

Influencia de los trastornos de la personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo

Influence of personality disorders and consumption patterns on the efficacy of a relapse-prevention program for the treatment of alcoholism

JOSÉ MIGUEL MARTÍNEZ-GONZÁLEZ*; JOSÉ LUIS GRAÑA GÓMEZ**; HUMBERTO MANUEL TRUJILLO MENDOZA***

* Centro Provincial de Drogodependencias de Granada. Doctor en Psicología. Especialista en Psicología Clínica; **Universidad Complutense de Madrid. Profesor Titular; *** Universidad de Granada. Profesor Titular.

Enviar correspondencia a:
José Miguel Martínez González.
Centro Provincial de Drogodependencias de Granada.
Hospital de San Juan de Dios. C/ San Juan de Dios. Granada.
jmmgon@correo.ugr.es / jmmgonz@dipgra.es

recibido: octubre 2007
aceptado: julio 2008

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo analizar la eficacia de un programa de tratamiento cognitivo conductual en formato de terapia individual y grupal para personas con un problema de alcoholismo, y determinar el papel que juegan determinadas variables de personalidad en el proceso de recuperación terapéutica.

La muestra estaba formada por 80 pacientes diagnosticados con un problema de alcoholismo, siendo el 83.8 % hombres (n = 67) y el 16.3 % mujeres (n = 13). La edad media era de 42.73 años y la desviación típica 9.63 años.

Se ha encontrado, fundamentalmente, una alta incidencia del trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo y patrones de consumo de alcohol que cambian en función de la presencia o ausencia de trastornos de personalidad. También se puso de manifiesto que los resultados variaban en relación a variables fisiológicas y a situaciones ambientales asociadas a la presencia de respuestas de deseo. El tratamiento de estos pacientes con patología dual exige un mayor esfuerzo por parte del terapeuta para potenciar la adherencia al tratamiento, aspecto que es crucial a la hora de completar el programa de tratamiento y alcanzar el éxito terapéutico. Se ha visto que la intervención cognitivo-conductual para la prevención de recaídas muestra resultados satisfactorios en pacientes con trastornos de la personalidad. Ni los patrones de consumo ni los trastornos de la personalidad predicen el tipo de terminación del tratamiento.

Palabras clave: Alcoholismo, patrones de consumo, trastornos de personalidad, tratamiento cognitivo-conductual, prevención de recaídas.

ABSTRACT

The purpose of this study is to analyze the efficacy of a cognitive-behavioral treatment program, in individual and group format, for people with alcohol problems, and to determine the role of some personality variables in the process of therapeutic recovery.

The sample was made up of 80 patients diagnosed as alcoholics, 83.8 % of whom were men (n = 67) and 16.3 % were women (n = 13). Mean age was 42.73 years, with a standard deviation of 9.63 years.

Basically, we found a high incidence of obsessive-compulsive personality disorder and consumption patterns that change as a function of the presence or absence of personality disorders. We also observed that the results varied in relation to physiological variables and environmental situations associated with the presence of craving responses.

Treatment of such patients with dual pathology demands greater effort from the therapist to promote treatment adherence, an aspect crucial to completion of treatment programs and to achieve therapeutic success. Cognitive-behavioral intervention for relapse prevention was observed to produce satisfactory results in patients with personality disorders. Neither consumption patterns nor personality disorders predict the type of treatment termination.

Key words: alcoholism, consumption patterns, personality disorder, cognitive-behavioral treatment, prevention, relapses.

INTRODUCCIÓN

El interés despertado a lo largo de los últimos años por el estudio de los trastornos de la personalidad (TP) en el ámbito de las adicciones, se justifica por las repercusiones que esta patología tiene en el diseño y desarrollo de programas de intervención cognitivo conductuales para abordar esta problemática. Sabemos que el desarrollo del tratamiento se acompaña de una gran cantidad de dificultades, ya que la presencia de algunos trastornos del Eje II se asocia con una peor evolución en los pacientes drogodependientes que tienen una historia adictiva más larga y compleja, así como con una mayor dificultad para conseguir una adecuada adherencia al tratamiento. Tanto es así que los drogodependientes con TP presentan una mayor tasa de abandonos terapéuticos (Gunderson, 2002).

La terapia cognitivo-conductual dirigida a la prevención de recaídas en pacientes alcohólicos es una de las opciones de intervención psicológica con mayor apoyo empírico en cuanto a los resultados obtenidos (Secades y Fernández, 2003; Becoña y Cortés, 2008). Este tipo de intervención ayuda a mejorar la adherencia al tratamiento, que es un tema crucial en el campo de las adicciones, ya que favorece la recuperación terapéutica al evitar abandonos prematuros de la terapia y posibilita que los pacientes puedan completar los programas de intervención dirigidos a superar la drogodependencia. También existe evidencia que indica que los pacientes alcohólicos con un trastorno de personalidad pueden beneficiarse con este tipo de programas, siempre que se trabaje de forma simultánea la drogodependencias y el posible trastorno y/o trastornos de personalidad (Person, Burns y Perloff, 1998; Sanderson, Beck y McGinn, 1994; citados en Pretzer, 1998).

