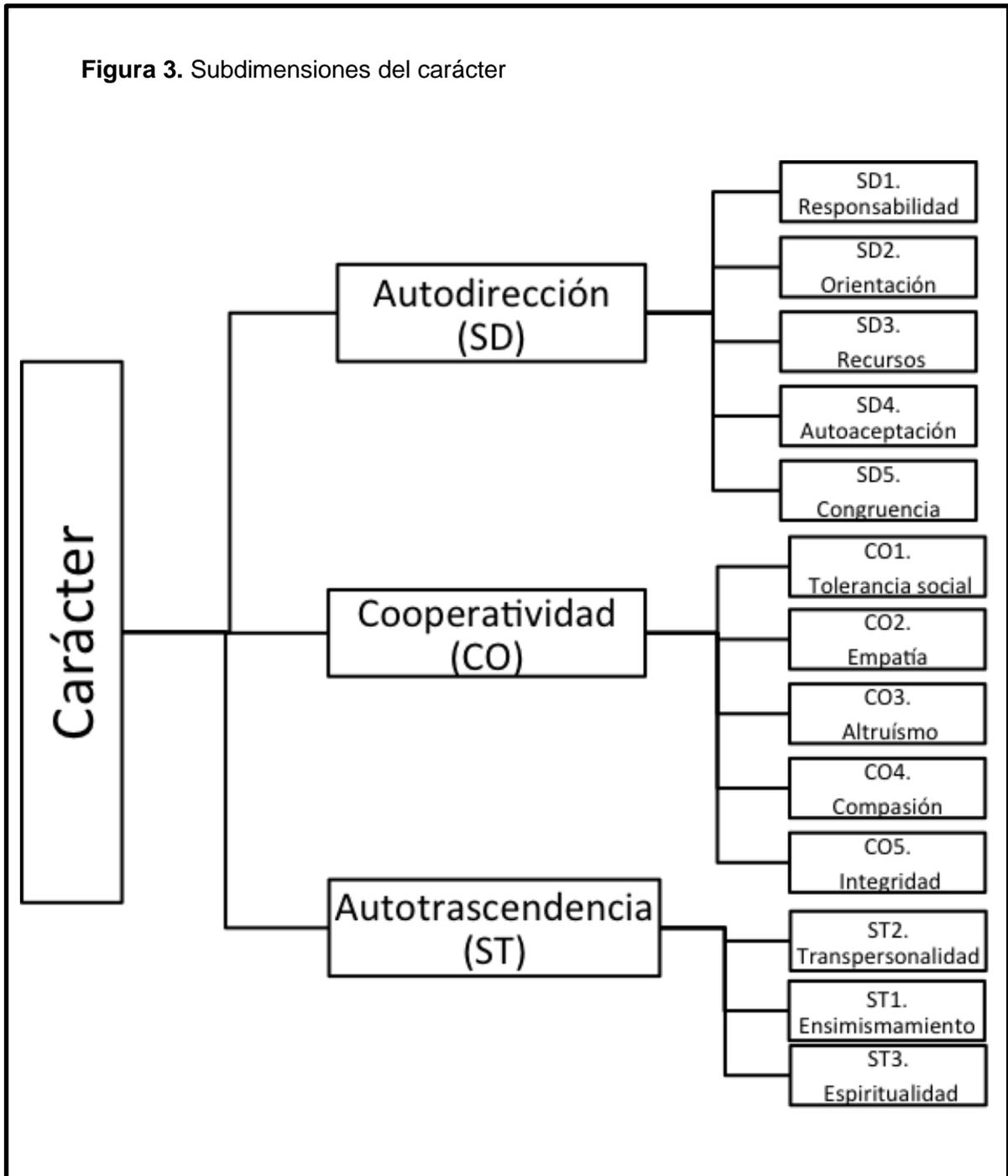


Figura 3. Subdimensiones del carácter



Inventario de Temperamento y Carácter (ITC)

La primera aproximación psicométrica al modelo de los siete factores de la personalidad de Cloninger, fue el 'Inventario de Temperamento y Carácter' (ITC), que originalmente se componía de 240 ítems de respuesta verdadero o falso (Cloninger et al., 1993), cuya versión revisada fue publicada en 1999 con el nombre de 'Inventario de Temperamento y Carácter Revisado (ITC-R)'.

El ITC-R también contiene 240 reactivos pero se modificaron 51, entre ellos 5 de validez. Este instrumento ha sido validado en varios idiomas y en poblaciones culturalmente diversas, y se ha utilizado en estudios que se enfocan en conocer las características de personalidad de los consumidores de sustancias de abuso.

En 2011 se realizó un estudio en población general de la Ciudad de México para analizar sus propiedades psicométricas del ITC-R de acuerdo a parámetros de sexo y edad (Fresán, Robles-García, López-Ávila, & Cloninger, 2011). Los resultados de dicho estudio son los que se utilizan en el presente trabajo para realizar la comparación con la población de consumidores de sustancias.

2.3. Modelo psicobiológico de Cloninger y TCS

Tanto el TPQ como posteriormente el ITC y el ITC-R, han sido instrumentos muy utilizados para estudiar las características de personalidad de los consumidores de sustancias de abuso. Incluso el mismo Cloninger (1987) aplicó su modelo original al estudio de los trastornos por consumo de alcohol, mencionando que las personalidades normales y patológicas comparten una estructura tridimensional, pero los individuos con TCS y TP tienen variaciones en los puntajes de cada una de las dimensiones (Owen, Kivlahan, & Walker, 1997).

Aunque existen estudios que analizan la relación entre los puntajes obtenidos en cada una de las dimensiones del ITC con la sustancia de preferencia (Le Bon et al., 2004), uno de los hallazgos más consistentes es que la dimensión de NS es un factor de riesgo general para desarrollar algún TCS independientemente de la sustancia de preferencia. Este hallazgo se derivó de diversos estudios en los que las personas con TCS muestran puntajes más altos en esta dimensión que los grupos controles o la población general (Pomerleau et al., 1992; Vukov et al., 1995; Pedrero-Pérez & Rojo-Mota, 2008; Milivojevic et al., 2012).

Lo anterior refuerza el planteamiento teórico realizado por Cloninger en cuanto a la conceptualización de las dimensiones, pues como se mencionó anteriormente, la dopamina, además de estar asociada al NS, es a su vez el neurotransmisor que más se ha asociado con el consumo de sustancias (Volkow, et al., 2007; Blum et al., 2012).

Algunos estudios, han llegado a concluir que altas puntuaciones en NS podrían tener un valor predictivo en diversas variables relacionadas a los TCS, como lo son (Mateos-Agut & Mateos-Agut, 2005):

- Inicio precoz del consumo, con alta probabilidad de aparición de problemas conductuales (Cloninger, Sigvardsson, Svrakic, & Przybeck, 1995).
- Mala evolución (recaídas frecuentes) en el tratamiento (Cloninger, et al. 1995; Fallgatter, Weijers, Wiesbeck, Boening, & Strik, 1998), que también pudo ser observada en una población de mujeres alcohólicas (Kitamura et al., 1999).

- Conductas antisociales, asociadas a altos índices de criminalidad en alcohólicos (Cloninger, et al. 1995; Howard, Kivlahan & Walker, 1997).

Un estudio realizado en España (Pedrero-Pérez & Rojo-Mota, 2007), cuyo objetivo era explorar las diferencias de rasgos de personalidad entre consumidores de sustancias en tratamiento y un grupo control (n=110), además de evidenciar mayores puntajes en NS, mostró que las personas con TCS tuvieron puntajes menores de SD.

Un estudio similar sujetos adictos a diversas sustancias (n=316), en el que se utilizó el ITC-R (Pedrero, 2006), encontró diferencias significativas con la población normativa en todas las dimensiones del cuestionario, salvo en RD, observándose que los adictos puntuaron más alto en NS, HA y ST, y menos en PS, SD y CO. Bajos puntajes en la dimensión de PE se han señalado como un predictor de recaídas (Sellman, Mulder, Sullivan, & Joyce, 1997).

Entre los estudios longitudinales y transversales realizados con el TPQ en sujetos con TCS, se encuentra un estudio que examinó la relación de las características de personalidad de niños adoptados con su abuso de alcohol en la adultez. Los resultados apuntaron a que los sujetos que marcaron bajos puntajes de HA y RD y altos puntajes de NS, registraron un mayor consumo de sustancias a la edad de 27 años que quienes no presentaron este perfil de personalidad (Cloninger et al., 1988).

Otro estudio realizado en mujeres estudiantes de séptimo y octavo grado, fue consistente al mostrar que las estudiantes con niveles más altos de NS y más bajos de HA y RD, presentaban un mayor consumo de sustancias (Willis et al., 1994).

3. MÉTODO

3.1. Objetivos

Objetivo general

Conocer las características de temperamento y carácter en consumidores de sustancias de abuso acorde al modelo de Cloninger.

Objetivos específicos

- Conocer la confiabilidad de cada una de las sub-dimensiones ITC-R en población con TCS.
- Conocer si existen diferencias significativas de temperamento y carácter en las personas con TCS en comparación con la población general.

3.2. Hipótesis

- Los sujetos con TCS obtendrán puntajes más altos en la dimensión NS.
- Los sujetos con TCS obtendrán puntajes más altos en la dimensión HA.
- Los sujetos con TCS obtendrán puntajes más bajos en la dimensión SD.
- Los sujetos con TCS obtendrán puntajes más bajos en la dimensión CO.

3.3. Diseño del estudio

El presente trabajo es un análisis secundario del protocolo *REC-INPRFM: 003*, realizado por la Red de Ensayos Clínicos en Adicciones y Salud Mental del Instituto Nacional de Psiquiatría 'Ramón de la Fuente Muñiz' (REC-INPRFM), mismo que presentó un diseño descriptivo, analítico, multisede y no probabilístico.

El levantamiento del campo se llevó a cabo entre marzo y diciembre del 2013. Este estudio tuvo por objetivo medir las prevalencias de trastornos mentales

y otras características clínicas en una muestra de consumidores de sustancias de abuso que se encontraban recibiendo tratamiento residencial en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones (CRAMAA).

Asimismo como parte de la estrategia analítica y con autorización de los investigadores, se tomaron datos del estudio para la Validación del Inventario de Temperamento y Carácter versión revisada (ITC-R) desarrollado por Fresán et al., 2011.

3.4 Sedes

Debido a que esta investigación se realizó dentro del esquema de colaboración de la REC-INPRFM, se trabajó con cinco Consejos Estatales Contra las Adicciones (CECA) del Distrito Federal, Estado de México, Puebla, Hidalgo y Querétaro, quienes se encargaron de establecer contacto con los centros de tratamiento que cumplían con los criterios necesarios para participar en el estudio. Se conformaron equipos de campo de cada uno de los estados participantes, en los cuales participaron clínicos (psicólogos, psiquiatras, médicos generales y trabajadores sociales) con experiencia en el campo de las adicciones, los cuales se entrenaron previamente por parte del equipo de expertos en la UEC-INPRFM y se certificaron en los procedimientos del estudio.

