

Estudio sobre aspectos etiológicos de la patología dual

Research on Etiological aspects of Dual Pathology

JUAN BAREA*; ANA BENITO**; MATIAS REAL***;
CÉSAR MATEU****; EVA MARTÍN*****; NURIA LÓPEZ*****;
GONZALO HARO*****

* Unidad de Conductas Adictivas de Moncada. Valencia.
** Unidad de Salud Mental. Hospital Provincial Plá. Alicante.
*** Unidad de Salud Mental Infantil. Consorcio Hospital Provincial de Castellón.
**** Fundación de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Valencia.
***** Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia.
***** Programa de Patología Dual Grave. Consorcio Hospital Provincial de Castellón.
Centro donde se realizó el trabajo: Unidad de Desintoxicación. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Enviar correspondencia a:
Dr. Gonzalo Haro. Programa de Patología Dual Grave. Hospital Provincial de Castellón. Calle Dr. Clará, 19 – 12002 Castellón (España).
E-mail: gharoc@comv.es.

recibido: enero 2008
aceptado: septiembre 2009

RESUMEN

Introducción: Es importante evaluar la interacción entre los antecedentes psicopatológicos familiares (AF), la dinámica familiar (DF), los trastornos de conducta, los trastornos por uso de sustancias y los trastornos de personalidad (TP).

Metodología: Estudio transversal con 350 drogodependientes evaluados los AF psiquiátricos, de alcoholismo y de drogodependencias; la DF; consumo de sustancias; y la presencia de TP, los problemas de conducta (PC) en la adolescencia y el trastorno disocial (TD). Las variables correlacionadas fueron incluidas en varios modelos de regresión logística.

Resultados: Una edad de inicio en el consumo más temprana se relaciona con AF de drogodependencia y peor DF. Los AF de alcoholismo, drogodependencias y psiquiátricos se relacionan con peor DF. Edad de inicio en el consumo más temprana, los AF y una peor DF se relacionan con los PC y el TD. Edad de inicio en el consumo más temprana, tener AF, una peor DF, los PC y el TD se relacionan con la presencia de algún TP. Permiten predecir la presencia de algún TP la edad de inicio en el consumo de metadona (IC(95):1,005/3,222; $p=0,048$) y de otros opiáceos (IC(95):0,233/0,894; $p=0,022$). La puntuación en AF de alcoholismo permite predecir la presencia de TP límite (IC(95):1,137-2,942; $p=0,013$), y la edad de inicio en el consumo de cocaína permite predecir la presencia de TP antisocial (IC(95):0,864/0,992; $p=0,028$).

Conclusiones: Los AF de consumo de sustancias y el consumo propio, predicen la presencia de algunos TP.

Palabras clave: Dual Pathology, Substance-use Disorders, Personality Disorders, Family Dynamics, Behaviour Disorders, Family Psychopathologic History.

ABSTRACT

Introduction: It is important to assess the interaction between family psychopathologic history (FH), family dynamics (FD), behavior disorders, substance-use disorders and personality disorders (PD).

Methodology: Cross-sectional design. The sample was made up of 350 subjects with substance-use disorders who were assessed for FH including alcoholism and substance-use disorders through an interview; for substance use via a questionnaire; for FD; for PD using the International Personality Disorder Examination (IPDE); for behavior problems in adolescence; and for disocial disorder. Correlated variables were included in logistic regression models.

Results: Early age of onset for substance use is related to FH of substance-use disorders and poorer FD. FH of alcoholism, substance-use disorders and psychiatric disorders are related to poorer FD. Early age of onset for substance use, FH and a disruptive FD are related to behavior problems and disocial disorder. Early age of onset for substance use, FH, disruptive FD, behavior problems and disocial disorder are related to presence of PD. Logistic regression predicted the presence of PD by age of onset for use of methadone (CI(95):1.005/3.222; $p=0.048$) and of other opiates (CI(95):0.864/0.992; $p=0.028$). FH score in alcoholism predicted Borderline Personality Disorder (CI(95):1.137-2.942; $p=0.013$), and age of onset of cocaine use predicted Antisocial Personality Disorder (CI(95):0.864/0.992; $p=0.028$).

Conclusions: FH of substance use and own use predict the presence of some PDs.

Key words: Dual Pathology, Substance-use Disorders, Personality Disorders, Family Dynamics, Behaviour Disorders, Family Psychopathologic History.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos psiquiátricos en la edad adulta están con frecuencia precedidos tanto por sus equivalentes juveniles como por otros trastornos. Existe de un 25% a un 60% de historia de trastorno disocial (TD) y trastorno negativista desafiante (TND) en todos los trastornos psiquiátricos adultos¹⁻³. En cuanto a los TP, hay evidencias de signos tempranos en la infancia que evolucionarían a rasgos desadaptativos de personalidad en la vida adulta⁴.

El uso de sustancias psicoactivas está fuertemente asociado con la morbilidad psiquiátrica, tanto en niños como en adolescentes y en adultos⁵⁻⁷. Cuando coexiste cualquier trastorno psiquiátrico con un trastorno por uso de sustancias (TUS) hablamos de patología dual. El 55% de adultos con TUS presentaban un diagnóstico psiquiátrico antes de los 15 años² y en la adolescencia se ha detectado una comorbilidad entre el TD y el consumo de sustancias⁸⁻¹³. Sin embargo la relación causal entre el TUS y el TD no está del todo resuelta. Por un lado el consumo de sustancias podría aparecer a causa del TD, complicando la evolución del mismo, así, hay estudios que indican que la aparición de TD durante la niñez es un factor de riesgo para el posterior consumo de cannabis a los 15 años⁸. En esta línea, algunos de estos estudios postulan la existencia previa de patología de conducta como factor de vulnerabilidad para presentar en la preadolescencia o adolescencia un TUS.

La hipótesis inversa es defendida en el estudio de Hser¹², donde se halló que el inicio temprano en el consumo de sustancias se asociaba con una mayor probabilidad de presentar un TD en la adolescencia. Es importante resaltar que en dicho estudio el 78% de los adolescentes con TD informaron que sus primeros síntomas de conducta disruptiva ocurrieron antes del inicio en el consumo, pero sin cumplir criterios de TD en ese momento.