Otro aspecto central a considerar con este tipo de población clínica consiste en abordar la motivación del paciente hacia el tratamiento como una variable central que va a potenciar, de nuevo, la adherencia al tratamiento como un mecanismo de cambio terapéutico, dirigido a superar la sintomatología asociada a las conductas de consumo de alcohol y el aprendizaje de estrategias de afrontamiento eficaces para superar con éxito tanto la dependencia del alcohol como aquellas características de personalidad que hacen que la recuperación terapéutica sea más difícil (Beck y Freeman, 1995; Santis y Casas, 1999; Caballo, 2004; Martínez-González y Trujillo, 2005).

En drogodependientes son muy frecuentes los TP del grupo B y C (DSM IV-TR). El rango de incidencia que muestran los estudios es bastante amplio, de hecho, se ha comprobado que el 65 % de los alcohólicos presentan patología dual (Roos, Glaser y Germanson, 1988), y, en general, más de un 50 % de drogodependientes que acuden a tratamiento presentan al menos un TP. Además, el perfil psicopatológico es más complejo si tenemos en cuenta que un 21.8 % de éstos casos presentan un trastorno del Eje I (Gunderson y Gabbard, 2002), siendo los más frecuentes los de ansiedad y del estado de ánimo (Casas y Guardia, 2002).

La efectividad de los tratamientos para los drogodependientes con TP es un tema de interés en la actualidad para intentar determinar en que medida este tipo de alteraciones de la personalidad facilitan o, por el contrario, dificultan la eficacia de la intervención terapéutica que se desarrolla con este tipo de pacientes. Los resultados de distintos estudios ponen de manifiesto que los programas existentes con un enfoque cognitivo-conductual producen cambios significativos en los pacientes que han finalizado el tratamiento (Ball, 1998 Pretzer, 1998; Van de Bosch, Verheul, Schippers y Van dem Brink, 2002; Quiroga y Errasti, 2003; Martínez-González y Trujillo, 2003) independientemente de la modalidad terapéutica utilizada, ya sea en formato individual o grupal (Irving, Bowers, Dunn y Wang, 1999). Sin embargo en algunos estudios se ha comprobado que la aplicación de la terapia en un formato grupal se obtenían mejores resultados terapéuticos (Verinis, 1996; Monras, Freixa, Ortega, Lligoña, Modon y Gual, 2000).

Considerando la evidencia existente sobre los programas de tratamiento para el alcoholismo, en la presente investigación se pretende aplicar un programa de tratamiento cognitivo conductual focalizado en la prevención de recaídas de la conducta de beber en alcohólicos que acuden al Centro de Atención a Drogodependientes de la Diputación de Granada. El programa se aplica en formato individual y grupal, esperando obtenerse mejores resultados con esta última modalidad terapéutica. También queremos saber si la presencia de trastornos de la personalidad y el perfil de patrones de consumo de alcohol predice el tipo de finalización del tratamiento.

MÉTODO

Participantes

La muestra consta de 80 pacientes que han iniciado tratamiento por su adicción al alcohol en el Centro Provincial de Drogodependencias de Granada. Se incluyeron todas las personas que aleatoriamente fueron asignadas desde la admisión a uno de los psicólogos del centro y que voluntariamente accedieron a completar el cuestionario empleado en el estudio. Debían de ser personas que presentaran exclusivamente adicción al alcohol, excluyendo a los policonsumidores y personas que presentaron a lo largo de su vida una adicción a otro tipo de drogas.

El 83.8 % eran hombres ($n = 67$) y el 16.3 % mujeres ($n = 13$). La edad media es de 42.73 años y la desviación típica de 9.63 años. El 79.5 % están casados y el 80.5 % tienen hijos. El 67 % ha estado trabajando durante los seis meses anteriores al inicio de tratamiento.

Procedimiento

Tanto la evaluación como el tratamiento grupal e individual lo llevé a cabo el mismo terapeuta, que en ambos casos era un psicólogo clínico.

Instrumentos de evaluación

La información sociodemográfica y el historial terapéutico se obtuvo consultando las historias clínicas.

El diagnóstico de la psicopatología del Eje I se hizo mediante la entrevista clínica para la verificación de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (2002). La psicopatología en el Eje I, tenida en cuenta, fue la observada al inicio del tratamiento. Durante la fase de evaluación se descartó que la sintomatología psicopatológica fuera producida por una intoxicación etílica o por los efectos del síndrome de abstinencia (APA, 2002).