Asimismo, se asignó un supervisor de campo (miembro de la UEC-INPRFM) por cada equipo, que se encargó de supervisar y brindar el apoyo necesario al personal de campo durante los meses en los que se realizó el levantamiento de la información. Se recogieron datos de 30 CRAMAA – también conocidos como ‘anexos’ – en los cinco estados participantes. Debido a la

complejidad y heterogeneidad de estos centros de tratamiento (Marín-Navarrete et al., 2013) solamente se consideraron elegibles los cuales cumplieran o se encontraran en proceso de certificarse bajo la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, que contaran con instalaciones suficientes para realizar las actividades de trabajo de campo de manera segura, que tuvieran entre su población de internos predominantemente a personas que cumplieran con los criterios de inclusión relacionados con la edad y motivo de tratamiento.

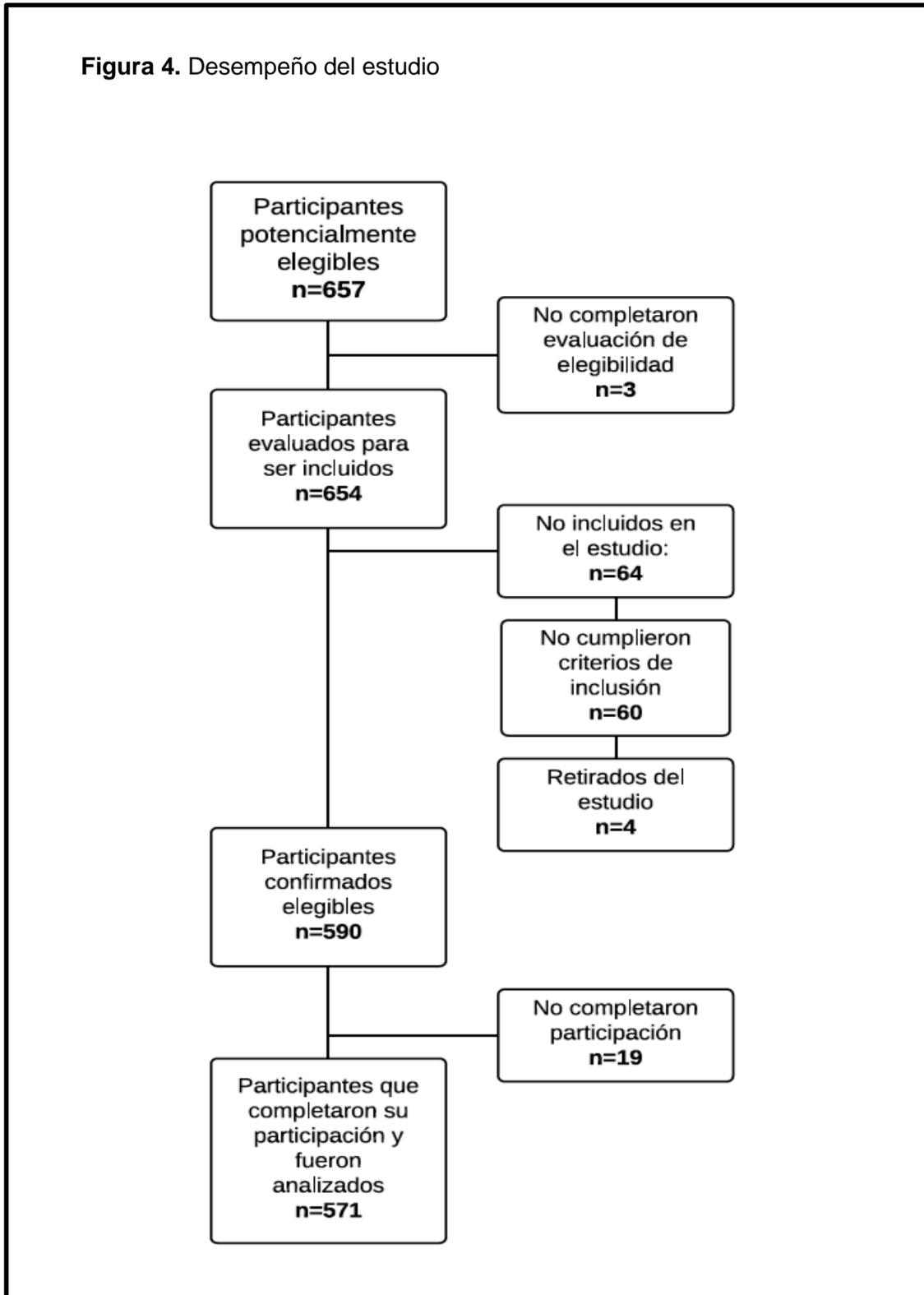
3.5 Participantes

Se reclutó un total de 657 sujetos que se encontraban recibiendo atención en los 30 CRAMAA, que tuvieran entre 18 y 60 años de edad y que estuvieran recibiendo tratamiento por algún TCS (excepto trastorno por consumo de nicotina). Debido a que la población de estos centros presenta una prevalencia importante de comorbilidades psiquiátricas (Marín-Navarrete et al., 2013), como parte de los procedimientos de levantamiento de información, se aplicaron instrumentos de tamizaje para determinar la elegibilidad de los participantes:

- Mini-Examen Cognoscitivo de 30 ítems (MEC-30) –Para evaluar un posible deterioro cognitivo (Folstein, Folstein, & Mc Hugh, 1975; Lobo et al., 1989).
- Mini Internacional Neuropsychiatrical Evaluation (M.I.N.I. Plus) – Para explorar la presencia o ausencia de trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y el ICD-10. (Sheehan et al., 1998; Ferrando et al; 2000). No se consideraron elegibles los participantes que presentaran un episodio psicótico, maniaco o hipomaniaco actual.

Adicionalmente se aplicó a todos los participantes un cuestionario de información demográfica creado ex profeso para este estudio que incluía: patrón regular de consumo, principal sustancia de consumo, historial de tratamientos previos, patrón de empleo, edad, sexo, estado civil y tiempo en internamiento, entre otros. Un total de 571 participantes completaron su participación y sus datos fueron tomados para el presente estudio. En la Figura 4, se puede ver un diagrama con el desempeño del estudio.

Figura 4. Desempeño del estudio



3.6. Definición de las principales variables de estudio

- **V₁ - Variables sociodemográficas:** Las variables sociodemográficas tomadas para el presente análisis son; edad, sexo y nivel educativo.
- **V₂- Consumo de sustancias:** Se refiere al uso de sustancias psicoactivas por lo menos alguna vez en la vida.
- **V₃- Sustancia de impacto:** Principal sustancia de consumo reportada por el usuario, la cual suele ser la que le causa más problemas y por la cual asiste a tratamiento.
- **V₄- Edad de inicio de consumo:** Se refiere al primer consumo de la sustancia psicoactiva en la vida del usuario (aunque no necesariamente haya desarrollado un TCS por esa sustancia específica). Se consideran las edades de inicio de consumo de cada una de las sustancias reportadas como 'consumidas alguna vez en la vida' por cada uno de los usuarios.
- **Personalidad:** El modelo psicobiológico de Cloninger (1993) integra el sustrato biológico de la personalidad con el desarrollo producido por la experiencia y el aprendizaje socio-cultural, proponiendo que es la interacción entre estos sistemas lo que da como resultado diferentes patrones de conducta e interacción. Para el autor, la estructura y desarrollo de la personalidad está conceptualizada en dos grandes dimensiones: temperamento y carácter, las cuales se dividen en cuatro y tres sub-dimensiones que se explicarán a continuación:

- **Temperamento:** Dimensiones asociadas con diferentes subsistemas neurofisiológicos de transmisión independientes y altamente heredables, que manifiestan precozmente en la vida, manteniéndose relativamente estables. Implica las respuestas automáticas a estímulos emocionales, incluyendo aprendizajes pre conceptuales o inclinaciones inconscientes, determinando hábitos, emociones o reacciones automáticas a las experiencias y estímulos. Las cuatro dimensiones que lo componen son; Búsqueda de la Novedad (NS), Evitación al daño (HA), Dependencia a la recompensa (RD) y Persistencia (PS).
 - **V5.- Búsqueda de la novedad (NS):** Sub-dimensión del temperamento que determina el inicio o activación de comportamientos, la exploración en respuesta a una novedad y la toma de decisiones de manera impulsiva.
 - **V6.- Evitación al daño (HA):** Sub-dimensión del temperamento que se define como la tendencia a responder de forma intensa a las señales de un estímulo aversivo, incrementando la inhibición de la conducta y la evitación al castigo y la novedad.
 - **V7.- Dependencia a la recompensa (RD):** Dimensión del temperamento que media la tendencia a responder de forma intensa a señales de recompensa; relaciones sociales cálidas, malestar frente a la separación social, necesidad de

vinculación social, dependencia a la aprobación de otras personas y sensibilidad hacia las señales sociales.

- **V₈- Persistencia:** Dimensión del temperamento que se relaciona al mantenimiento de una conducta a pesar de la frustración y la fatiga que genere.
- **Carácter:** Se refiere a la segunda dimensión de la personalidad que compone el modelo de Cloninger, la cual proporciona una descripción del psiquismo del sujeto como una estructura de auto-conceptos, símbolos y relaciones objetales que están modulados por el conocimiento de uno mismo. Estos autoconceptos influyen en intenciones y actitudes, se da a través de la conciencia (intencionalidad) y se produce por la socialización. Se divide en tres sub-dimensiones: Autodirección (SD), Cooperatividad (CO) y Autotranscendencia (ST):
 - **V₉- Autodirección (SD):** Dimensión que se refiere a la autodeterminación, autoestima y la capacidad del individuo para controlar, regular y adaptar su conducta a una situación de acuerdo a valores y metas personales.
 - **V₁₀- Cooperatividad (CO):** Dimensión que refleja las diferencias individuales en términos de la aceptación de otros y evalúa aspectos relacionados principalmente con la empatía, la agresión y la hostilidad.
 - **V₁₁- Auto-transcendencia (ST):** Dimensión que hace referencia a la identificación personal del sujeto como parte

integral de la unidad de todas las cosas (como el universo, un 'todo' del que interdependientemente, somos parte). Agrupa características de espiritualidad, misticismo, pensamiento mágico y religioso.

3.7. Análisis estadísticos

La descripción de las características demográficas, de consumo y de personalidad de la muestra se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y con medias y desviaciones estándar (DE) para las variables continuas.