Otros autores postulan que podría existir un factor común de vulnerabilidad para padecer patología de conducta de inicio en la niñez y en la adolescencia, así como para presentar un consumo de sustancias en dicha edad, entendiendo ambas patologías como diferentes manifestaciones de una misma entidad¹⁴⁻¹⁵.

Existen varios modelos que tratan de explicar la aparición de los trastornos psiquiátricos atendiendo a factores predisponentes de naturaleza multifactorial. Por un lado se describen los factores genéticos, donde se destaca el importante papel que juega el temperamento, por otro lado aparecen los factores ambientales, destacando de entre todos ellos la influencia familiar. En este ámbito la literatura científica recoge tres áreas de estudio principales: la relación entre conducta y genética, la expresividad emocional y la interacción entre la dinámica familiar (DF) y la patología infantil¹⁶.

Las familias saludables muestran grados equilibrados de cohesión entre los diferentes miembros y de adaptabilidad frente a los cambios que suponen las transiciones vitales. Las familias problemáticas se caracterizarían por grados extremos de cohesión y adaptabilidad¹⁷. En este sentido, la separación y los conflictos familiares a escala general se han

relacionado con incrementos en el consumo de sustancias y el desarrollo de problemas de conducta¹⁸⁻²¹. La influencia ejercida por el grupo de pares sobre el inicio en el consumo de sustancias y sobre las alteraciones de conducta está modulada por elementos de la DF²²⁻²³. Así, la conducta conflictiva secundaria a la disfunción familiar se reproduciría en la escuela provocando rechazo de los compañeros y fracaso escolar^{20, 24-27}. Esto conduciría al adolescente a la marginación, a las conductas antisociales y al desarrollo de un TUS al facilitar su asociación con pares de iguales en grupos antisociales^{25-26, 28-33}.

Otro de los factores relacionados con el desarrollo de psicopatología en los hijos es la presencia de antecedentes en los padres. Se ha objetivado que el uso de sustancias y la personalidad antisocial de los padres son predictores de un abuso doméstico tanto físico como verbal³⁴. Así mismo, contextos socio-familiares adversos, como la presencia en los padres de un TUS concomitante a un TP antisocial, se asocian con mayores tasas de depresión mayor, TD, trastorno de déficit de atención con hiperactividad, TND y trastorno de ansiedad por separación en la infancia, comparado con hijos de padres con sólo TUS y con hijos de padres sin ningún tipo de patología^{20, 35-38}.

La mayor prevalencia de trastornos detectados en los hijos de padres con patología previa tendría explicación por la parte genética compartida así como por la influencia ambiental basándose en los patrones de disciplina y elementos de modelado. Por lo tanto, ambas variables, genética y ambiente, confluirían en la DF.

En esta línea, el modelo de Patterson describe cómo la interacción del temperamento de los padres e hijos puede establecer un patrón de supervisión basado en interacciones coercitivas³⁹. A lo largo del tiempo las interacciones basadas en el empleo del castigo físico, donde predominan el criticismo, el abuso y la violencia, establecen disposiciones antisociales estables en el menor. A su vez, éstas facilitan el inicio precoz del uso de sustancias y de otras actividades antisociales^{29-30, 33, 40-41}.

Justificación, objetivos e hipótesis

Como se ha mencionado anteriormente, diferentes estudios han puesto de manifiesto que una DF disfuncional se relaciona con el consumo de sustancias y el desarrollo de problemas de conducta. Además, el consumo de sustancias y el TD también se relacionan entre sí y con el desarrollo de TP en la vida adulta.

Es importante destacar que los sujetos con TP reciben tratamiento psiquiátrico más frecuentemente, tienen menos apoyo social, un peor funcionamiento interpersonal, y peor respuesta al tratamiento de enfermedades psiquiátricas y somáticas. A su vez, los TUS ocasionan un gran deterioro personal, social y familiar, además de gastos en el sistema sanitario. El TP es un factor de riesgo para desarrollar patología psiquiátrica en general y al mismo tiempo constituye un factor de mal pronóstico que reduciría la eficacia de los

programas de tratamiento de los TUS, aumentando las tasas de recaídas, abandonos y la duración de la intervención⁴²⁻⁴⁴.

Un mejor conocimiento de las relaciones entre estas variables, permitiría profundizar en este campo de estudio y diseñar estrategias de evaluación y prevención relevantes sobre los factores más significativos, con el fin de reducir la incidencia y morbilidad de TD, TUS y TP.

El objetivo de esta investigación es evaluar una parte de la interacción entre los antecedentes psicopatológicos familiares, la DF, los trastornos de conducta, los TUS y los TP. El mejor conocimiento de dicha interacción ayudará a profundizar en la relación causal teóricamente existente entre ellas.

Las hipótesis del presente estudio son: 1) La presencia de antecedentes psicopatológicos familiares se relaciona con una edad de inicio en el consumo de sustancias más temprana, con una peor dinámica familiar (haber tenido conflictos graves con los progenitores, no haber tenido relación cercana y duradera con los progenitores, y haber sufrido abuso emocional, físico y/o sexual), con la presencia de problemas de conducta en la infancia y con la presencia de TP en la vida adulta. 2) Una peor dinámica familiar se relaciona con una edad de inicio en el consumo más temprana y con la presencia de problemas de conducta en la infancia y de TP en la vida adulta. 3) Una edad temprana de inicio en el consumo se relaciona con la presencia de problemas de conducta en la infancia y de TP en la vida adulta.

METODOLOGÍA

Diseño

Estudio transversal, de tipo observacional, con componentes descriptivos y analíticos.

Muestra

Los 350 sujetos participantes en el estudio se obtuvieron por muestreo consecutivo entre los pacientes drogodependientes que acudían para recibir tratamiento en una Unidad de Conductas Adictivas y una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria de la Comunidad Valenciana durante el primer semestre de 2005.

Recogida de datos

Se pasó a los sujetos una entrevista sobre antecedentes familiares psiquiátricos, de problemas con alcohol y de problemas con otras drogas, ponderando la cercanía de parentesco de cada familiar con antecedentes para obtener una variable continua para cada uno de estos tres antecedentes.