Para el diagnóstico de los trastornos de personalidad se utilizó El Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad -IPDE- (Loranger, Sartorius, Andreoli, Berger, Buchheim et al., 1994; adaptado a la población española por López-Ibor, Pérez y Rubio, 1996). Instrumento desarrollado a partir del Examen de los Trastornos de la Personalidad (Personality Disorder Examination, PDE). La -IPDE- es una entrevista semiestructurada dirigida a evaluar los trastornos de la personalidad según la clasificación CIE-10 y/o DSM-IV.

También se empleó el Cuestionario de Patrones de Bebida (Rodríguez, 1993; en McCrady, Rodríguez y Otero-López, 1998), con el fin de evaluar las características del consumo de alcohol de los pacientes y su relación con distintas áreas de la vida del paciente. El cuestionario está compuesto por 335 ítems agrupados en las trece áreas siguientes: circunstancias ambientales, empleo, aspectos económicos, aspectos fisiológicos, relaciones interpersonales, relaciones de pareja, familia (padres-suegros), aspectos emocionales, factores estresantes vitales, repaso de las áreas vistas hasta el momento y consecuencias positivas y negativas del consumo. El instrumento proporciona información relevante sobre posibles precipitantes del consumo de alcohol.

Como criterios de exclusión se utilizaron los siguientes: capacidad de comprensión del español, presencia de otros trastornos mentales (por ejemplo, trastornos amnésicos, delirium, sintomatología psicótica, y en general aquellos trastornos que impiden a la persona responder de acuerdo con su historia personal), negativa a completar el cuestionario, no dar el consentimiento para rellenar los cuestionarios y completar los cuestionarios bajos los efectos del alcohol.

Para analizar la abstinencia del consumo de alcohol se utilizaron los siguientes criterios: respuestas del paciente a las preguntas del terapeuta sobre el consumo, hemogramas al inicio de tratamiento y a los tres meses e información de los familiares a lo largo del todo el programa de tratamiento.

Programa general de prevención de recaídas

Todos los participantes siguieron un tratamiento ambulatorio con terapia individual en el 63.4 % (n = 52) de los casos, mientras que el 36.6 % (n = 30) siguió un formato grupal. La asignación a cada una de las dos modalidades terapéuticas no fue aleatoria, sino que se realizó conforme a los siguientes criterios terapéuticos: mantenimiento inicial de la abstinencia, disponibilidad para acudir regularmente a

las sesiones, ausencia de psicopatología grave, habilidades interpersonales del paciente para participar en una terapia de grupo y aceptación de las normas de funcionamiento del grupo. Cuando estos criterios no se cumplían se le ofrecía un tratamiento individual.

Tanto en la modalidad individual como en la grupal la intervención psicológica consistió en la aplicación de un programa de prevención de recaídas con un enfoque cognitivo-conductual, en el que se utilizaron las siguientes estrategias terapéuticas: trabajo sobre la motivación al tratamiento, educación sobre la prevención de las recaídas, identificación y control de situaciones de alto riesgo (por ejemplo el diseño de procedimientos de prevención de respuesta y entrenamiento para hacer frente a la presión de grupo), entrenamiento para el control de fallos ocasionales en alcoholismo, empleo de contrato de contingencias, procedimientos de reestructuración cognitiva, aprendizaje de estrategias para el afrontamiento del *craving*, identificación y control de fallos aparentemente irrelevantes, entrenamiento en el manejo del estrés, empleo de procedimientos de exposición a estímulos condicionados con el consumo de alcohol, instauración de hábitos para el establecimiento de un estilo de vida equilibrado (redes de apoyo social, aprendizaje de habilidades sociales y realizar actividades gratificantes normalizadas), seguimiento de un plan de afrontamiento específico personal para situaciones de alto riesgo, analizar recaídas o consumos puntuales, en ocasiones se sumó a la terapia psicológica el empleo de fármacos "anticraving" y/o un interdicator.

Modalidades terapéuticas

Las modalidades terapéuticas fueron excluyentes entre sí.

a. Modalidad de tratamiento individual

Las sesiones individuales se realizaban como mínimo una al mes, tenían una duración de 60 minutos y el programa en su conjunto tenía que desarrollarse a lo largo de 12 meses. A éstas asistía ocasionalmente también algún familiar con el objetivo de evaluar la marcha del tratamiento y abordar diferentes aspectos de la dinámica familiar.

b. Modalidad de tratamiento grupal

En el caso de la terapia de grupo las sesiones de tratamiento se llevaron a cabo una vez por semana con una duración de 60 minutos. Las parejas o familiares cercanos al paciente acudían a una sesión de seguimiento individual con el psicólogo una vez al mes, con el objeto de evaluar el proceso de cambio del paciente, cotejar el mantenimiento de la abstinencia y orientarlos en la aplicación de estrategias útiles para la modificación de conductas. El tratamiento tenía que desarrollarse a lo largo de 12 meses.