Para evaluar la consistencia interna del ITC-R en la muestra de pacientes con TCS se utilizó el alfa de Cronbach en cada una de las subdimensiones de la personalidad.

Para el análisis comparativo de población general con población clínica se se realizó una t de student entre las puntuaciones medias de las dimensiones de temperamento y carácter entre los sujetos de ambas muestras. Se estableció como nivel de significancia estadística una $p < 0.05$.

Los presentes análisis, se realizaron en el software estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versión 22.

3.8. Consideraciones éticas

Todos los procedimientos del estudio se llevaron a cabo en conformidad con lo establecido en el Código de Ética y Conducta del INPRFM (emitido en el marco de Código de Ética de los Servidores Públicos), el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (título quinto), y la

Ley de los Institutos Nacionales de Salud (en el apartado que define todo lo concerniente en materia de investigación: título tercero, capítulo primero, artículos 37-50).

Los documentos de protocolo, de consentimiento informado y todos los instrumentos de evaluación que se aplicaron a los participantes fueron aprobados por la Comisión de Ética y el Comité de Investigación del INPRFM antes de iniciar el estudio.

Como estándar de procedimiento ético se solicitó que todos los participantes otorgaran su consentimiento informado voluntario para su inclusión en el estudio

Adicionalmente y por la naturaleza de la población y la intervención, se implementó un procedimiento de notificación y referencia para los casos que requirieran atención médica psiquiátrica de urgencia, mediante la emisión de cartas de recomendación con datos sobre los centros especializados en salud mental de la región para la atención del cuadro clínico.

4. RESULTADOS

4.1. Características demográficas

Se reclutó un total de 657 participantes que recibían tratamiento en CRAMAA de los cinco estados de la República Mexicana, de los cuales 571 concluyeron su participación y cuyos datos se incluyeron en los análisis. Como se puede ver en la Tabla 1, 503 sujetos (88.1%) fueron hombres y 68 mujeres (11.9%). La mayor parte de la población completó hasta el nivel educativo de secundaria (45%), seguido por el nivel técnico, bachillerato o preparatoria (28%), primaria (14.9%), licenciatura (8.4%), ningún nivel completado (2.3%) y posgrado (1.1%). En cuanto a su estado civil, la mayoría nunca se ha casado (52.4%), seguido por quienes viven con su pareja o en unión libre (16.3%).

Tabla 1
Características demográficas

	Frecuencia n=571	Porcentaje %
Género		
Hombre	503	88.1
Mujer	68	11.9
Educación		
Ningún nivel completado	13	2.3
Primaria	85	14.9
Secundaria	257	45.0
Técnico / Bachillerato / Preparatoria	162	28.4
Licenciatura	48	8.4
Posgrado	6	1.1
Estado civil		
Legalmente casado	77	13.5
Viudo	3	.5
Divorciado	24	4.2
Unión libre/viviendo con su pareja	93	16.3
Separado	75	13.1
Nunca se ha casado	299	52.4

4.2. Consumo de sustancias

Como se muestra en la Tabla 2, además del tabaco (93.2%), el alcohol (93.2%), el cannabis (78.8%), la cocaína (74.3%) y los inhalables (47.6%) fueron las sustancias más consumidas por los participantes. En la Tabla 3 se puede ver que la principal sustancia de impacto en esta población fue el alcohol (45.5%), seguida por la cocaína (20.5%), los inhalables (12.1%) y el cannabis (11.2%). En cuanto a las edades de inicio de consumo que se muestran en la Tabla 4, las medias de edad más bajas fueron las de inicio de consumo de tabaco (14.95), alcohol (14.48), cannabis (16.86) e inhalables (17.36).

Tabla 2
Consumo de sustancias alguna vez en la vida

Sustancia	Frecuencia n=571	Porcentaje %
Tabaco	532	93.2
Alcohol	532	93.2
Cannabis	450	78.8
Cocaína	424	74.3
Inhalables	272	47.6
Metadona ^a	15	2.6
Opiáceos	33	5.8
Tranquilizantes	209	36.6
Estimulantes anfetamínicos	202	35.4
Alucinógenos ^a	183	32.0
Heroína	67	11.7

^a Valor perdido =1

Tabla 3
Principal sustancia de consumo / sustancia de impacto

Sustancia	Frecuencia n=569 ^a	Porcentaje %
Alcohol	260	45.5
Heroína, opio	13	2.3
Otros opiáceos analgésicos	4	.7
Tranquilizantes	9	1.6
Cocaína	117	20.5
Estimulantes de tipo anfetamínico	28	4.9
Cannabis	64	11.2
Alucinógenos	5	.9
Inhalables	69	12.1
Total	569	99.6

^a Valores perdidos n=2

Tabla 4
Edad de inicio de consumo por sustancia

	n	Mínimo	Máximo	Media	DE
Edad	571	18	60	30.42	10.926
Edad de inicio de consumo					
Alcohol	532	5	40	14.48	3.991
Heroína	67	11	37	19.81	5.185
Metadona	15	16	42	22.93	7.914
Opiáceos	33	14	38	20.79	5.555
Tranquilizantes	209	7	51	20.24	6.794
Cocaína	424	10	47	19.75	5.734
Estimulantes	202	9	42	19.78	5.181
Mariguana	450	6	43	16.86	4.908
Alucinógenos	183	9	44	19.11	4.706
Inhalables	272	8	46	17.36	5.759
Tabaco	532	6	41	14.95	4.252

4.3. Confiabilidad del ITC-R en una muestra de personas con TCS

Después de presentar la descripción de las características demográficas de la muestra y su consumo de sustancias, en la Tabla 5 se presentan los resultados sobre la confiabilidad del ITC-R en esta población.

En términos generales la consistencia interna de cada una de las subescalas osciló entre $\alpha = .742$ y $\alpha = .883$., lo cual evidencia una confiabilidad adecuada del instrumento en esta población específica.

Tabla 5

Confiabilidad de cada sub-escala del ITC-R en población de consumidores de sustancias de abuso

Sub-escala	Consistencia interna	
	Número de ítems	Alfa de Cronbach
Temperamento		
NS	35	.785
HA	33	.830
RD	30	.742
PE	35	.883
Carácter		
SD	40	.875
CO	36	.869
ST	26	.824

4.4. Comparación de las características de personalidad entre la población general y las personas con TCS

Como se ha mencionado anteriormente, el ITC-R fue validado en población mexicana por Fresán et al. 2011, a través de un estudio no probabilístico que incluyó un total de 2,076 adultos; la muestra estuvo conformada por 1,017 (49%) hombres y 1,059 mujeres (51%), que tenían entre 18 y 59 años de edad. La muestra se compuso de la siguiente manera: 64% tenían empleo, 18.6% eran estudiantes y 13.2% se dedicaban a labores del hogar. En cuanto al nivel de estudios, el 24.4% completó hasta la secundaria, 34.4% hasta la preparatoria y 34.4% contaba con una licenciatura o posgrado. Los resultados de dicho estudio indican buenos niveles de confiabilidad, pues todas las dimensiones obtuvieron un $\alpha > .8$ y fue consistente con estudios internacionales en los que los sujetos más jóvenes presentaron mayores puntajes de NS, mientras que la SD y la CO incrementaron con la edad (Fresán, Robles-García, López-Ávila, & Cloninger, 2011).

Al comparar la puntuación media de cada una de las sub-escalas del ITC-R entre población general y personas con algún TCS, se obtuvieron los puntajes descritos en la Tabla 6. Como se puede observar, existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de ambos grupos en casi todas las sub-dimensiones del temperamento.

Los consumidores de sustancias presentaron puntajes más elevados de NS y HA, y puntajes más bajos de RD y PE. En cuanto a las dimensiones del carácter,

SD y CO mostraron puntajes más bajos que la población general, mientras que en ST mostraron puntajes más altos.

Tabla 6

Diferencias de personalidad entre población general y población con TCS según el ITC-R
Población general y población con TCS

	Pob. Gral n=2076 Media (DE)	TCS n=570 Media (DE)	Diferencias estadísticas
Temperamento			
NS	100.17(13.84)	110.81 (13.92)	t(570)= 18.39*
HA	86.55 (15.82)	90.70 (16.45)	t(570)= 6.10*
RD	97.65 (12.99)	93.61 (12.76)	t(570)= -7.46*
PE	125.68 (16.86)	123.59 (18.45)	t(570)= -2.60*
Carácter			
SD	148.16 (19.87)	127.94(20.97)	t(570)= -22.97*
CO	131.32 (17.04)	118.86 (19.27)	t(570)= -15.428
ST	75.91 (14.38)	80.8 (14.51)	t(570)= 8.059

* p <.05

4.5. Diferencias de personalidad en población con TCS según la sustancia de impacto

Independientemente de que el grupo con TCS muestra diferencias en casi todas las subdimensiones de la personalidad con la población general (independientemente de las sustancia de impacto), es interesante notar diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de consumidores dependiendo de la sustancia de impacto, las cuales se pueden observar en la Tabla 7.

Para realizar los análisis de comparación por grupos de consumidores, se tomaron solamente los sujetos cuya sustancia de impacto fuera: alcohol, cocaína, cannabis e inhalantes, debido a que fueron las más prevalentes.

Algunos de los hallazgos más importantes en dichos análisis, son que los consumidores de sustancias estimulantes, en este caso la cocaína, presentan puntajes más elevados de NS, así que como que los consumidores de alcohol e inhalantes (sustancias depresoras del SNC) muestran puntajes más altos de HA que el resto de los consumidores. Por otro lado, los consumidores de alcohol muestran puntajes más altos de RD.

En cuanto al carácter, los consumidores del alcohol y cannabis muestran puntajes más elevados de SD, así como de CO. En cuanto a ST, los consumidores de cannabis presentan los puntajes más altos que el resto de los usuarios de sustancias de abuso.