A los sujetos también se les pasaron cuestiones sobre la DF con las siguientes variables: si a lo largo de su vida habían tenido conflictos graves con su madre, habían tenido con-

flictos graves con su padre, habían tenido relación cercana y duradera con su madre, habían tenido relación cercana y duradera con su padre, habían sufrido abuso emocional, habían sufrido abuso físico y si habían sufrido abuso sexual.

Los sujetos también fueron evaluados con un cuestionario de consumo de sustancias⁴² y con el IPDE⁴⁵ para evaluar la presencia de trastornos de personalidad. Los problemas de conducta en la adolescencia también se obtuvieron mediante los ítems del IPDE correspondientes al TD, tomando la cantidad de criterios que cumplían de dicho trastorno como indicativo de la cantidad de problemas de conducta que presentaban y obteniendo así mismo una variable de la presencia o no de TD (se diagnosticaba TD si cumplían tres o más criterios del mismo).

Análisis de datos

El análisis estadístico de los datos del presente estudio se realizó mediante el paquete de software SPSS para el entorno Windows, en su versión 11.0. Tras el estudio descriptivo de todas las variables, se analizaron las correlaciones mediante la prueba de Pearson para correlaciones paramétricas y la de Spearman para las no paramétricas. Se consideraron significativas si $p < 0,05$. Posteriormente se utilizó la regresión logística para comprobar si las variables estudiadas permitían predecir la presencia de TP.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

El 76,6 % de los pacientes eran hombres y el 23,7% mujeres, siendo el 95,6% de los mimos de raza caucásica. La media de edad fue de 34,07 años (DT = 7,67) y la moda 31. Respecto al estado civil, el 62% eran solteros, el 17,1% estaban casados, el 9,7% separados, el 6,6% divorciados y el 3,4% eran viudos. La media de hijos era de 0,79 (DT = 1,25) y la moda 0.

El grado académico máximo obtenido por el 60% de la muestra era graduado/certificado escolar, el 24,3% grado medio, el 10,6% no había obtenido ninguno, el 1,7% diplomado/técnico y el 0,9% licenciado/ingeniero. La situación laboral fue de trabajo a tiempo completo en el 48,6% de pacientes, trabajo temporal/irregular el 22,6%, desempleado/ama de casa el 15,1%, retirado/invalidez el 7,1%, trabajo a tiempo parcial el 2,6%, ambiente protegido el 1,1% y estudiante el 0,3%.

Antecedentes familiares y dinámica familiar

El 64,3% de la muestra presentaba antecedentes familiares de trastorno por uso de alcohol, siendo la puntuación media ponderada de antecedentes de 0,68 (DT = 0,78). El 41,7% de la muestra presentaba antecedentes familiares de

trastorno por uso de otras sustancias, siendo la puntuación media de 0,34 (DT = 0,57). El 38,3% presentaba antecedentes familiares psicológicos/psiquiátricos, siendo la puntuación media de 0,36 (DT = 0,59).

El 9,9% de la muestra no percibía haber tenido relaciones cercanas y duraderas con su madre a lo largo de su vida, mientras que respecto a sus padres el porcentaje aumentaba al 22,2%. El 57,7% había tenido conflictos graves con su madre, y el 53,4% los había tenido con su padre. Además, el 48% de la muestra afirmaba haber sufrido abusos emocionales, el 23,1% abusos físicos y el 6,1% abusos sexuales.

Consumo de sustancias

El 77,4% presentaba como diagnóstico principal dependencia de opiáceos, el 14,5% dependencia de cocaína y el 8% dependencia de alcohol. No obstante, la media de sustancias de las que dependían los sujetos era 1,74 (DT = 0,91) y la moda 1, ya que algo más de la mitad de la muestra dependía de más de una sustancia. En concreto, el 48% dependía de una sola sustancia, el 32% de dos sustancias, el 16% de tres, el 3,1% de cuatro y el 0,9% de cinco. Las medias de edad de inicio en el consumo de tóxicos ordenada cronológicamente se muestran en la tabla 1.

Problemas de conducta en la infancia

El 62,9% de la muestra no cumplía criterio alguno de TD, es decir, no habían presentado problemas de conducta significativos en la infancia. Por otra parte, el 37,1% cumplía al menos uno de los criterios, presentando diagnóstico de TD el 22,6% de la muestra.

Trastornos de personalidad

El 47,7% de la muestra presentaba al menos un TP, presentando el 37% un TP, el 6,9% dos, el 1,4% tres, y el 1,7% cuatro. Los TP más frecuentes en la muestra eran el límite (17,4% diagnosticados y 12,3% con diagnóstico de trastorno probable), el no especificado (14,3% diagnosticados y 3,7% probable), el antisocial (12,6% diagnóstico y 14,6% probable) y el paranoide (8% diagnóstico y 8,9% probable). El resto de trastornos presentaban prevalencias notablemente más bajas: 4,6% evitación, 1,7% esquizoide y narcisista, 0,9% dependiente y obsesivo-compulsivo y 0,3% esquizotípico e histriónico.

Para el análisis posterior de correlaciones se han utilizado sólo las variables presencia de algún TP y los TP límite, no especificado y antisocial, debido a que las bajas prevalencias encontradas en los demás trastornos podrían afectar a la fiabilidad de los resultados.

Correlaciones entre edades de inicio, antecedentes familiares y dinámica familiar

Muchas de las edades de inicio en el consumo se relacionaban positiva y significativamente entre ellas, como se puede ver en la tabla 2.

Las correlaciones que resultaron significativas entre las edades de inicio en el consumo, los antecedentes psicopatológicos familiares y las variables de dinámica familiar se pueden observar en la tabla 3. Las correlaciones significativas ($p < 0,05$) van en la dirección señalada en las hipótesis propuestas en este estudio, es decir, una edad de inicio en el consumo de sustancias más temprana se relaciona con antecedentes familiares de drogodependencias y una peor dinámica familiar. Así mismo, los antecedentes familiares de alcoholismo, drogodependencias y psicológicos/psiquiátricos se relacionan con una peor dinámica familiar.