Finalización del tratamiento

El tratamiento podía finalizar si se cumplía alguna de las siguientes condiciones (basadas en la tipificación de termi-

nación del tratamiento del Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogodependencias y Adicciones):

- a. *Alta terapéutica*: El paciente debía estar abstinentemente, al menos, durante 12 meses y haber instaurado un estilo de vida favorecedor de la abstinencia. Los criterios para considerar que la intervención había generado resultados positivos sobre el trastorno de la personalidad dependía de la modificación de los hábitos cognitivos y conductuales representativos de los cambios en la sintomatología de base del trastorno, de las conductas que pudieran llevar consigo malestar para las personas cercanas al paciente y de aquellas variables que pudieran explicar la vinculación del trastorno de la personalidad con el consumo de alcohol.
- b. *Alta voluntaria*: El paciente debía permanecer, al menos, dos meses en abstinencia y haber mejorado en áreas importantes de su vida, sin embargo han dejado de acudir a tratamiento. La alta voluntaria queda por tanto vinculada a la abstinencia como criterio de referencia, toda vez que los cambios en el Eje II son improbables en tan corto espacio de tiempo de tratamiento.
- c. *Abandono*: Aquellos casos que no consiguieron terminar con éxito la desintoxicación o volvieron a consumir, independientemente del tiempo que pudiesen llevar abstinentes. También se consideraron como abandonos aquellos casos que dejaron el tratamiento tras una recaída.

Análisis estadístico

Se ha realizado un análisis descriptivo sobre las características psicopatológicas, resultados del tratamiento y patrón de consumo; También se llevó a cabo un contraste de medias utilizando el estadístico "t-Student", para analizar diferentes comparaciones entre grupos en función de la patología dual o historia toxicológica; y, por último, un análisis de regresión para conocer la capacidad predictiva de la patología dual y los patrones de consumo sobre el éxito del tratamiento.

RESULTADOS

Patología dual

En la Tabla 1, pueden observarse las prevalencias de los trastornos del Eje I y II según el DSM IV-TR. El 62.5 % de los participantes presenta patología dual, de los que el 35.3 % tiene un trastorno del Eje I y, exclusivamente, en el Eje I un 20.3%. Los más frecuentes son un trastorno del estado de ánimo (53.2%) y de ansiedad (33.1%).

El 44.3 % de los pacientes presentan, al menos, un TP, y de estos el 17.7 % tiene un trastorno del Eje I. En el Eje II, los

trastornos más frecuentes son el obsesivo-compulsivo (41.2 %), por dependencia (23.5 %) y no especificado (17.6 %).

Tabla 1. Distribución de frecuencias y porcentajes de pacientes con psicopatología en el Eje I y II

Trastornos del Eje I	%
Ataque de pánico	3,4 (n = 1)
Fobia social	10,3 (n = 3)
Depresión.	37,9 (n = 11)
T. estado de ánimo inducido por el consumo de alcohol.	10,3 (n = 3)
T. obsesivo-compulsivo con agorafobia.	3,4 (n = 1)
T. por estrés postraumático.	3,4 (n = 1)
Distimia.	3,4 (n = 1)
Agorafobia.	6,9 (n = 2)
Insomnio primario.	3,4 (n = 1)
Anorexia	3,4 (n = 1)
Fobia específica.	3,4 (n = 1)
T. obsesivo-compulsivo	3,4 (n = 1)
T. estado de ánimo no especificado.	3,4 (n = 1)
T. adaptativo	3,4 (n = 1)
Total	100,0 (n = 29)
Trastornos del Eje II	%
Limite	5,9 (n = 2)
Narcisista	2,9 (n = 1)
Histriónico	2,9 (n = 1)
Por dependencia	23,5 (n = 8)
Obsesivo-compulsivo	41,2 (n = 14)
Evitativo	2,9 (n = 1)
No especificado	17,6 (n = 6)
Obsesivo-compulsivo + dependencia	2,9 (n = 1)
Total	100 (n = 34)

Evolución y patrones de consumo

La edad media con la que los participantes empiezan a tener problemas con el alcohol fue a los 25.96 años, no observándose diferencias entre pacientes con y sin trastornos de personalidad. Sin embargo, al compararlos en función de la presencia de psicopatología en cualquiera de los Ejes, se observa que los que sí presentan algún tipo de psicopatología empiezan a ser conscientes de los problemas derivados del consumo de alcohol a edades más tardías ($t = 2.113$; $p = .038$) (Tabla 2).

El tiempo medio transcurrido desde que el paciente es consciente de su adicción hasta el inicio de tratamiento fue de 15.64 años, no encontrando diferencias estadísticamente significativas en función de la presencia de TP.