Tabla 7
Diferencias de personalidad en población con TCS según la sustancia de impacto

Dimensión del ITC-R	Alcohol n=260 Media (DE)	Cocaína n=117 Media (DE)	Cannabis n=64 Media (DE)	Inhalantes n=69 Media (DE)	Diferencias estadísticas
Temperamento					
NS	107.7 (13.7)	114.5 (13.2)	112.5 (15.0)	111.6 (11.6)	$F_{(3)}=7.6, p<0.001$
HA	91.5 (16.4)	89.3 (16.1)	88.1 (15.3)	93.5 (17.5)	$F_{(3)}=1.6, p=0.17$
RD	94.8 (12.0)	92.1 (13.8)	92.5 (12.7)	91.0 (14.3)	$F_{(3)}=2.3, p=0.07$
PE	124.5 (18.1)	124.7 (19.7)	121.0 (19.0)	120.8 (18.0)	$F_{(3)}=1.2, p=0.28$
Carácter					
SD	130.0 (19.9)	124.4 (23.4)	131.5 (21.6)	124.6 (19.0)	$F_{(3)}=3.1, p=0.02$
CO	121.5 (18.1)	116.5 (20.8)	119.6 (18.9)	114.5 (20.4)	$F_{(3)}=3.4, p=0.01$
ST	80.2 (14.3)	78.9 (14.8)	84.8 (15.4)	80.3 (13.7)	$F_{(3)}=2.3, p=0.07$

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Consumo de sustancias

El consumo de sustancias reportado por los participantes con TCS coincide con las encuestas realizadas previamente en población general y población específica en nuestro país (SISVEA, 2012; SSA, 2012), en donde las sustancias de abuso más consumidas son el tabaco, el alcohol, el cannabis, la cocaína y los inhalables. En cuanto a la principal sustancia de consumo (de impacto), el alcohol fue la más prevalente, seguido por la cocaína, los inhalables y el cannabis.

En cuanto a las edades de inicio de consumo, las medias de edad más bajas fueron las del tabaco, alcohol, cannabis e inhalables, oscilando entre los 5 y 8 años de edad. Estos hallazgos coinciden con los modelos que proponen que estas sustancias funcionan como 'sustancias de inicio' (*gateway substances*), es decir, que comienzan a consumirse en etapas más tempranas de la vida y suelen preceder a otras como la cocaína, los estimulantes anfetamínicos o los opiáceos.

Diversos estudios indican que la edad de inicio de consumo de alcohol se asocia de manera positiva con los patrones de consumo en edades más avanzadas, teniendo un papel influyente en el desarrollo de problemas relacionados al consumo de otras sustancias de abuso (Wechsler & McFadden, 1979; Windle, 1991; Yamaguchi & Kandel, 1984; DeWit et al., 2000).

En el caso de sustancias como el alcohol y tabaco, esto puede estar altamente influenciado con su creciente disponibilidad y la normalización social de su consumo. Este hecho toma especial relevancia al tomar en cuenta que diversos

estudios indican que la adolescencia, momento crucial para el desarrollo neurológico, representa una etapa de alta vulnerabilidad para desarrollar TCS, pues existe un mayor deseo de experimentar nuevas sensaciones, el cual se puede satisfacer con los efectos psicotrópicos que brindan las sustancias de abuso a quienes las consumen. Asimismo, durante la adolescencia existe una mayor impulsividad y una menor capacidad para medir las consecuencias. Estos rasgos transitorios propios de tal etapa de la vida, pueden ser explicados por cambios maduracionales en los sistemas monoaminérgicos corticales y subcorticales frontales (Chambers, Taylor, & Potenza, 2003), sin embargo, constituyen un factor de riesgo importante para el desarrollo de algún TCS.

Resultados del ITC-R en una muestra de personas con TCS

En cuanto a las propiedades psicométricas del ITC-R, se observa que dicho instrumento presenta una buena confiabilidad en consumidores de sustancias de abuso en México, por lo que podría utilizarse para realizar otros protocolos de investigación enfocados a conocer las características de personalidad en esta población específica, así como su asociación con variables importantes como podrían ser: uso de servicios, éxito del tratamiento, problemas asociados al consumo de sustancias, impulsividad y violencia, entre otras.

Los hallazgos por cada una de las dimensiones del ITC-R se describen a continuación, así como algunas posibles explicaciones sobre las diferencias entre las personas con TCS y población general. Asimismo, algunas de las diferencias encontradas entre los grupos de consumidores dependiendo de la sustancia de impacto. Asimismo, se discutirán algunas posibles implicaciones en el tratamiento,

pues la evidencia generada por estudios clínicos en otros países, indica que el perfil de personalidad además de tener un impacto importante en el curso de los TCS, parece ser un mediador en la progresión y resultados del tratamiento (Verheul & van der Brink, 2004).

Diferencias en el temperamento

Búsqueda de la novedad (NS)

En primer lugar, el grupo con TCS mostró puntajes más altos de NS que la población general, resultado que concuerda con la formulación teórica de Cloninger (1987), así como con los hallazgos de diversos estudios realizados en poblaciones de consumidores de sustancias de abuso, los cuales señalan la relación entre altos niveles de NS y los TCS sin importar la sustancia de preferencia (Pomerleau et al., 1992; Vukov et al., 1995; Masse, & Tremblay, 1997; Van Ammers et al., 1997; Ravaja & Keltikangas-Jarvinen, 2001; Le Bon et al., 2004; Mateos-Agut & Mateos-Agut, 2005).

Eso es consistente con el planteamiento de que las personas que desarrollan condiciones psicopatológicas derivadas del consumo de sustancias de abuso presentan una mayor búsqueda de sensaciones nuevas e intensas que la población general, y por qué ante situaciones de monotonía, aburrimiento y tristeza, tienden a presentar conductas exploratorias, con la finalidad de alcanzar reforzadores de placer inmediatos y evitar los castigos (Cloninger, 1987; Zuckerman, 1994; Mateos-Agut & Mateos-Agut, 2005). Justamente uno de los principales componentes de los TCS es la constante búsqueda de estimulación y exploración de efectos psicoactivos (alteración de la cognición, modulación

emocional y conducta) la cual interviene desde la búsqueda de la sustancia (exploración) hasta la consolidación del TCS, mediándose por mecanismos estímulo-respuesta que invaden progresivamente todas las áreas de la vida del individuo (Corominas, Roncero, Bruguera, & Casas, 2007).

Sin embargo, en el análisis de las diferencias de personalidad en la muestra de sujetos con TCS según la sustancia de preferencia (Tabla 7), se puede notar que los consumidores de cocaína fueron los que obtuvieron un puntaje más alto de NS, en contraste con los consumidores de alcohol, que mostraron el puntaje más bajo (que aun así, supera la media obtenida en esta dimensión por la población general). Esta diferencia parece obedecer a lo planteado por Cloninger (1987) en cuanto a que esta dimensión del temperamento tiene su correlato biológico en el sistema de neurotransmisión dopaminérgico, el cual a su vez se ha asociado fuertemente con la neurobiología de los TCS, pues la dopamina es uno de los actores principales en los mecanismos de recompensa cerebral, el cual influye en la motivación y se relaciona también con la impulsividad (Volkow, et al., 2007; Blum et al., 2012).

Tomando el caso específico de la cocaína, sabemos que uno de los principales mecanismos de acción de esta sustancia, lo cual explica su alto potencial adictivo, tiene que ver con sus interacciones en las sinapsis dopaminérgicas; la cocaína inhibe la acción de las bombas de recaptura, provocando que la dopamina se concentre en el espacio sináptico; esto genera una alta estimulación, la cual hace experimentar al sujeto altos niveles de placer. Sin embargo, después de un consumo crónico, el cerebro genera neuroadaptaciones relacionadas con la disminución de receptores de dopamina,

que sumados a la falta de la estimulación provocada por la cocaína (cuando se suspende el consumo), generan una importante disminución de la motivación y el estado de ánimo (Cruz-Martín del Campo, 2007).

Por otro lado, uno de los principales componentes de NS es la impulsividad, constructo que ha sido ampliamente estudiado e incluido en diversos modelos de la personalidad (Cloninger, Przybeck & Svrakic, 1991, 1993; Eysenck & Eysenck, 1985). Algunos autores plantean dos dimensiones de impulsividad; una de ellas más relacionada con la dificultad de aplazar la recompensa y de buscar reforzadores inmediatos, elemento que parece tener un papel importante en el inicio del consumo de la sustancia. La otra se refiere a una respuesta relacionada con el mantenimiento del consumo y la presencia de psicopatología, a la que podría subyacer un déficit en los lóbulos frontales (Dawe, Gullo, & Loxton, 2004; Dawe & Loxton, 2004; Hayaki et al., 2005).

A nivel conductual, esto se expresa en que las personas impulsivas tienden a pasar al acto sin que medie la reflexión, cambiando repentinamente de intereses, mostrando una mayor tendencia al desorden, así como una dificultad para asumir normas y una tendencia a transgredirlas (Mateos-Agut & Mateos-Agut, 2005). Asimismo, la evidencia indica que la impulsividad se asocia con una mayor presencia de conductas de riesgo y un mayor número de eventos adversos a lo largo de la vida (Becoña, 2011), así como con el consumo de un mayor número de sustancias y una menor percepción del riesgo (Clark, Robbins, Ersche & Sahakian, 2006; Hayaki et al., 2005; Ryb, Dischinger, Kufera, & Read, 2006).

Resulta interesante mencionar que la conceptualización de que la NS es un factor predisponente para los TCS, es cuestionada por algunos autores que plantean la posibilidad de que sea el consumo crónico de sustancias un factor que modifique las bases cerebrales de la conducta, pues la impulsividad (que se comprende actualmente como una falla en la inhibición) es una de las facetas de la disfunción ejecutiva prefrontal que las drogas psicoactivas, en su mayoría, han demostrado alterar, lo cual podría estarse expresando como una consecuencia del uso crónico de drogas (Pau, Lee, & Chan, 2002; Kalenscher, Omán & Güntürkün, 2006; Jovanosky, Erb, & Zakzanis, 2005).

Sin embargo, independientemente de las explicaciones etiológicas, las cuales no sólo se vislumbran desde el enfoque biológico sino al resto de los modelos que buscan entender la relación entre los TCS y la personalidad, diversos autores mencionan la importancia que tienen altos puntajes de NS en el tratamiento de los pacientes con TCS. Por un lado, debido a que biológicamente la NS está regulada por las vías dopaminérgicas mesolímbicas, podría ser importante considerar dentro del proceso de rehabilitación, estrategias que favorezcan una mayor contención, disminuyendo la impulsividad y aumentando poco a poco la tolerancia a la frustración (Mateos-Agut & Mateos-Agut, 2005).

Desde un punto de vista psicoterapéutico, es importante comprender que la impulsividad, entendida conductualmente como paso directo al acto, se explica como la ausencia de un espacio mental que permita al sujeto transformar las situaciones de tensión o frustración en un proceso simbólico, en el que se dé un procesamiento cognitivo que permita nombrarlas y elaborarlas. Por lo tanto, en la práctica, sería importante brindarle al paciente una estructura de contención que le

confronte con sus emociones, pero a la vez que le permita depositar su confianza e incremente su capacidad de espera, que fomente el autocuidado, evitando conductas y situaciones de riesgo, ganando en autocontrol emocional, afrontando situaciones nuevas y planificando las tareas cotidianas (Mateos-Agut & Mateos-Agut, 2005).