Tabla 1. Edades medias de inicio en el consumo de sustancias

	Inhalantes	Cannabis	Alucinógenos	Anfetaminas	Cocaína	Alcohol a dosis altas	Heroína	Drogas de síntesis	Policonsumo	Otros opiáceos	Benzodiazepinas	Metadona
Media	14,93	15,52	15,90	17,30	17,61	19,31	19,54	20,09	20,10	20,49	23,24	28,30
DT	6,06	3,35	5,72	4,06	9,16	8,68	5,46	5,34	6,26	9,29	7,06	6,56

Tabla 2. Correlaciones entre las edades de inicio en el consumo de sustancias

	Alcohol dosis altas	Heroína	Metadona	Otros Opiáceos	Benzodiazepinas	Cocaína	Anfetaminas	Cannabis	Alucinógenos	Inhalantes	Drogas Síntesis	Policonsumo
Alcohol dosis altas	-				,329**	,233**						,462**
Heroína		-	,480*		,274**	,298**		,232**				,203**
Metadona			-		,265**	,269**	,321**	,191**	,172*	,404**		,296**
Otros Opiáceos				-	,287**			,213*	,277**			,195*
Benzodiazepinas					-	,335**	,268**	,226**	,257**	,354*	,556*	,466**
Cocaína						-	,444**	,325**	,323**	,405**	,531**	,506**
Anfetaminas							-	,449**	,568**		,516**	,359**
Cannabis								-	,164*	,291*	,592**	,346**
Alucinógenos									-	,328*	,695**	
Inhalantes										-		
Drogas Síntesis											-	
Policonsumo												-

*Probabilidad <0,05 ** Probabilidad <0,01

Tabla 3. Correlaciones entre edades de inicio en el consumo, antecedentes familiares y dinámica familiar

	Antecedentes familiares				Dinámica familiar					
	Alcohol	Otras sustancias	Psicológicos/psiquiátricos	Relaciones padre	Relaciones madre	Problemas padre	Problemas madre	Abuso emocional	Abuso físico	Abuso sexual
Edad de inicio en el consumo	Metadona									
	Otros opiáceos									
	Benzo-diacepinas									
	Cocaína									
	Anfetaminas									
Dinámica familiar	Relaciones padre									
	Relaciones madre									
	Problemas padre									
	Problemas madre									
	Abuso emocional									
	Abuso físico									
Abuso sexual										

* Probabilidad <0,05 ** Probabilidad <0,01

Tabla 4. Correlaciones problemas de conducta y trastorno disocial con edades de inicio en consumo, antecedentes familiares y dinámica familiar.

	Edades de inicio en el consumo							Antecedentes familiares		Dinámica familiar	
	Heroína	Metadona	Benzo-diacepinas	Cocaína	Anfetaminas	Cannabis	Alucinógenos	Policonsumo	Alcohol	Drogas	Abuso emocional
Problemas de conducta											
Trastorno disocial											

* Probabilidad <0,05 ** Probabilidad <0,01

Tabla 5. Correlaciones significativas entre trastornos de personalidad y edades de inicio en el consumo, antecedentes familiares, dinámica familiar, problemas de conducta y trastorno disocial.

	Edades de inicio en el consumo				Antecedentes familiares		Dinámica familiar		Problemas de conducta		Trastorno disocial	
	Heroína	Otros opiáceos	Benzo-diacepinas	Cocaína	Anfetaminas	Cannabis	Alucinógenos	Policonsumo	Alcohol	Drogas	Abuso emocional	Abuso físico
EADAES DE INICIO	Heroína											
	Otros opiáceos											
	Benzo-diacepinas											
	Cocaína											
	Anfetaminas											
	Cannabis											
	Alucinógenos											
	Inhalantes											
ANTECEDENTES FAMILIARES	Alcohol											
	Drogas											
DINÁMICA FAMILIAR	Relaciones madre											
	Problemas madre											
	Abuso emocional											
	Abuso físico											
Problemas conducta												
Trastorno disocial												

* Probabilidad <0,05 ** Probabilidad <0,01

Correlaciones de los problemas de conducta y el trastorno disocial con las edades de inicio en el consumo, los antecedentes familiares y la dinámica familiar

Las correlaciones significativas ($p < 0,05$) entre estas variables se pueden observar en la tabla 4. De acuerdo con las hipótesis planteadas, una edad de inicio en el consumo más temprana, los antecedentes psicopatológicos familiares y una peor dinámica familiar (en concreto la presencia de abuso emocional) se relacionan con la presencia tanto de problemas de conducta como con el diagnóstico de TD.

Correlaciones entre los trastornos de personalidad y las edades de inicio en el consumo, los antecedentes familiares, la dinámica familiar, los problemas de conducta y el trastorno disocial

Las correlaciones significativas ($p < 0,05$) entre estas variables se pueden observar en la tabla 5. Una edad de inicio en el consumo más temprana, tener antecedentes psicopatológicos familiares, una peor dinámica familiar, los problemas de conducta en la adolescencia y la presencia de TD se relacionan con la presencia de algún TP.

Regresión logística de la presencia de trastornos de personalidad según las variables estudiadas

Se utilizó regresión logística con el método adelante condicional para comprobar si las variables relacionadas significativamente con los diferentes TP permitían predecir la presencia de los mismos. En dicha regresión no se introdujeron las variables referentes a problemas de conducta y presencia de TD porque ambas son evaluadas con el mismo instrumento que evalúan los TP, por lo que no se trata de mediciones independientes y esto podría sobrevalorar su capacidad predictiva.

Las variables que permiten predecir la presencia de algún TP son la edad de inicio en el consumo de metadona (IC(95):1,005-3,222; Exp(B): 1,800; $p = 0,048$) y la edad de inicio en el consumo de otros opiáceos (IC(95):0,233-0,894; Exp(B): 0,457; $p = 0,022$). La variable que permite predecir la presencia de TP límite es la puntuación en antecedentes familiares de alcoholismo (IC(95): 1,137-2,942; Exp (B): 1,829; $p = 0,013$), mientras que la que permite predecir la presencia de TP antisocial es la edad de inicio en el consumo de cocaína (IC(95): 0,864-0,992; Exp(B): 0,926; $p = 0,028$).