En relación al tiempo máximo de abstinencia alcanzado con anterioridad al tratamiento, con o sin TP, se observó un rango que oscilaba entre no haber estado nunca antes abstinentemente y haberlo estado durante 180 meses. Debemos resaltar tres momentos en los que recaen mayor número de pacientes, esto es, al mes de haber completado la fase de abstinencia, a los 3, 6 y 12 meses.

Al analizar los patrones de consumo de alcohol, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en varias áreas dependiendo de la presencia o no de TP. Los pacientes con TP, consumían a lo largo del día en más momentos

Tabla 2. Comparaciones de medias.

	Grupos de comparación	Medias	t	gl	P
Empieza el problema (Edad a la que refiere haber empezado a tener problemas con el alcohol)	Presenta patología dual	27,76	2,113	75	,038
	No presenta patología dual	22,75			
Salida del tratamiento (3 = alta terapéutica; 2 = alta voluntaria; 1 = abandono).	Terapia de grupo	2,50	2,109	63	,039
	Terapia individual	2,05			
Salida del tratamiento. (3 = alta terapéutica; 2 = alta voluntaria; 1 = abandono).	Hasta un año en tratamiento	1,88	-4,495	65	,000
	Trece meses o más en tratamiento	2,76			
Tiempo que permanece el paciente en tratamiento. (Meses)	No presenta trastorno de la personalidad.	17,93	2,294	77	,025
	Sí presenta trastorno de la personalidad.	35,86			
Número de momentos del día en que consume alcohol. (nº de ítems señalados de un total de 9)	No presenta trastorno de la personalidad.	3,39	3,096	77	,003
	Sí presenta trastorno de la personalidad.	4,69			
Nº de aspectos fisiológicos precipitantes del consumo. (nº de ítems señalados de un total de 9)	No presenta trastorno de la personalidad.	2,50	2,292	77	0.025
	Sí presenta trastorno de la personalidad.	3,49			
Número circunstancias ambientales diversas. (nº de ítems señalados de un total de 15)	No presenta trastorno de la personalidad.	3,39	2,422	77	,018
	Sí presenta trastorno de la personalidad.	4,69			
Aspectos emocionales precipitantes del consumo: ítem "enfado". (0 = ítem no señalado; 1 = ítems señalado; 2 = ítem destacado).	Presenta patología dual	.51	-2,469	74	,016
	No presenta patología dual	.90			
Aspectos emocionales precipitantes del consumo: ítem "feliz". (0 = ítem no señalado; 1 = ítems señalado; 2 = ítem significado).	Presenta patología dual	.26	-2,277	74	,027
	No presenta patología dual	.59			
Importancia atribuida al área de factores estresantes (menor valor de la media corresponde a mayor importancia concedida). (Escala tipo Likert con rango de 1 al 5 en el que el 1 significa máxima importancia y 5 mínima importancia)	No presenta trastorno de la personalidad.	.68	2,943	66	,046
	Sí presenta trastorno de la personalidad.	1,50			

que los que no presentaban esta psicopatología ($t = 3.096$, $p = .003$), presentan un mayor número de aspectos fisiológicos asociados al consumo ($t = 2.292$; $p = 0.025$), e identifican mayor número de circunstancias ambientales en las que beben o han tenido ganas de beber en comparación a los que no tienen este trastorno ($t = 2.422$; $p = .018$) (Tabla 2). Estas diferencias no se encontraron al comparar a los pacientes que no presentan psicopatología (incluidos Eje I y II) con los que sí la presentan. De esto se desprende que los pacientes se diferencian entre sí en función de algunas circunstancias ambientales precipitantes del deseo de consumir. Los pacientes que presentan algún trastorno del Eje II están expuestos a mayor número de situaciones de riesgo, ya que manifiestan consumir en más momentos, circunstancias y estados fisiológicos.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar los aspectos emocionales que preceden al consumo, en función de la presencia o no de un TP. Al compararlos en función de la presencia de cualquier psicopatología se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en dos estados emocionales "enfadado" ($t = -2.469$; $p = .016$) y "felicidad" ($t = -2.277$; $p = .027$) (ver Tabla 2). En ambos casos el mayor valor de la media correspondía a las personas que no presentan patología dual.

Se obtuvieron correlaciones de Pearson positivas y estadísticamente significativas entre el área que recoge los aspectos positivos del consumo de alcohol y ciertos estímulos ambientales. Determinados estímulos condicionados (como por ejemplo, una canción, lugares de consumo, un

bebedor, determinados días de la semana o mes, determinadas épocas del año, ciertos alimentos, algunos lugares de casa y cierta climatología) correlacionan de forma significativa con las consecuencias positivas del consumo del alcohol [$r = .318$, $p = .006$]. Según estos resultados se podría decir que los estímulos condicionados enumerados pueden suscitar un mayor deseo de beber, especialmente en pacientes con un TP.