Algunos autores sugieren que la farmacoterapia puede ser un buen apoyo a la psicoterapia para los individuos con rasgos de personalidad que puedan ponerle en un riesgo importante, como lo son las conductas suicidas y una severa impulsividad. Algunos sugieren que los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina pueden ayudar a disminuir la agresión e impulsividad en pacientes con TLP y TAP. Efectos similares se han demostrado con el litio y otros estabilizadores del estado de ánimo. Las benzodiazepinas por lo general están contraindicadas para tratar trastornos de ansiedad en personas con TCS, pero la buspirona parece ser una alternativa para dicha problemática (Verheul & van der Brink, 2004).

Evitación al daño (HA)

En cuanto a la dimensión de HA, los resultados indican que la población con TCS mostró niveles significativamente mayores que la muestra de población general. Este hallazgo permite asumir una mayor presencia de trastornos de ansiedad, así como una tendencia en estos sujetos a percibir una mayor hostilidad en su entorno (Cloninger, 1987). Las personas con altos niveles de HA, tienden a evitar más intensamente situaciones ansiógenas, frustrantes o dolorosas que la población general, lo que implica una inclinación a responder a estímulos aversivos con conductas de evitación. Se puede pensar en personas que

reaccionan con mayores niveles de tensión y preocupación ante situaciones nuevas, con temor a la incertidumbre, que se fatigan antes y se recuperan de la tensión más lentamente que quienes presentan puntajes más bajos (Mateos-Agut & Mateos-Agut, 2005).

Por otro lado esto puede entenderse también a través de la hipótesis de automedicación (Khantzian, 1985), la cual plantea que las personas que consumen sustancias psicoactivas, en realidad buscan en mayor o menor medida aliviar el sufrimiento psicológico, lo cual se relaciona también con el tipo de efectos psicofarmacológicos específicos y el tipo de sintomatología del sujeto. Por ejemplo, se podría pensar que quienes tienen altos niveles de ansiedad, tenderían a buscar sustancias con propiedades que alivien dicha sintomatología; esto se refleja en la Tabla 7, en donde podemos ver que los sujetos con mayores puntajes de HA tienen como sustancia de impacto el alcohol y los inhalantes.

Dependencia a la recompensa (RD)

Los sujetos con TCS mostraron puntajes más bajos en la dimensión de RD que el grupo control, lo cual según el modelo de Cloninger (1987) nos indicaría que se trata de personas con una tendencia al desapego, que buscan la soledad y el aislamiento, que tienden a actuar de forma individualista, sin preocuparse si son aprobados socialmente o no. Según Agut-Mateos & Agut-Mateos (2005), esto podría estar determinado por cierto desarraigo social o una tendencia a proyectar sus dificultades en los demás, lo cual puede llevarles a sentirse dañados por la mirada del otro. En este caso, los consumidores de alcohol obtuvieron los puntajes más altos.

En cuanto al tratamiento, resultaría importante que los clínicos tomen en cuenta como uno de los objetivos terapéuticos en la rehabilitación de las personas con TCS, facilitar la integración efectiva en distintos grupos sociales en los que se facilite el establecimiento de vínculos y la integración con otras personas.

Persistencia PE

Como se mencionó anteriormente, bajos puntajes en la dimensión de PE se han señalado como un importante predictor de recaídas (Sellman, Mulder, Sullivan, & Joyce, 1997). Aunque en el presente estudio no se realizaron análisis de correlación con variables de recaídas ni usos de servicios, es importante mencionar que los sujetos con TCS mostraron menores puntajes que la población general, y en los análisis por sustancia de preferencia, los sujetos con consumo de inhalantes mostraron el puntaje más bajo en esta dimensión.

Diferencias en el carácter

Autodirección (SD):

Al igual que la evidencia reportada anteriormente, la muestra de los participantes con TCS presentó puntajes más bajos en la dimensión de SD, lo cual indica que son personas con menor autodirección, expresándose en una menor habilidad para controlar, regular y adaptar su conducta de forma que se ajuste a la situación, de acuerdo a metas y valores personales (Cloninger, 1993). Según en el planteamiento del modelo psicobiológico, se puede pensar en personas que tienden a proyectar la culpa a los demás, con una imagen del 'Self' autopercebida como poco integrada, con dificultades importantes para diferenciar entre sí

mismos y los otros, con una tendencia a sentirse influenciados por los demás y pocas veces como libres de elegir.

Estudiosos de los procesos cerebrales, mencionan que la descripción de esta dimensión parece referirse a las definiciones ofrecidas acerca de las funciones ejecutivas (Tirapu et al., 2008), las cuales han sido descritas por múltiples autores.

Sholberg y Mateer (1989) definieron las funciones ejecutivas como el conjunto de procesos cognitivos: anticipación, elección de objetivos, planificación, selección de la conducta, autorregulación, autocontrol y uso de retroalimentación. Tirapú y sus colaboradores (2002) definieron el funcionamiento o control ejecutivo como el resultado de una serie de mecanismos implicados en la optimización de los procesos cognitivos para orientarlos a la resolución de situaciones complejas. Esta descripción tiene una estrecha relación con lo que Cloninger (1993) planteó sobre esta dimensión de la personalidad (Ruiz Sánchez de León et al., 2010).

En cuanto a la sustancia de preferencia, se puede notar que los consumidores de inhalantes y cocaína mostraron los puntajes más bajos en esta dimensión.

Cooperatividad (CO)

Los resultados también indican diferencias entre los grupos respecto a la dimensión de CO, teniendo puntajes más bajos las personas con TCS. Esto indica que este grupo presenta mayor intolerancia social, insensibilidad, egocentrismo y resentimiento. Mateos-Agut y Mateos-Agut (2005) mencionan al respecto la

importancia del trabajo de psicoterapia grupal, así como de propiciar situaciones sociales que permitan a los pacientes trabajar su intolerancia ante otras personas y su incapacidad para integrarse socialmente, siendo estos espacios terapéuticos oportunidades para recibir la propia imagen devuelta por otros miembros del grupo en un ambiente de confianza y seguridad.

Algunos autores sugieren que Alcohólicos Anónimos (AA), Narcóticos Anónimos (NA) y otros grupos de ayuda-mutua basados en el modelo de 12 pasos, pueden ser un importante coadyuvante de la rehabilitación, beneficiando de diversas formas a las personas con TCS con patrones de personalidad que dificulten el tratamiento (o visto desde la perspectiva psiquiátrica, que pudieran indicar la presencia de un TP). Este tipo de abordaje les brinda la estructura a través del programa de recuperación, así como un grupo de contención que les permita lidiar con personas que se encuentran en la misma situación, y un padrino / madrina que les ayude a establecer límites sanos, siendo una figura de apoyo y soporte importante (Daley & Moss, 2002).

Es interesante recalcar que la suma de una baja SD y CO, ha sido señalada por Cloninger como un indicador de la presencia de TP (Cloninger et al., 1995), lo cual podría apuntar a una mayor prevalencia de estos trastornos en la muestra clínica a comparación de la población general. Sin embargo, habría que evaluar la presencia de estos trastornos con criterios diagnósticos psiquiátricos estándar (DSM o CIE).

Autotrascendencia (ST)

Como se puede notar en la Tabla 6, los consumidores de sustancias mostraron un puntaje más alto de ST, siendo los usuarios de cannabis el subgrupo con la media más alta. Esta dimensión agrupa rasgos caracteriales que se relacionan con la espiritualidad, el misticismo, el pensamiento mágico y religioso, así como la sensación de ser parte integral del universo. Otros estudios han encontrado hallazgos similares en cuanto a mayores niveles de ST en la población de TCS (Le Bon et al., 2004).

Algunos autores sugieren que las dimensiones del carácter, las cuales hipotéticamente y de acuerdo a este modelo resultan como una interacción entre el temperamento y el aprendizaje, constituyen dimensiones de la personalidad más adecuadas para trabajar a través de intervenciones psicoterapéuticas (Le Bon et al., 2004).

El tratamiento efectivo para este tipo de pacientes, requiere atención especial y profesional desde el inicio. Algunos autores ponen particular énfasis en el enfoque de la entrevista motivacional durante las diferentes fases del tratamiento, así como en una atención individual intensiva adicional a los módulos de tratamiento estándar, para establecer una alianza terapéutica que prevenga la deserción, reduzca el riesgo de recaídas e incremente la motivación para participar en programas de seguimiento (Verheul & van der Brink, 2004).

En conclusión, los resultados del presente trabajo de investigación son consistentes con el cuerpo de estudios realizados en otros países, constituyendo una evidencia adicional. A pesar de que es necesario conocer mejor cómo es que

se da la interacción entre la personalidad y los TCS, conocimiento que pudiera traducirse en mejoras clínicas y de servicios para la población afectada, el modelo psicobiológico de Cloninger nos brinda una comprensión dimensional de la personalidad como un complejo patrón de rasgos psicológicos que pueden cuantificarse, dándonos una pista sobre cuáles son los principales patrones emocionales, cognitivos y conductuales de los sujetos.

Además, este primer acercamiento a las características de personalidad de la población clínica de sujetos con TCS en nuestro país, permite plantear futuras líneas de investigación que amplíen el conocimiento sobre la relación existente entre las características de la personalidad y las trayectorias de evolución de los TCS, así como la manera en que estas pueden impactar la respuesta de los pacientes a tratamientos específicos. Otra área de oportunidad es el desarrollo de instrumentos de evaluación de la personalidad con viabilidad clínica que coadyuven al desarrollo de estrategias de prevención y tratamiento, ya que una de las limitaciones del ITC-R es la cantidad de reactivos y el tiempo de aplicación, cualidades que lo hacen poco costo-efectivo.

Limitaciones del estudio

Una de las principales limitaciones del presente estudio es que la submuestra de mujeres del grupo con TCS no fue lo suficientemente grande para poder realizar comparaciones de rasgos de personalidad por género.

Otra limitación es que el tiempo de abstinencia mínimo del consumo de sustancias psicoactivas para poder participar en el estudio fue de una semana, lo cual podría suponer un sesgo, pues algunas respuestas de los sujetos podrían

estar influenciadas por su reciente estado de abstinencia de la sustancia a la que son dependientes.

También es importante mencionar que a los sujetos participantes del estudio realizado en población general, no se les preguntaron variables asociadas a su consumo de sustancias, lo cual representa un sesgo importante en cuanto a la comparación de ambas muestras.