DISCUSIÓN

Dentro de las limitaciones de este estudio, destacar que no se dispone de grupo control con el que comparar los resultados obtenidos. El hecho de que algunas de las variables estudiadas se evalúen a posteriori y no en el momento de ocurrencia hace que los resultados puedan estar distorsio-

nados por la memoria de los sujetos. En esta línea, un estudio de Parra⁴⁶ muestra una tendencia a aumentar la edad de inicio informada de consumo de tóxicos según pasa el tiempo.

Además, se incluyen pocas variables de dinámica familiar y son muy genéricas, como suele ocurrir en los estudios retrospectivos sobre el tema. Además dichas variables se evalúan sólo desde el punto de vista del sujeto, ya que no se dispone de familiares informantes.

Otro hecho a destacar es que los problemas de conducta se evalúan con el número de criterios de TD que cumplen los sujetos, obtenidos a partir del IPDE, lo que seguramente sobreestima la relación entre estas dos variables y el TAP, ya que la presencia de TD es necesaria para diagnosticarlo. También el evaluar los problemas de conducta, el TD y los TP con el mismo instrumento puede sesgar los resultados. Así mismo, dicha evaluación de los problemas de conducta se ciñe a una lista limitada de los mismos, que además está circunscrita a los más graves; lo que, quizá explica el gran porcentaje de sujetos de la muestra que no presentó ningún problema de conducta en la infancia.

Por último, el 77,4% de los pacientes son dependientes de opiáceos, la mayoría de ellos en tratamiento con metadona, y hay estudios que plantean que dicho tratamiento podría modificar las dimensiones de personalidad de los sujetos⁴⁷ y que los coeficientes de fiabilidad de la evaluación de los TP en dependientes de opiáceos son bajos⁴⁸.

A pesar de estas limitaciones, en general las relaciones que resultaron significativas van en la dirección planteada en las hipótesis. Respecto a la primera hipótesis, los antecedentes familiares de alcoholismo se relacionan con peores relaciones con el padre, haber tenido problemas graves con el padre y haber recibido abuso tanto emocional como físico. Esto coincide con los estudios que afirman que la presencia de alcoholismo en la familia se asocia con deterioro de la DF⁴⁹⁻⁵⁰. También se relacionan con una mayor cantidad de problemas de conducta, con la presencia de TD y con la presencia de algún TP y el TP límite. No obstante, a diferencia de lo encontrado en otros estudios⁵¹, los antecedentes familiares de alcoholismo no se relacionan con ninguna de las edades de inicio en el consumo, ni siquiera la de alcohol. Esto podría explicarse por el sesgo al recordar la edad de inicio tal y como se ha comentado anteriormente, pero también por el hecho de que se evalúa la edad de inicio en el consumo de dosis altas, cuando ya los sujetos han probado otras drogas según se muestra en los datos. Quizá el resultado hubiera sido diferente en el caso de evaluar la edad de inicio en el consumo a cualquier dosis. Tampoco se relacionan estos antecedentes con el TP antisocial, a pesar de los estudios que asocian la historia familiar de alcoholismo y este TP⁵²⁻⁵³.

Los antecedentes familiares de problemas con otras sustancias diferentes al alcohol se relacionan con una edad más temprana de inicio en el consumo de metadona y cocaína, coincidiendo con estudios precedentes que encuentran que la historia familiar de TUS es uno de los mayores factores de riesgo para el desarrollo de este trastorno⁵⁴⁻⁵⁵. Estos antecedentes también se relacionan con haber tenido peores relaciones con el padre y problemas con la madre y haber sufrido

abuso emocional y físico. Sin embargo, no se relacionan con la presencia de ningún TP, en discrepancia con estudios precedentes⁵⁶.

Por su parte, los antecedentes familiares de problemas psicológicos / psiquiátricos tan sólo se relacionan con haber sufrido abuso emocional y físico.

Respecto a la segunda hipótesis, haber tenido relaciones próximas con el padre no se relaciona con ninguna edad de inicio, ni con los problemas de conducta, ni con la presencia de TD y TP. Esto parece indicar que no es una variable significativa de DF, quizás sean más significativas otras variables de DF más específicas como la monitorización o la disciplina.

Sin embargo, haber tenido relaciones próximas con la madre sí se relaciona con una menor probabilidad de presentar TP límite, en consonancia con otros estudios que evaluaban variables similares a ésta y, como dato curioso, con una edad de inicio en el consumo de benzodiazepinas más temprano, siendo ésta la única correlación significativa que va en dirección contraria a las hipótesis planteadas⁵⁷⁻⁵⁸. Los autores sugieren que quizás las mujeres usen en mayor proporción benzodiazepinas como medicación ansiolítica lo que facilitaría el acceso temprano de sus hijos a las mismas. No obstante, el hecho de que las relaciones con el padre y la madre correlacionen con pocas de las variables estudiadas puede deberse al hecho de que son variables muy genéricas que aportan poca discriminación.

Haber tenido problemas graves con el padre se relaciona con una edad más temprana en el inicio del consumo de metadona, cocaína y anfetaminas, pero no se relaciona con los problemas de conducta, la presencia de TD ni los TP. Haber tenido problemas graves con la madre se relaciona únicamente con una mayor probabilidad de presentar TP límite. Este resultado junto con el anterior sobre relaciones con la madre, parece indicar que el TP límite ésta más ligado a la dinámica que se tiene con la madre que con el padre.

Haber recibido abuso emocional se relaciona con una edad de inicio más temprana en el consumo de otros opiáceos, resultado similar al de De Bellis⁵⁹, la cantidad de problemas de conducta y la presencia de TD, al igual que en el estudio de Brems⁶⁰, algún TP y TP límite. También haber recibido abuso físico se relaciona con la presencia de algún TP y TP límite. Esto está en la línea de los estudios que encuentran relación en la presencia de TP, sobretudo el TP límite, y haber recibido algún tipo de abuso⁶¹⁻⁶².

Haber recibido abuso sexual no se relaciona con ninguna de las variables estudiadas, quizás por la baja prevalencia que presenta este abuso en la muestra (6,1%), algo inferior a la hallada en otros estudios en población psiquiátrica⁶³. Lo más llamativo es que no se relaciona con la presencia de TP límite, a pesar de la amplia evidencia al respecto^{61,64}.