Eficacia del tratamiento

En el momento de concluir la selección de participantes que formaron la muestra, habían terminado el tratamiento 70 de ellos. El 50.7 % de los participantes obtuvieron el alta terapéutica, el 19.4 % el alta voluntaria y el 29.9 % abandonaron.

De los pacientes con trastorno de la personalidad que habían concluido el tratamiento el 65.2 % fue considerado alta terapéutica, el 13 % alta voluntaria y el 21.7 % abandono.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la salida del tratamiento en función de si éste se aplica en grupo o individualmente. Las personas tratadas en grupo obtuvieron mejores resultados ($t = 2.109$; $p = .039$) (Tabla 2).

También se analizó la relación entre el tiempo que permanecen las personas en tratamiento, contabilizado en meses, y la salida de éste. Se encontró una correlación estadística-

mente significativa de .427 ($p = .001$) entre ambas variables, esto es, cuanto más dura el programa de tratamiento mejores resultados se obtienen. Además, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los que permanecieron 12 meses o menos en tratamiento y los que permanecieron más de 12 meses, obteniéndose mejores resultados en el grupo de pacientes que estuvieron más de 12 meses ($t = -4.495$; $p = .000$) (Tabla 2).

Los pacientes que presentaron un TP permanecieron más tiempo en tratamiento, lo que muestra que el grado de esfuerzo y dedicación que requiere el tratamiento de estos pacientes es mayor que cuando no presentan psicopatología en el Eje II ($t = 2.294$; $p = .025$) (Tabla 2).

Influencia de las pautas de consumo y trastornos de la personalidad sobre la recuperación terapéutica

La edad en que comienza a tener problemas con el consumo predice el tiempo que posteriormente tendrá que dedicar al tratamiento. Así lo indica el análisis de regresión en el que se establece como variable predictora la edad de inicio del problema y la variable criterio la duración del tratamiento ($Beta = .238$; $p = .032$). Cuanto más tarde reconoce la adicción más tiempo deberá permanecer posteriormente en tratamiento.

No se observaron diferencias con respecto al tipo de salida del tratamiento en función de la presencia o no de patología dual. Es importante tener en cuenta que la sola presencia de un trastorno de la personalidad no determina la probabilidad de abandono del tratamiento, sino que existen otras variables que parecen jugar un papel más importante como, por ejemplo, la motivación y la adherencia al tratamiento (véase tabla 3). El análisis de regresión logística nos muestra que la presencia de trastornos de personalidad no predice el modo en que finaliza el tratamiento.

Tabla 3. Salida del tratamiento (abandono, alta voluntaria, alta terapéutica) en función del tipo de tratamiento (grupal, individual).

La totalidad de la muestra.					
Tratamiento individual			Tratamiento grupal		
Abandono	Alta voluntaria	Alta terapéutica	Abandono	Alta voluntaria	Alta terapéutica
37,8%	18,9%	43,2%	14,3%	21,4%	64,3%
Pacientes con trastorno de la personalidad.					
Tratamiento individual			Tratamiento grupal		
Abandono	Alta voluntaria	Alta terapéutica	Abandono	Alta voluntaria	Alta terapéutica
25,0 %	8,3 %	66,7 %	25,0 %	16,7 %	58,3 %

Así mismo, el análisis de regresión lineal mostró que la duración del tratamiento predice el éxito en el tratamiento ($Beta = .425$; $p = .000$). Los resultados muestran que cuanto más tiempo esté el paciente en tratamiento, más probabilidad existirá de obtener mejores resultados.

Con respecto a la influencia que pudieran tener los patrones de consumo en los resultados de la intervención, el análisis de regresión muestra que los patrones de consumo, tanto parcialmente por áreas como en su conjunto, no predicen el modo en que finaliza el tratamiento.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la presente investigación muestran tres cuestiones relevantes para la intervención. En primer lugar, el tratamiento cognitivo-conductual, integrado y adecuadamente largo, es efectivo en los casos de alcoholismo con trastornos de la personalidad, toda vez que el 66.7 % con intervención individual y el 58.3 % grupal de estos pacientes obtienen el alta terapéutica. En segundo lugar, se observa que el tratamiento grupal es más efectivo que el individual en el tratamiento del alcoholismo. En tercer lugar, el éxito del tratamiento no depende de la presencia de trastornos de la personalidad ni del patrón de consumo de alcohol.

Se ha visto también que cuando la persona presenta un trastorno de la personalidad, el programa de prevención de recaídas debe atender especialmente los precipitantes de *craving*, que según parece son más numerosos en estos casos. Esta sensibilidad a los estímulos condicionados asociados al consumo parece depender específicamente de la presencia de TP, no sucediendo igual con otras psicopatologías concomitantes. Según los datos de este estudio, los pacientes con un TP son más sensibles y reaccionan en mayor medida a las circunstancias ambientales, a los acontecimientos estresantes y a variables fisiológicas.