7. REFERENCIAS

- Albores-Gallo, L., Márquez-Caraveo, E. & Estañol, B. (2003). ¿Qué es el temperamento? El retorno de un concepto ancestral. *Salud Mental*, 26(3), 16-26.
- Allport, G.W. (1937). *Personality: A Psychological Interpretation*. New York, NY: Holt Rinehart & Winston.
- Allport, G.W. & Odbert, H.S. (1936). Trait-names: A psycho-lexical study. *Psychological Monographs*, 47(Whole No. 211): v-39.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.) Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bachevalier, J., Brickson, M., Hagger, C. & Mishkin, M. (1990) Age and sex differences in the effects of selective temporal lobe lesion on the formation of visual discrimination habits in rhesus monkeys. *Behavioral Neuroscience*, 104, 885-899.
- Bachevalier J. (1990). Ontogenetic development of habit and memory formation in primates. *Annals of the New York Academy of Science*, 608, 457-477.
- Beck, A.T., Freeman, A., Eds. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. & Liese, B.S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Becoña-Iglesias, E. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Madrid: Socidrogalcohol.
- Benjet, C., Borges, G. & Medina-Mora, M. E. (2008). DSM-IV personality disorders in Mexico: results from a general population survey. *Revista Brasileña de Psiquiatría*, 30(3), 227–234.
- Bernstein, D.P. & Handelsman, L. (1995). The neurobiology of substance abuse and personality disorders. In: Ratey, J. (Ed.) *Neuropsychiatry of Personality Disorders*. Cambridge. Blackwell Science.
- Black, D.W. (1999). *Bad boys, bad men: Confronting antisocial personality disorder*. NY: Oxford University Press.
- Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Jane-Llopis, E., et al. (2011). *The global economic burden of noncommunicable diseases*. Geneva: World Economic Forum.
- Blum, K., Chen, A. L., Giordano, J., Borsten, J., Chen, T. J., Hauser, M., ... & Barh, D. (2012). The addictive brain: all roads lead to dopamine. *Journal of psychoactive drugs*, 44(2), 134-143.
- Blume, S.B. (1989). Dual diagnosis: Psychoactive substance dependence and the personality disorders. *Journal of Psychoactive Drugs*, 21, 139–144.
- Bohn, M. J., & Meyer, R.E. (1994). Typologies of addiction. In: Galanter, M. & Kleber, H.D. (Eds.) *The American Psychiatric Press Textbook of Substance Abuse Treatment* (pp.11-24). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

- Caprara, G. V., Barbanelli, C., Borgogni, L., & Perugini, M. (1993). The Big Five Questionnaire: A new questionnaire for assess the Five Factor Model. *Personality and Individual Differences*, 15 (3), 268-288.
- Clark, L., Robbins, T., Ersche, K. & Sahakian, B. (2006). Reflection Impulsivity in current and former substance users. *Biological Psychiatry*, 60, 515-522.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., & Kernberg, O.F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: focusing on object relations*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Cloninger, C. R. (1987). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*, 236, 410–416.
- Cloninger, C., Svrakic, D., & Przybeck, T. (1991). The Tridimensional Personality Questionnaire: US normative data. *Psychological Reports*, 69, 1047-1057.
- Cloninger, C. R. (1999). *Temperament and character inventory revised*. Documento no publicado.
- Cloninger, C.R. & Svrakic, D.M. (1997). Integrative psychobiological approach to psychiatric assessment and treatment. *Psychiatry*, 60, 120-141.
- Cloninger, C.R. & Svrakic, D.M. (2000). Personality disorders. In Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (7a Eds). *Comprehensive text-book of psychiatry* (pp. 1723-1764). Baltimore, MD: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Cloninger, C. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-58.
- Cloninger, C., Svrakic, D., & Przybeck, T. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975–990.
- Cloninger, C.R., Sigvardsson, S., Svrakic, D.M., & Przybeck, T.R. (1995). Personality antecedents of alcoholism in a national area probability sample. *European Archive Psychiatry Clinical Neuroscience*, 245, 239-244.
- Cloninger, C.R., Sigvardsson, S., & Bohman, M. (1988). Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 12, 494–505.
- Cloninger, S. (1993). *Theories of personality: understanding persons*. New Jersey: Pearson.
- Comings, D. E., Gade-Andavolu, R., González, N., Wu, S., Muhleman, D., Blake, H., Mann, M. B., Oietz, G., Saucier, G., & MacMurray, J.P. (2000). A multivariate analysis of 59 candidate genes in personality traits: the temperament and character inventory. *Clinical Genetics*, 58(5), 375-85.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice, the NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4, 5-13.
- Corominas, M., Roncero, C., Bruguera, E., & Casas. M. (2007). Sistema dopaminérgico y adicciones. *Revista de Neurología*, 44, 23-31.

- Crow, T. (1977). Neurotransmitter-related pathways. The structure and function of central monoamine neurons. En A. Davison (Ed.), *Biological correlates of brain structure and function*. N.Y.: Academic Press.
- Crúz-Martín del Campo, S.L. (2007). *Los efectos de las drogas: De sueños y pesadillas*. México: Trillas.
- Curtin, F., Walker, J. P., Peyrin, L., Soulier, V., Badan, M. y Schulz, P. (1997). Reward dependence is positively related to urinary monoamines in normal men. *Biological Psychiatry*, 42, 275-281.
- Dahl, A.A. (1993). The personality disorder: A critical review of family, twin and adoption studies. *Journal of Personality Disorders*, 7, 86-99.
- Daley, D., & Moss, H. (3ª Ed.). (2002). *Dual disorder: Counseling clients with chemical dependency and mental illness*. Minnesota: Hazelden.
- Dawe, S., Gullo, M. J. & Loxton, N. J. (2004). Reward drive and rash impulsiveness as dimensions of impulsivity: Implications for substance misuse. *Addictive Behaviors*, 29, 1389-1405.
- Dawe, S. & Loxton, N. (2004). The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28, 343-351.
- De Raad, B. (2000). *The Big Five Personality Factors. The Psycholexical Approach to Personality*. Seattle-Toronto-Göttingen-Bern: Hogrefe & Huber Publishers.
- De Raad, B. & Perugini, M. (2002). *Big Five Assessment*. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- De la Fuente, R. (1983). El Temperamento, los Motivos de la Conducta y el Carácter En: De la Fuente, R. (Eds), *Psicología médica*. Fondo de Cultura Económica: México.
- De la Fuente-Martín, A., Cano-Arrieta, G., Eliosa Hernández, A., Pérez-Vázquez, E., Marín-Navarrete, R. (2013). CARTEL: *Trayectoria de tratamiento de mujeres en Centros residenciales para las adicciones*. XXIII Congreso de la Asociación Mexicana de Psiquiatría.
- Decety, J., Jackson, P. L., Sommerville, J. A., Chaminade, T. y Meltzoff, A. N. (2004). The neural bases of cooperation and competition: an fMRI investigation. *Neuroimage*, 23, 744-751.
- DeJong, C.A.J., Van den Brink, W., Harteveld, F.M. & Van der Wielen, G.M. (1993). Personality disorders in alcoholics and drug addicts. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 87-94.
- Ruíz Sánchez de León, J. M. , Pérez, E. J. P., Arroyo, Á. O., Luque, M. L., Mota, G. R., & García, C. P. (2010). Personalidad y sintomatología frontal en adictos y población no clínica: hacia una neuropsicología de la personalidad. *Adicciones: Revista de psicología y sociología de la adicción*, 22(3), 233-244.
- DeWit, D.J., Adlaf, E.M., Offord, D.R. & Ogborne, A.C. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *Age*, 157(5), 745-750.
- Di Pierro, R., Preti, E., Vurro, N., & Madeddu, F. (2014). Dimensions of personality structure among patients with substance use disorders and co-occurring personality disorders: A comparison with psychiatric outpatients and healthy controls. *Comprehensive psychiatry*, 55(6), 1398-1404.

- Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417-440.
- Dolcet i Serra, J. (2006). *Carácter y temperamento: similitudes y diferencias entre los modelos de personalidad de 7 y 5 factores*. Tesis Doctoral de Universitat de Lleida.
- Esbaugh, D.M. (1982). Typological analysis of MMPI personality pattern of drug dependence females. *Journal of Personality Assessment*, 46, 488-494.
- Escotado, A. (1998). *Historia general de las drogas*. España: Espasa Calpe.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, M. W. (1985). *Personality and individual differences*. N.Y.: Plenum Press.
- Fallgatter, A.J., Weijers, H.G., Wiesbeck, G.A., Boening, J. & Strik, W.K. (1998). Event-related correlates of response suppression as indicators of novelty seeking in alcoholics. *Alcohol*, 33, 475-481.
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245–258.
- Ferrando, L., Franco-A, L., Soto, M., Bobes, J., Soto, O., Franco, L., & Heinze, G. (2000). *Mini International Neuropsychiatric Interview*. Versión en español 5.0. Instituto IAP.
- Fischer, B., Rehm, J. & Kim, G. (2001). Whose quality of life is it, really? *British Medical Journal*, 322, 1357–1360.
- Folstein, M. F., Folstein, S.E. & Mc Hugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: a practical guide for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Foege, W. (1998). Adverse childhood experiences: a public health perspective. *American Journal of Preventive Medicine*. 14, 354–355.
- Fresán, A., Robles-García, R., López-Ávila, A. & Cloninger, C. R. (2011). Personality differences according to age and sex in a Mexican sample using the Temperament and Character Inventory-Revised. *Comprehensive Psychiatry*, 52(6), 774-779.
- Freud, S. (1898). Sexuality in the aetiology of the neuroses. *S.E.* 3, 263-285.
- Frosch, W. A., & Milkman, H. (1977). Ego functions in drug users. In J. D. Blaine & D. A. Julius (Eds.), *Psychodynamics of drug dependence* (National Institute on Drug Abuse Research Monograph #12). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Gerstley, L., McLellan, A.T., Alterman, A.I., Woody, G.E., Luborsky, L., & Prout, M. (1989). Ability to form an alliance with the therapist: a possible marker of prognosis for patients with antisocial personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 146, 508–512.
- Gerstley, L.J., Alterman, A.I., McLellan, A.T. & Woody, G.E. (1990). Antisocial personality disorder in patients with substance abuse disorders: a problematic diagnosis?. *American Journal of Psychiatry*, 147, 173–178.
- Gillespie, N. A., Johnstone, S., Boyce, P., Heath, A. C. & Martin, N. G. (2001). The genetic and environmental relationship between the interpersonal sensitivity measure (IPSM) and the