Respecto a la tercera hipótesis, una edad de inicio más temprana en el consumo de heroína, metadona, benzodiazepinas, cocaína, anfetaminas, cannabis y policonsumo se relacionan con los problemas de conducta en la infancia y el TD. Este resultado apoya la estrecha relación encontrada por

otros estudios entre los diferentes trastornos de conducta y el consumo de sustancias⁶⁵⁻⁷⁰.

Al igual que en el estudio de Franken⁷¹, se encuentra relación significativa entre un inicio temprano en el consumo de sustancias y los TP. Así, una edad de inicio en el consumo más temprana de metadona, otros opiáceos, benzodiazepinas, cocaína, anfetaminas, cannabis, alucinógenos, inhalantes y policonsumo se relaciona con la presencia de algún TP. En concreto, una edad de inicio más temprana en el consumo de anfetaminas y policonsumo se relacionan con el TP límite; mientras que una edad de inicio más temprana en el consumo de heroína, benzodiazepinas, cocaína, cannabis y policonsumo se relacionan con el TP antisocial. Ninguna edad de inicio se relaciona con el TP no especificado, tal vez por la heterogeneidad de este grupo al ser una categoría diagnóstica residual no definida.

Es también llamativo que la edad de inicio en el alcohol no se relaciona tampoco con problemas de conducta, TD ni TP. El hecho de que la edad de inicio en el consumo de alcohol a dosis altas no se relacione con ninguna de las variables estudiadas podría indicar que no se ha operativizado correctamente, que quizá confunde a los sujetos la indicación de a dosis altas siendo variable la interpretación que hacen de la misma, o que al ser en nuestro entorno la primera sustancia que se suele consumir y la más tolerada socialmente, el recuerdo del inicio de dicho consumo esté más distorsionado que el resto.

Cuando se incluyen en la regresión logística todas las variables que se relacionan con la presencia de TP sólo la edad de inicio en el consumo de metadona y de otros opiáceos permite predecir la presencia estos trastornos. Esto puede deberse a que los diferentes TP son heterogéneos entre sí, con factores etiológicos específicos, de manera que los antecedentes psicopatológicos familiares, la dinámica familiar y el consumo precoz de drogas no podría considerarse como causa en general de todos los TP, sino probablemente pueden ser causas específicas de alguno de ellos. Sin embargo, considerando que la mayoría de los pacientes del estudio son dependientes de opiáceos en programas de mantenimiento con metadona (PMM), y considerando el inicio en el consumo de metadona próximo a su inclusión en el PMM; el hecho de que los pacientes con cualquier TP inicien antes los PMM puede deberse a que la mayor gravedad de su enfermedad mental (patología dual) los motiva para acudir a tratamiento, aunque aspectos de la accesibilidad a dichos programas también pueden haber influido indirectamente.

Respecto al TP límite, destacar que el antecedente familiar de alcoholismo es el aspecto más predictivo, en consonancia con otros estudios⁷²⁻⁷⁵. La ausencia de relaciones con la madre, o que existan problemas con ella, la presencia de abuso emocional o físico, no son imprescindibles para que la enfermedad mental se transmita a los hijos, quizás por el mayor peso de la herencia genética, que quizás sí sea catalizada por estos aspectos de la DF.

Con relación al TP antisocial, aunque parece que es la edad de inicio en el consumo de la cocaína el aspecto que más interviene en la aparición de dicho TP, consideramos que

hay que tener en cuenta el resto de drogas también relacionadas (heroína, cannabis, benzodiazepinas), así como la edad de inicio en el policonsumo. Este resultado va en la línea del estudio de Ridenour⁷⁶, que encuentra que el consumo de sustancias antes de los 18 aumenta el riesgo de padecer TP antisocial, incluso cuando se controlaba la presencia de un TUS en la vida adulta.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio indican que evaluando de manera transversal la DF, los problemas de conducta en la infancia, el consumo de sustancias y los TP, podemos observar una compleja interrelación de estos aspectos. Sin embargo, sí podemos concluir que parece no existir una relación causal única para todos los TP, ni en cuanto a los antecedentes familiares de enfermedad mental ni respecto a algunos aspectos desadaptativos de la DF.

Sí parece dilucidarse que el TP de tipo límite presenta una carga genética heredada, pues los pacientes drogodependientes con familiares alcohólicos pueden tener casi tres veces más riesgo de padecer dicho TP. A este respecto, parece que la relación de estos pacientes durante su infancia y adolescencia con su madre es también un aspecto determinante, quizás como permisivo de la vulnerabilidad genética.

Respecto al TP antisocial, parece que aquellos que se inician en el consumo de drogas con mayor precocidad tienen mayor riesgo de desarrollar este TP. Sin embargo no se ha relacionado en este estudio dicho TP con antecedentes familiares de enfermedad mental o DF disruptivas. Respecto a la DF quizás no se ha apreciado relación alguna debido a que estos pacientes no percibían, y por lo tanto no reflejan en los cuestionarios a posteriori, DF disruptivas, pues ya en la adolescencia presentan falta de empatía y escaso aprecio por las relaciones con las figuras parentales.

Así pues, aunque existe relación entre aspectos genéticos y ambientales de la génesis de las adicciones y los TP, esta interacción es compleja, siendo necesarios más estudios longitudinales que nos ayuden a determinar estrategias preventivas y recursos asistenciales más efectivos para los pacientes con patología dual.