Por otro lado, el hecho de que los pacientes que no presentan psicopatología hayan identificado en mayor medida las emociones positivas como precipitantes de recaídas, demuestra que no sólo las emociones negativas son capaces de generar el deseo de consumo sino que, para algunos pacientes, las emociones positivas pueden tener más peso que las negativas (Cumming, Gordon y Marlatt, 1980).

En nuestro estudio, como en otros, los TP mayoritarios corresponden a los trastornos de la personalidad obsesivo-compulsivo y por dependencia (Ball, Cobb-Richardson, Connolly, Bujosa y O'Neall, 2005; Bravo, Echeburúa y Aizpiri, 2008). Esta incidencia refuerza la hipótesis según la cual determinados trastornos de personalidad se asocian de forma específica al consumo de diferentes drogas (Fernández y Gutiérrez, 2005), esto es, el alcohol podría constituirse en droga de elección en estos casos, como se sugiere en estudios anteriores (Martínez-González, 2005). Por ejemplo, los pacientes alcohólicos con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad consumen preferentemente alcohol como respuesta conductual a un problema de adaptación, toda vez que el consumo les proporciona una desinhibición y relajación que resuelve fácilmente la insatisfacción que padece.

La intervención cognitivo-conductual para la prevención de recaídas muestra resultados satisfactorios, coincidiendo con otros trabajos que consideran el tratamiento cognitivo-conductual como un modelo efectivo en el tratamiento de las adicciones (Sánchez-Hervas y Tomás, 2001; Sánchez-Hervas, 2002; Becoña y Cortés, 2008). Particularmente se ha visto que las personas tratadas en grupo han obtenido mejores resultados que las tratadas individualmente, ratificándose así los resultados de los trabajos que han destacado la efectividad de la terapia de grupo en el tratamiento de la adicción al alcohol (Graña, 1994; Verinis, 1996).

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el tipo de finalización del tratamiento dependiendo de la presencia de TP. Se han beneficiado probablemente porque han presentado una buena adherencia al tratamiento, la cual se incrementa cuando el tratamiento es integrado, en el que se interviene conjuntamente sobre la adicción y las otras psicopatologías. La adherencia, por tanto, es un pilar básico de la intervención (Caballero, 1993) y contribuye a que el tratamiento pueda finalizarse satisfactoriamente, como señalan algunos autores (Sánchez-Hervas y Tomás, 2001).

Se han obtenido resultados terapéuticos satisfactorios en los pacientes con trastornos de la personalidad, de lo que se desprende que se benefician del tratamiento tanto como los que no presentan esta comorbilidad (Cacciola, Alterman, Rutherford, McKay y Suider, 1996). Según algunos autores, el éxito depende de la motivación del paciente, convirtiéndose, así, el trastorno de la personalidad en un predictor de recaída para los menos motivados pero no para los más motivados (Gerstley, Alterman y McLellan, 1990).

En definitiva, se observa que el tratamiento de pacientes alcohólicos con TP se diferencian de otros, en aspectos como la importancia que adquiere la exposición ante situaciones de riesgo en el programa de prevención de recaídas, lo que evidencia la necesaria adecuación de programas de prevención de recaídas para éstos pacientes (Martínez-González y Trujillo, 2003). El estudio muestra como el éxito del tratamiento cognitivo-conductual de pacientes alcohólicos no viene determinado ni por la presencia de TP ni por los patrones de consumo, sino que la eficacia del tratamiento depende, en gran parte, de la adherencia y del desarrollo de una intervención integrada que atienda las peculiaridades de los casos con patología dual y, por lo tanto, estos tratamientos deberán ser más largos.

Igualmente, sería interesante analizar con más detalle el papel que juega la medicación en la recuperación terapéutica.