- personality dimensions of Eysenck and Cloninger. *Personality and Individual Differences*, 31, 1039–1051.
- Goldberg, L. R. (1990). An alternative “description of personality”: The Big-Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1216-1229.
- Goldberg, L. R. (1982). From ace to zombie, some explorations in the language of personality. En C.D. Spielberg y J.N. Butche (Eds.), *Advances in personality assessment*. (pp. 203-234). Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates Publishers
- Goodwin, D.W. (1992). Genetics of alcoholism. In: Hsu, L.K.G. & Hersen, M. (Eds.) *Research in Psychiatry: Issues, Strategies and Methods* (pp. 59-372). New York: Plenum Press.
- Graf, P. & Schacter, D.L. (1985). Implicit and explicit memory for new association in normal and amnesic subjects. *Journal of Experimental Psychology Learning Memory and Cognition*, 11, 501-518.
- Gray, J. A. (1970). Strength of the nervous system, introversion/extraversion, condicionability and arousal. En H.J. Eysenck (Ed.), *Readings in extraversion-introversion, theoretical and methodological issues*. N.Y.: Academic Press.
- Gray, J.A. (1982). *The Neuropsychology of Anxiety*. New York, NY: Oxford University Press.
- Hayaki, J., Stein, M., Lessor, J., Herman, D. & Anderson, B. (2005). Adversity among drug users: Relation to impulsivity. *Drug and Alcohol Dependence*, 78, 65-71.
- Heath, A. C., Cloninger, C. R., & Martin, N. G. (1994). Testing a model for the genetic structure of personality: a comparison of the personality systems of Cloninger and Eysenck. *Journal of personality and social psychology*, 66(4), 762.
- Hansenne, M., Pinto, E., Pitchot, W., Reggers, J., Scantamburlo, G., Moor, M. y Ansseau, M. (2002). Further evidence on the relationship between dopamine and novelty seeking: a neuroendocrine study. *Personality and Individual Differences*, 33, 967-977.
- Howard, M.O., Kivlahan, D. & Walker, R.D. (1997). Cloninger’s tridimensional theory of personality and psychopathology: applications to substance use disorders. *Journal of Substance Abuse*, 58, 48-66.
- Jennings, A. (1997). On being invisible in the mental health system. In M. Harris & C. Landis (Eds.), *Sexual abuse in the lives of women diagnosed with serious mental illness*. Netherlands: Harwood Academic Publishers.
- Jovanovski, D., Erb, S. & Zakzanis, K. K. (2005). Neurocognitive deficits in cocaine users: a quantitative review of the evidence. *Journal of Clinical & Experimental Neuropsychology*, 27, 189-204.
- Kalenscher, T., Ohmann, T., Güntürkün, O. (2006). The neuroscience of impulsive and self-controlled decisions. *International Journal of Psychophysiology*, 62, 203-211.
- Kernberg, O.F. & Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. In: Lenzenweger, M.F. & Clarkin J.F. (Eds.) *Major Theories of Personality Disorder* (pp.114-156). New York, NY: Guilford Press.
- Kernberg, O.F. (1984). *Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.

- Khantzian, E.J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-64.
- Kitamura, T., Kijima, N., Sakamoto, S., Tomoda, A., Suzuki, N. & Kazama, Y. (1999). Correlates of problem drinking among young Japanese woman: personality and early experiences. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 108-14.
- Kohut, H (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Kolteniuk, M. (2000). ¿Qué es el aparato psíquico? Dupont M.A., Compilador. *Manual clínico de psicoterapia*. (pp.17-36). México: JGH editores.
- Koob, G.F. & Volkow, N.D. (2009). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217-238.
- Koob, G.F., Sanna, P.P., & Bloom, F.E. (1998). Neuroscience of addiction. *Neuron*, 21(3), 467-476.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 136(5), 768.
- Krystal, H. (1977). Self- and object-representation in alcoholism and other drug dependence: Implications for therapy. In J. I. Blume & D. A. Julius (Eds.), *Psychodynamics of drug dependence* (pp. 88-100). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Lacey, J.H. & Evans, C.D.H. (1986). The impulsivist: A multi-impulsive personality disorder. *British Journal of Addiction*, 81, 641–649.
- Le Bon, O., Staner, I., Tecco, J., Puli, C., & Pelc, J. (1998). Tridimensional Personality Questionnaire TPQ: validation in a French-speaking control population. *Encephale*, 24(1), 40-45.
- León-León, L. (2012). Comorbilidad en las Unidades de Hospitalización. Ponencia presentada en el Congreso Internacional de Centros de Integración A.C., México.
- Lepine, J. P., Pelissolo, A., Teodorescu, R., & Teherani, P. (1994). Evaluation of the psychometric properties of the French version of the Tridimensional Personality Questionnaire. *Encephale*, 20(61), 747-53.
- Levin, J. D. (1987). *Treatment of alcoholism and other addictions: A self-psychology approach*. Northvale, NJ: Aronson.
- Le Bon, O., Basiaux, P., Streel, E., Tecco, J., Hanak, C., Hansenne, M., ... & Dupont, S. (2004). Personality profile and drug of choice; a multivariate analysis using Cloninger's TCI on heroin addicts, alcoholics, and a random population group. *Drug and alcohol dependence*, 73(2), 175-182.
- Lobo, A., Escobar, V., Ezquerro, J., & Seva Díaz, A. (1980). " El Mini-Examen Cognoscitivo"(Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes psiquiátricos). *Revista de psiquiatría y Psicología Médica*.
- Maier, W., Lichtermann, D., Klingler, T., Heun, R. & Hallmayer, J. (1992). Prevalences of personality disorders in the community. *Journal of Personality Disorder*, 6, 187–196.

- Marín-Navarrete, R., Eliosa-Hernández, A., Lozano-Verduzco, I., Fernández-De la Fuente, C., Turnbull, B. & Tena-Suck, A. (2013). Estudio sobre la experiencia en hombres atendidos en centros residenciales de ayuda-mutua para la atención de las adicciones. *Salud Mental*, 36(5), 393-402.
- Martin, I. (1983). Human Classical Conditioning. IN: Gale, A., Edwards, J.A. (Eds.) *Physiological correlates of Human Behaviour II: Attention and Performance*. (pp.129-148). Orlando Fla: Academic Press Inc.
- Mateos-Agut, J. & Mateos-Agut, J. (2005). Rasgos diferenciales del temperamento y el carácter en un grupo de alcohólicos vs población general. *Adicciones*, 17(4), 325-335.
- Mateos, M., & De la Gangara, J.J. (2001). *Temperamento, Carácter, Personalidad: Guía práctica de corrección y evaluación del TCI*. Madrid: SCM.
- Masse, L. C., & Tremblay, R. E. (1997). Behavior of boys in kindergarten and the onset of substance use during adolescence. *Archives of general psychiatry*, 54(1), 62-68.
- Mayor, J. & Pinillos, J. L. (1989) *Tratado de Psicología General*. Personalidad. Madrid: Editorial Alambra.
- McCabe, K., Houser, D., Ryan, L., Smith, V., & Trouard, T. (2001). A functional imaging study of cooperation in two-person reciprocal exchange. *PNAS*, 98, 11832-11835.
- McDougall W. (1932). Of the words character and personality. *Character Personality*, 1, 3-16.
- McLellan, T. (1980). Development of psychiatric disorders in drug abusers: Relation between primary drug and type of disorder. *Problems of Drug Dependence, NIDA Research Monograph*, 27, 149-155.
- Medina-Mora, M.E. (1994). Las adicciones: su situación actual. En Berruecos L. y Díaz-Leal L. (Eds.) *Curso básico sobre adicciones*. México: CENCA.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., et al. (2003). Prevalencia de Trastornos mentales y uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 26, 4, 1-16.
- Merikangas, K., Metha, R., Molar, B., Walters, E., Swendsen, J., Aguilar-Gaxiola, S., et al., (1998). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: Results of international consortium in psychiatric epidemiology. *Addictive Disorders*. 23(6): 893-907
- Milivojevic, D., Milovanovic, S.D., Jovanovic, M., Svrakic, D.M., Svrakic, N.M., Svrakic, S.M. & Cloninger, C.R. (2012). Temperament and character modify risk of drug addiction and influence choice of drugs. *The American Journal on Addictions*, 21(5), 462-467.
- Miller, D. (1994). *Women who hurt themselves*. New York: Basicbooks.
- Najavits, L., Weiss, R., & Liese, B. (1996). Group cognitive behavioral therapy for women with PTSD and substance abuse disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13, 13– 22.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S. & Rammath, R. (2004). *Personality Disorders in Modern Life*. New Jersey: John Wiley and Sons, Inc.
- Morey, L.C. & Hill, T. (1991). Behavioral pathology. In: Nathan, P.E., Langenbucher, J.W., McCrady, B.S., & Frankenstein, W. (Eds.) *Annual Review of Addiction Research and Treatment* (pp.101-113) New York: Pergamon Press.

- Morgenstern, J., & Leeds, J. (1993). Contemporary psychoanalytic theories of substance abuse: A disorder in search of a paradigm. *Psychotherapy*, 30, 194-206.
- Nace, E.P. (1990). Substance abuse and personality disorder. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 183-197.
- Najavits, L., Weiss, R., & Liese, B. (1996). Group cognitive behavioral therapy for women with PTSD and substance abuse disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13, 13– 22.
- Norman, W. T. (1963). Toward an adequate taxonomy of personality attributes, replicated factor structure in peer nomination personality ratings. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 66, 574-583.
- Orford, J., Natera, G., Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K., Bradbury, C., Copello, A., & Velleman, R. (1998). Stresses and strains for family members living with drinking or drug problems in England and Mexico. *Salud Mental*, 21(1), 1-13.
- Palomar, J. (1999). Relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en familias con un miembro alcohólico. *Salud Mental*. 22(6). 13-21.
- Pau, C.W.H., Lee, T.M.C. y Chan, S.F. (2002). The impact of heroin on frontal executive functions. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17, 663-670.
- Nace, E.P., Davis, C.W. & Gaspari, J.P. (1991). Axis II Comorbidity in Substance Abusers. *American Journal of Psychiatry*, 148, 118–120.
- Pedrero, E. J. (2006a). Temperamento, carácter y trastornos de la personalidad. Aplicación del TCI-R a una muestra de consumidores de drogas en tratamiento y su relación con el MCMI-II. *Adicciones*, 18, 135-148.
- Pedrero-Pérez, E. J. & Rojo Mota, G. (2008). Diferencias de personalidad entre adictos a sustancias y población general. Estudio con el TCI-R de casos clínicos con controles emparejados. *Adicciones*, 20(3), 251–262.
- Pelechano Barberá, V. (2000). *Psicología Sistemática de la Personalidad*. Barcelona: Ariel Psicología.
- Phillips, R.R., Malamut, B.L., Bachevalier, J. & Mishkin, M. (1988). Dissociation of the effects of inferior temporal and limbic lesions on object discrimination learning with 24 hour intertrial intervals. *Behavioral Brain Research*, 27, 99-107.
- Pihl, R.O., Peterson, J.B. & Lau, M.A. (1993). A biosocial model of the alcohol-aggression relationship. *Journal of studies on alcohol*, 11, 128–139.
- Pomerleau, C.S., Pomerleau, D.E., Flessland, K.A., & Basson, M.S. (1992). Relationship of Tridimensional Personality Questionnaire scores and smoking variables in female and male smokers. *Journal of Substance Abuse*, 4, 143-54.
- Prescott, C. A. & Kendler, K. S. (1999). Age at first drink and risk for alcoholism: a non causal association. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23 (1), 101–107.
- Rado, S. (1933). Psychoanalysis of pharmacothymia (drug addiction). *Psychoanalytic Quarterly*, 2, 1-23.