REFERENCIAS

1. Hill J. Early identification of individuals at risk for antisocial personality disorder. *Br J Psychiatry* 2003; 44: 11-4.
2. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 709-17.
3. Ramklint M, von Knorring AI, von Knorring L, Ekselius L. Personality disorders in former child psychiatric patients. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2002; 11: 289-95.
4. Vizard E, French L, Hickey L, Bandon E. Severe personality disorder emerging in childhood: a proposal for a new developmental disorder. *Crim Behav Ment Health* 2004; 14: 17-28.
5. Boys A, Farrell M, Taylor C, Marsden J, Goodman R, Brugha T et al. Developmental, family, and ethnic influences on adolescent alcohol usage: a growth curve approach. *J Fam Psychol* 2001; 15: 301-14.
6. Clark DB, Pollock N, Bukstein OG, Mezzich AC, Bromberger JT, Donovan JE. Gender and comorbid psychopathology in adolescents with alcohol dependence. *Addict Behav* 1997; 36: 1195-203.
7. Casas M, Guardia J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones* 2002; 14: 195-219.
8. Clark DB, Kirisci L, Moss HB. Early adolescent gateway drug use in sons of fathers with substance use disorders. *Addict Behav* 1998; 23: 561-6.
9. Clark DB, Kirisci L, Tarter RE. Adolescent versus adult onset and the development of substance use disorders in males. *Drug Alcohol Depend* 1998; 49: 115-21.
10. Coffey C, Carlin JB, Lynskey M, Li N, Patton GC. Adolescent precursors of cannabis dependence: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 330-6.
11. Ensminger ME. Sexual activity and problem behavior among black, urban adolescents. *Child Development* 1990; 61: 2032-46.
12. Hser YI, Grella CE, Collins C, Teruya C. Drug-use initiation and conduct disorder among adolescents in drug treatment. *J Adolesc* 2003; 26: 331-45.
13. Modestin J, Matutat B, Wurmler O. Antecedents of opioid dependence and personality disorder: attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 251: 42-7.
14. Donovan JE, Jessor R. Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *J Consult Clin Psychol* 1985; 53: 890-904.
15. Donovan JE, Jessor R, Costa FM. Syndrome of problem behavior in adolescence: A replication. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 762-65.
16. Widom CS. The cycle of violence. *Science* 1989; 244: 160-6.
17. Rutter M, Giller H, Hagell A. *Antisocial Behavior by Young people*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
18. Bray JH, Adams GJU, Getz JG, Baer PE. Developmental, family, and ethnic influences on adolescent alcohol usage: a growth curve approach. *J Fam Psychol* 2001; 15: 301-14.
19. Holmes SE, Slaughter JR, Kashani J. Risk factors that lead to the development of conduct disorder and antisocial personality disorder. *Child Psychiatry Hum Dev* 2001; 31: 183-91.
20. Mandel HP. *Conduct Disorder and under-achievement: risk factors, assessment, treatment, and prevention*. New York: John Wiley & Sons Inc, 1997.
21. Sanz M, Iraurgi I, Martínez-Pampliega A, Cosgaya L. Conflicto marital y consumo de drogas en los hijos. *Adicciones* 2006; 18: 39-48.
22. Dishion TJ, Bullock BM, Granic I. Pragmatism in modeling peer influence: dynamics, outcomes, and change processes. *Dev Psychol* 2002; 14: 966-81.
23. Prinstein MJ, Boegers J, Spirito A. Adolescents and their friends' health-risk behavior: factors that alter or add to peer influence. *J Pediatr Psychol* 2001; 26: 287-98.
24. Duncan SC, Duncan TE, Biglan A, Ary D. Contributions of the social context to the development of adolescent substance use:

- a multivariate latent growth modeling approach. *Drug Alcohol Depend* 1998; 50: 57-71.
25. Mandel HP, Mandel DE). Along the path: Case histories of differentially diagnosed underachievers. Toronto: York University, ed., 1995.
 26. Mandel HP, Marcus SI, Dean L. Could do better: Why children underachieve and what to do about it. New York: Wiley, 1995.
 27. Olson SL. Development of conduct problems and peer rejection in preschool children: A social systems analysis. *J Abnorm Child Psychol* 1992; 20: 327-50.
 28. Keenan K, Loeber R, Zhang Q, Stouthamer-Loeber M. The influence of deviant peers on the development of boys' disruptive and delinquent behavior: A temporal analysis. *Dev Psychopathol* 1995; 7: 715-26.
 29. Asher SR, Erdley CA, Gabriel SW. Peer relations. En: Rutter M, Hay L, eds. *Development through life: A handbook for clinicians*. Oxford: Blackwell Scientific, 1994. pp. 456-87.
 30. Coie JD, Dodge KA. Aggression and antisocial behavior. En: Damon W, Eisenberg N, eds. *Handbook of child psychology, vol. 3: Social, emotional, and personality development*, 5th ed. New York: Wiley, 1997. p. 779-862.
 31. Dishion TJ, Patterson GR, Stoolmiller M, Skinner ML. Family, school, and behavioral antecedents to early adolescent involvement with antisocial peers. *Dev Psychol* 1991; 27: 172-80.
 32. Parker JG, Asher SR. Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk? *Psychol Bull* 1987; 102: 357-89.
 33. Roeser RW, Eccles JS. Schooling and mental health. En: Sameroff AJ, Lewis M, eds. *Handbook of development psychopathology*, 2nd ed. New York: Kluwe Academic/Plenum Press, 2000. p. 135-56.
 34. McBurnett K, Kerckhoff C, Capasso L, Pfiffner LJ, Rathouz PJ, McCord M et al. Antisocial personality, substance abuse, and exposure to parental violence in males referred for domestic violence. *Violence Vict* 2001; 16: 491-506.
 35. Greene RW, Biederma J, Zerwas S, Monuteaux MC, Goring JC, Faraone SV. Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1214-24.
 36. Jouriles EN, Murphy CM, O'Leary. Interspousal aggression, marital discord and child problems. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57: 453-5.
 37. Lahey BB, Hartdagen SE, Frick PJ, McBurnett K, Connor R, Hynd GW. Conduct disorder: Parsing the confounded relation of parental divorce and antisocial personality. *J Abnorm Psychol* 1988; 97: 334-7.
 38. Moss HB, Baron DA, Hardie TL, Vanyukov MM. Preadolescent children of substance-dependent fathers with antisocial personality disorder: psychiatric disorders and problem behaviours. *Am J Addict* 2001; 10: 269-78.
 39. Granic I, Patterson GR. Toward a comprehensive model of antisocial development: a dynamic systems approach. *Psychol Rev* 2006; 113: 101-31.
 40. Farrington DP, Hawkins JD. Predicting participation, early-onset and later persistence in officially recorded offending. *Crim Behav Ment Health* 1991; 1: 1-33.
 41. McCord J. Questioning the value of punishment. *Soc Probl* 1991; 38: 167-79.
 42. Haro G, Mateu C, Martinez-Raga J, Valderrama JC, Castellano M, Cervera G. The role of personality disorders on drug dependence treatment outcomes following inpatient detoxification. *Eur Psychiatry* 2004; 19: 187-92.
 43. Mateu G, Astals M, Torrens M. Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento. *Adicciones*, 2005; 17: 111-121.
 44. Fernández JJ, Gutiérrez E. Trastornos de personalidad y dependencia de heroína: una relación por determinar. *Adicciones* 2005; 17: 95-110.
 45. Loranger AW, Sartorius N, Anfreoli A, Berger P, Buchheim P, Channabasavanna SN et al. The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 1994; 51: 215-24.
 46. Parra GR, O'Neill SE, Sher KJ. Reliability of self-reported age of substance involvement onset. *Psychol Addict Behav* 2003; 17: 211-8.
 47. Tremeau F, Darreye A, Leroy B, Renckly V, Ertle S, Weibel H et al. Personality changes in opioid-dependent subjects in a methadone maintenance treatment program. *Encephale* 2003; 29: 285-92.
 48. Cacciola JS, Rutherford MJ, Alterman AI, McKay JR, Mulvaney FD. Long-term test-retest reliability of personality disorder diagnoses in opiate dependent patients. *J Personal Disord* 1998; 12: 332-7.
 49. Keller PS, Cummings EM, Davies PT. The role of marital discord and parenting in relations between parental problem drinking and child adjustment. *J Child Psychol Psychiatry* 2005; 46: 943-51.
 50. Fuller BE, Chermack ST, Cruise KA, Kirsch E, Fitzgerald HE, Zucker RA. Predictors of aggression across three generations among sons of alcoholics: relationships involving grandparental and parental alcoholism, child aggression, marital aggression and parenting practices. *J Stud Alcohol* 2003; 64: 472-83.
 51. Windle M. On the discriminative validity of a family history of problem drinking index with a national sample of young adults. *J Stud Alcohol* 1996; 57: 378-86.
 52. Nurnberger JJ, Wiegand R, Bucholz K, O'Connor S, Meyer ET, Reich T et al. A family study of alcohol dependence: coaggregation of multiple disorders in relatives of alcohol-dependent probands. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 1246-56.
 53. Hicks BM, Krueger RF, Iacono WG, McGue M, Patrick CJ. Family transmission and heritability of externalizing disorders: a twin-family study. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 922-8.
 54. Merikangas KR, Stolar M, Stevens DE, Goulet J, Preisig MA, Fenton B et al. Familial transmission of substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 964-5.
 55. Kaplow JB, Curran PJ, Dodge KA. Conduct Problems Prevention Research Group. Child, parent, and peer predictors of early-onset substance use: a multisite longitudinal study. *J Abnorm Child Psychol* 2002; 30: 199-216.
 56. Caudill BD, Hoffman JA, Hubbard RL, Flynn PM, Luckey JW. Parental history of substance abuse as a risk factor in predicting crack smokers' substance use, illegal activities, and psychiatric status. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1994; 20: 341-54.
 57. Nickell AD, Waudby CJ, Trull TJ. Attachment, parental bonding and borderline personality disorder features in young adults. *J Personal Disord* 2002; 16: 148-59.
 58. Golomb A, Ludolph P, Westen D, Block MJ, Maurer P, Wiss FC. Maternal empathy, family chaos, and the etiology of borderline personality disorder. *J Am Psychoanal Assoc* 1994; 42: 525-48.
 59. De Bellis MD. Developmental traumatology: a contributory mechanism for alcohol and substance use disorders. *Psychoneuroendocrinology* 2002; 27: 155-70.