REFERENCIAS

- APA (2002), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4ª Ed. Texto Revisado). Barcelona: Masson
- Ball S.A. (1998). Manualized treatment for substance abuse with personality disorders: dual forms schema therapy. *Addictive Behaviors*, 23, 883-891.
- Ball, S., Cobb-Richardson, P., Connolly A., Bujosa C. y O'Neill T. (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comprehensive psychiatry*, 46, 371-379.
- Becoña, E. y Cortés, M. (coord.) (2008). *Guía de intervención psicológica en adicciones. Guías Clínicas de Sociodrogalcohol basadas en la evidencia científica*. Valencia: Sociodrogalcohol.
- Beck, A.T. y Freeman A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Bravo, R., Echeburúa, E. y Aizpiri, J. (2008). Trastornos de la personalidad y dependencia al alcohol. Comunicación presentada en las XXXV Jornadas Nacional de Sociodrogalcohol. Santiago de Compostela.
- Caballero, L. (1993). Determinantes y significado de la retención en programas para drogodependientes. En M. Casas y M. Gossop (Coord), *Recaída y prevención de recaídas* (pp. 245-266). Barcelona: Citran.
- Caballo V.E. (coord) (2004) *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis
- Cacciola J.S., Alterman A.L., Rutherford M.J., McKay J.R. y Suider E.C. (1996). Personality disorder ad treatment outcome in methadone maintenance patients. *Journal of Nervios and Mental Diseases*, 184, 234-239.
- Casas M. y Guardia J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. Monografía alcohol. *Adicciones*, 14, supl. 1: 197-221.
- Cummings, C., Gordon, J.R. y Marlatt, G.A. (1980). Relapse: Prevention and prediction. En W.R. Miller (Ed.), *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity* (pp. 291-321). Nueva York: Pergamon Press.
- Fernández J.J. y Gutierrez E. (2005). Trastorno de la personalidad y dependencia de heroína: una relación por determinar. *Adicciones*, 17, 95-110.
- Gerstley L.J., Alterman A.L. y McLellan A.T. (1990). Antisocial personality disorder inpatients with substance abuse disorders: a problematic with substance abuse disorders: a problematic diagnosis? *American Journal of Psychiatry*, 147, 173-178.
- Graña, J.L. (1994). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Gunderson, J.G. (2002). *Trastorno límite de la personalidad. Guía clínica*. Barcelona: Ars Médica.
- Gunderson J.G. y Gabbard G.O. (2002). *Psicoterapia en los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Ars Médica.
- Hesselbrock, M.N., Meyer, R.E. y Keener, J.J. (1985). Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1050-1055.
- Irving, J.E., Bowers, C.A., Dunn, M.E. y Wang, M.C. (1999). Efficacy of relapse prevention: A metaanalytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 563-570.
- Kokkevi A., Stefanis N., Anastasopoulou E., y Kostogianni C. (1998). Personality disorders in drug abusers. Prevalence and their association with axis I disorders as predictors of treatment retention. *Addictive Behaviors*, 23, 841-853.
- Martínez-González, J.M. (2005). *Abordaje del drogodependiente con trastornos de la personalidad*. Libro de Ponencias de Encuentros Nacionales de Profesionales en Drogodependencias y Adiccio-

- nes (pp. 140-163). Noviembre. Chiclana de la Frontera. Cádiz. España.
- Martínez-González, J.M. y Trujillo H.M. (2003). *Tratamiento del drogodependiente con trastornos de la personalidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Martínez-González, J.M. y Trujillo H.M. (2005). Creencias y ajuste psicológico de la persona que acompaña al drogodependiente y creencias de éste durante el tratamiento. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 43-66.
- McCrary, B., Rodríguez, R. y Otero-López, J.M. (1998). *Los problemas de la bebida: Un sistema de tratamiento paso a paso*. Madrid: Pirámide.
- Monras, M., Freixa, N., Ortega, L., Ligoña, A., Modon, S. y Gual A. (2000). Eficacia de la terapia de grupo para alcohólicos. Resultados de un ensayo clínico controlado. *Medicina Clínica*, 116, 126-131.
- Pretzer J. (1998). Cognitive-behavioral approaches to the treatment of personality disorders. En C. Perris, P.D. McGorry y D. Patric (Eds.), *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders. Handbook of theory and practice* (pp.269-291). New York: John Wiley and Sons.
- Quiroga E. y Errasti J.M. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de la personalidad. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I* (pp.405-428). Madrid: Pirámide.
- Roos, H.E., Glaser F.B. y Germanson T.(1988).The prevalence of psychiatry disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Archive General Psychiatry*, 45, 1023-1031.
- Sánchez-Hervas E. y Tomás E. (2001). Intervención psicológica en conductas adictivas *Trastornos Adictivos*, 3, 21-27.
- Sánchez-Hervas, E. (2002). Psicoterapia en los trastornos por consumo de sustancias. *Anales de Psiquiatría*, 18, 180-188.
- Santis R. y Casas M. (1999). Diagnóstico Dual. Ponencia presentada en el VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Chiclana de la Frontera, España.
- Secades R. y Fernández J.R. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. En M Pérez, JR Fernández, C Fernández e I Amigo (coord), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Madrid: Pirámide.
- Van den Bosch, L., Verheul, R., Schippers, G. y van den Brik, W. (2002). Dialectical behaviors therapy of borderline patients with and without substance use problems implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*, 27, 911-923.
- Verinis J.S. (1996). Effect of an orientation to treatment group on the retention of alcoholics in outpatient treatment. *Substance use and misuse*, 31, 1423-1431.