- Ravaja, N. & Keltikangas-Jarvinen, K., (2001). Cloninger's temperament and character dimensions in young adulthood and their relation to characteristics of parental alcohol use and smoking. *Journal of studies on alcohol*, 62, 98-104.
- Rilling, J. K., Glenn, A. L., Jairam, M. R., Pagnoni, G., Goldsmith, D. R., Elfenbein, H. A., Lilienfeld, S. O. (2007). Neural correlates of social cooperation and non-cooperation as a function of psychopathy. *Biological Psychiatry*, 61, 1260-1271.
- Rosovsky, H. (2009). Alcohólicos Anónimos en México: fragmentación y fortalezas. *Desacatos*, 29, 13-30.
- Rudolf, H., & Watts, J. (2002). Quality of life in substance abuse and dependency. *International Review of Psychiatry*, 14, 190-197.
- Ryb, G., Dischinger, P., Kufera, J. & Read, K. (2006). Risk perception and impulsivity: Association with risky behaviors and substance abuse disorders. *Accident Analysis and Prevention*, 38, 567-573.
- Sander, T., Harms, H., Dufen, P., Kuhn, S., Hoeche, M., Lesch, K.P., Schmidt, LG. & Rommelspacher, H. (1998). Serotonin transporter gene variants in alcoholdependent subjects with dissocial personality disorder. *Biol. Psychiatry* 43, 908-1012.
- Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención de las Adicciones, Comisión Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Psiquiatría. (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011. México: Secretaría de Salud. Centro Nacional para la Prevención de las Adicciones. Comisión Nacional contra las Adicciones. Instituto Nacional de Salud Pública. Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Sellman, D. (2010). The 10 most important things known about addiction. *Addiction*, 105(1), 6-13.
- Sellman, J. D., Mulder, R. T., Sullivan, P. F., & Joyce, P. R. (1997). Low persistence predicts relapse in alcohol dependence following treatment. *Journal of studies on alcohol*, 58(3), 257-263.
- Sheehan, D.V., Harnett-Sheehan, K. & Raj, B.A. (1996). The measurement of disability. *International Clinical Psychopharmacology*. 2(3): 89-95.
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ...Dunbar, G.C. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Sher, K. J., Bartholow, B. D. & Wood, M. D. (2000). Personality and substance use disorders: a prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 818.
- Sholberg, M. M. & Mateer, C. A. (1989). Remediation of executive functions impairments. In Sholberg M. M, Mateer, C.A. (eds.), *Introduction to cognitive rehabilitation* (pp. 232-263). Nueva York: Guilford Press
- Siegel, R. E. (1973). *Galen's system of physiology and medicine*. Karger.
- Spinella, M. (2005). Prefrontal substrates of empathy: Psychometric evidence in a community sample. *Biological Psychology*, 70, 175-181.

- Squire, L.R. & Zola-Morgan S. (1991). The medial temporal lobe memory system. *Science*, 253, 1380-1386
- Stallings, M. C., Hewitt, J. K., Cloninger, C. R., Heath, A. C., & Eaves, L.J. (1996). Genetic and Environmental Structure of the Tridimensional Personality Questionnaire: Three or Four Temperament Dimensions? *Journal of Personality and Social Psychology*, 70 (1), 127-140.
- Stein, L. (1978). Rewad transmitters, catecholamines and opioid peptides. En A. L. DiMascio y F. Killam (Eds.), *Psychofarmacology, a generation of progress*. N.Y.: Raven Press Books.
- Stern, B.L., Caligor, E., Clarkin, J.F., Critchfield, K.L., MacCornack, V., Lenzenweger, M.F., et al. (2010). The Structured Interview of Personality Organization (STIPO): preliminary psychometrics in a clinical sample. *Journal of Psychological Assessment*, 91(1), 35-44.
- Strand, J.G. & Benjamin, L.S. (1997). Resistance to change in individuals with personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 10, 132-135.
- Suhara, T., Yasuno, F., Sudo, Y., Yamamoto, M., Inoue, M., Okubo, Y. y Suzuki, K. (2001). Dopamine D2 receptors in the insular cortex and personality trait of novelty seeking. *Neuroimage*, 13, 891-895
- Svrakic, D.M., Whitehead, C., Przybeck, T.R. & Cloninger, C. R. (1993). Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 991.
- Takeuchi, M., Yoshino, A., Kato, M., Ono, Y., & Kitamura, T. (1993). Reliability and validity of the Japanese version of the Tridimensional Personality Questionnaire among university students. *Comprehensive Psychiatry*, 34(4), 273-279.
- Tellegen, A. (2003). *Introducing the new MMPI-2 Restructured Clinical (RC) Scales – The first variant version of the clinical scales*. Minneapolis: University of Minnesota Press Test Division.
- Thevos, A.K., Brady, K.T., Grice, D., Dustan, L. & Malcolm, R.A. (1993). Comparison of Psychopathology in Cocaine and Alcohol Dependence. *The American Journal on Addictions*, 2, 279-286.
- Torgerson, S., Kringle, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archive of General Psychiatry*, 58, 590-596.
- Thorpe, W.H. (1956). *Learning and Instinct in Animals*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Thurstone, L. L. (1934). The vectors of mind. *Psychological Review*, 41, 1-32.
- Tirapu, J., García Molina, A., Luna, P., Roig, T. y Pelegrín, C. (2008). Modelos de funciones y control ejecutivo. *Revista de Neurología*, 46, 684-692
- Tirapu, J., Pérez Sayes, G., Erekatxo, M. y Pelegrín, C. (2007). ¿Qué es la teoría de la mente? *Revista de Neurología*, 44, 479-489.
- Torrens, M., San, L., Martínez, A., Castillo, C., Domingo-Salvany, A. & Alonso, J. (1997). Use of the Nottingham Health Profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment. *Addiction*, 92, 707-716.
- Treece, C , & Khantzian, E. J. (1986). Psychodynamic factors in the development of drug dependence. *Substance Abuse*, 9, 399-112.

- United Nations Office on Drugs and Crime. (2008). Principles of Drug Dependence Treatment: Discussion Paper.
- Van Ammers, E.C., Seilman, J.D., Mulder, R.T. (1997). Temperament and substance abuse in schizophrenia: is there a relationship? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 283-288.
- Verheul, R., Van den Brink, W. & Hartgers, C. (1995). Prevalence of personality disorders among alcoholics and drug addicts: An overview. *European Addiction Research*, 1,166–177.
- Volkow, N.D. & Li, T.K. (2004). Drug addiction: the neurobiology of behavior gone awry. *Nature Reviews Neuroscience*, 5(12), 963-970.
- Volkow, N.D., Fowler, J.S., Wang, G.J., Swanson, J.M. & Telang, F. (2007). Dopamine in drug abuse and addiction: results of imaging studies and treatment implications. *Archives of neurology*, 64(11), 1575-1579.
- Vos, T., Flaxman, A.D., Naghavi, M., et al. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380, (21)63-96.
- Vukov, M., Baba - Milkic, N., Lecic, D., Mijalkovic, S., & Marinkovic, J. (1995). Personality dimensions of opiate addicts. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91(2), 103-107.
- Waller, N. G., Lilienfeld, S. O., Tellegen, A., & Lykken, D. T. (1991). The tridimensional Personality Questionnaire: Structural validity and comparison with the Multidimensional Personality Questionnaire. *Multivariate Behavioral Research*, 26, 1-23.
- Wechsler, H. & McFadden, M. (1979). Drinking among college students in New England: extent, social correlates and consequences of alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 969-996.
- Wellman, H. M. (1990). *The child's theory of mind*. Cambridge: MIT Press.
- Weiss, R.D., Mirin, S.M., Griffin, M.L., Gunderson, J.G. & Hufford, C. (1993). Personality disorders in cocaine dependence. *Comprehensive Psychiatry*, 34,145–149.
- Weiss M, Wagner S: What explains the negative consequences of adverse childhood experiences on adult health? Insights from cognitive and neuroscience research. (1998). *American Journal of Preventive Medicine*, 14:356–360.
- Wiesbieck, G. A., Mauerer, C., Thome, J., Jacob, F. y Boening, J. (1995). Neuroendocrine support for a relationship between «novelty seeking» and dopaminergic function in alcohol-dependent men. *Psychoneuroendocrinology*, 20, 755-761.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586.11
- Willis, T.A., Vaccaro, D. & Mcnamara G.A. (1994). Novelty seeking, risk taking, and related constructs as predictors of adolescent substance use: an application of Cloninger's theory. *Journal of Substance Abuse*, 6, 1-20.
- Wiggins, J. S. (1968). Personality structure. *Annual review of Psychology*, 19, 293-350.

- Windle, M. (1991). Alcohol use and abuse: some preliminary findings from the National Adolescent Student Health Survey. *Alcohol Health and Research World*, 15, 5–10.
- Wood, B. L. (1987). *Children of alcoholism—The struggle for self and intimacy in adult life*. New York: New York University Press.
- World Health Organization (2008). *The Global Burden of Disease, 2004 Update*.
- World Health Organization (2012). A comprehensive global monitoring framework, including indicators, and a set of voluntary global targets for the prevention and control of non-communicable diseases. Retrieved from: http://www.who.int/nmh/events/2012/discussion_paper3.pdf
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2005). *Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference*. Diamond Pocket Books (P) Ltd.
- Wurmser, L., & Zients, A. (1982). The return of the denied superego. *Psychoanalytic Inquiry*, 2, 539–580.
- Yamaguchi, K. & Kandel, D. B. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: III. Predictors of progression. *American Journal of Public Health*, 74, 673–681.
- Zanarini, M.C. (1993). Borderline personality disorder as an impulse spectrum disorder. In: Paris, J. (Ed.) *Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment* (pp. 67-86). Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Zimmerman, M. & Coryell, W.H. (1989). DSM-III Personality Disorder Diagnoses in a Nonpatient Sample: Demographic correlates and comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 682–689.
- Zimmerman, M. & Coryell, W.H. (1990). Diagnosing personality disorders in the community: A comparison of self-report and interview measures. *Archive of General Psychiatry*, 47, 527–531.
- Zola-Morgan, S., Squire, L.R. & Amaral, D.G. (1986). Human amnesia and the medial temporal region: enduring memory impairment following a bilateral lesion limited to field CA1 of the hippocampus. *Journal of Neuroscience*, 6(10), 2950-2960.