60. Brems C, Namyniuk L. The relationship of childhood abuse history and substance use in an Alaska sample. *Subst Use Misuse* 2002; 37: 473-94.
61. Lobbetael J, Arntz A, Sieswerda S. Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2005; 36: 240-53.
62. Zanarini MC. Childhood experiences associated with the development of borderline personality. *Psychiatr Clin North Am* 2000; 23: 89-101.
63. Brown GR, Anderson B. Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 578.
64. Kuritarne IS. Childhood trauma in the etiology of borderline personality disorder. *Psychiatr Hung* 2005; 20: 256-70.
65. Schubiner H, Tzelepis A, Milberger S, Lockhart N, Kruger M, Kelley BJ et al. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 244-51.
66. King SM, Iacono WG, McGue M. Childhood externalizing and internalizing psychopathology in the prediction of early substance use. *Addiction* 2004; 99: 1548-59.
67. Hahesy AL, Wilens TE, Biederman J, Van Patten SL, Spencer T. Temporal association between childhood psychopathology and substance use disorders: findings from a sample of adults with opioid or alcohol dependency. *Psychiatry Res* 2002; 109: 245-53.
68. Taylor J, Malone S, Iacono WG, McGue M. Development of substance dependence in two delinquency subgroups and nondelinquents from a male twin sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 386-93.
69. Kuperman S, Schlosser SS, Kramer JR, Bucholz K, Hesselbrock V, Reich T et al. Developmental sequence from disruptive behavior diagnosis to adolescent alcohol dependence. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 2022-6.
70. Muñoz-Rivas MJ, Graña JL, Peña ME, Andreu JM. Influencia de la conducta antisocial en el consumo de drogas ilegales en población adolescente. *Adicciones* 2003; 3:313-320.
71. Franken IH, Hendriks VM. Early-onset of illicit substance use is associated with greater axis-II comorbidity, not with axis-I comorbidity. *Drug Alcohol Depend* 2000; 59: 305-8.
72. Gasperini M, Battaglia M, Scherillo P, Sciuto G, Diaferia G, Bellodi L. Morbidity risk for mood disorders in the families of borderline patients. *J Affect Disord* 1991; 21: 265-72.
73. Suzuki K. Psychiatric illnesses in adolescents of alcoholic parents. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 1990; 92: 79-88.
74. Haver B. Female alcoholics. The relationship between family history of alcoholism and outcome 3-10 years after treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76: 21-7.
75. Loranger AW, Tulis EH. Family history of alcoholism in borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 153-7.
76. Ridenour TA, Cottler LB, Robins LN, Compton WM, Spitznagel EL, Cunningham-Williams RM. Test of the plausibility of adolescent substance use playing a causal role in developing adulthood antisocial behavior. *J Abnorm Psychol* 2002; 111: 144-55.