

VARIABLES DE PERSONALIDAD, ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON DEPENDENCIA DE ALCOHOL EN FUNCIÓN DE LA TIPOLOGÍA DE CLONINGER

Enrique Echeburúa, Ricardo Bravo de Medina* y Javier Aizpiri*
Universidad del País Vasco y * Clínica Medicina Psicoorgánica

En este estudio se lleva a cabo una investigación sobre los diferentes tipos de alcohol-dependientes según la tipología de Cloninger en dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de personalidad. La muestra constó de 158 alcohol-dependientes en tratamiento (56 sujetos del tipo I y 102 del tipo II). Se les administraron diversas pruebas de personalidad (la Escala de Impulsividad, la Escala de Búsqueda de Sensaciones y el STAI), algunas pruebas psicopatológicas (SCL-90-R, BDI y Escala de Inadaptación) y una entrevista estructurada para los trastornos de personalidad (IP-DE). Los resultados mostraron que los alcohol-dependientes de tipo II eran más impulsivos y buscadores de sensaciones y mostraban mayor hostilidad y malestar emocional que los de tipo I. Asimismo, los trastornos de personalidad eran más frecuentes en el tipo II, con una presencia específica de los trastornos narcisista y paranoide, que en el tipo I. Se comentan las implicaciones de este estudio para la investigación futura.

Personality variables, psychopathological alterations and personality disorders in alcohol-dependent patients according to Cloninger's typology of alcohol abuse. In this paper, an evaluation of Cloninger's typology of alcohol abuse in personality, psychopathology and personality disorders is carried out. The sample consisted of 158 alcoholics in treatment (56 Type I alcohol-dependent patients and 102 Type II alcohol-dependent patients). All subjects were assessed with diverse assessment tools related to personality (Impulsiveness Scale, Sensation Seeking Scale and STAI), psychopathology (SCL-90-R, BDI and Inadaptation Scale) and personality disorders (IPDE). The main findings were that Type II alcohol-dependent patients were more impulsive and sensation-seeking and they displayed more hostility and emotional distress than Type I alcohol-dependent patients. Personality disorders were not so prevalent in the case of Type I alcohol-dependent patients. The most specific personality disorders for Type II alcohol-dependent patients were narcissistic and paranoid. The implications of this study for further research are commented on.

Ha habido muchos intentos por clasificar a los pacientes con dependencia al alcohol en diversas tipologías, con el objetivo de dar cuenta de una realidad clínica diferenciada, de predecir la respuesta al tratamiento y, en algunos casos, de hacer propuestas terapéuticas específicas (Cuadrado, 2003). La clasificación pionera de Jellinek (1960) ha dado paso a propuestas más recientes e influyentes en la clínica, como las de Cloninger (Cloninger, Sigvardsson, Gilligan et al., 1988) y Babor (Babor, Hofmann, DelBoca et al., 1992), que muestran un cierto paralelismo entre ellas. Ha habido también otras propuestas de clasificación encaminadas a contraponer el patrón de abuso de las culturas vitivinícolas (consumos elevados diarios sin llegar a la embriaguez) con el patrón de

abuso anglosajón (embriagueces intermitentes) (Alonso Fernández, 1992).

Las tipologías de Cloninger y Babor suponen un intento específico de diferenciar el tipo de dependencia al alcohol más precoz, con mayor carga genética, mayor presencia de psicopatología y peor pronóstico (Gual, 2006). El interés de estos temas para la clínica es relevante.

La clasificación de Cloninger, basada en su modelo biopsicosocial, propone un modelo de aprendizaje neurobiológico de la dependencia al alcohol (Cloninger, 1987). Según este enfoque, hay dos tipos fundamentales de alcohol-dependientes. La alcohol-dependencia de tipo I se caracteriza por presentar episodios más o menos esporádicos de pérdida de control sobre el consumo, tener un comienzo tardío (más allá de los 25 años), mostrar una dependencia más psicológica que física, responder a influencias ambientales y no contar con una predisposición previa ni con conductas problemáticas asociadas. A su vez, el alcoholismo de tipo II responde a un comienzo precoz, es de rápida evolución (con independencia de las circunstancias externas), denota un mayor nivel de gravedad, tiene frecuentemente una predisposición familiar,

Fecha recepción: 8-10-07 • Fecha aceptación: 12-2-08

Correspondencia: Enrique Echeburúa
Facultad de Psicología
Universidad del País Vasco
20018 San Sebastián (Spain)
E-mail: enrique.echeburua@ehu.es

presenta una comorbilidad psicopatológica, se relaciona con ciertas dimensiones de personalidad (búsqueda de sensaciones, impulsividad y escasa evitación del riesgo) y está asociado a conductas problemáticas (de tipo antisocial) y a problemas con la justicia (Sannibale y Hall, 1998).

Actualmente se cuenta con un instrumento de evaluación (la *Alcohol Symptom Scale*) que permite operativizar estos criterios y asignar a los pacientes a uno u otro tipo de alcoholismo (Gilligan, Reich, Cloninger, y Sing, 2005). Estudios recientes llevados a cabo con alcohol-dependientes varones en relación con las diferencias clínicas y temperamentales según haya sido el comienzo temprano o tardío del trastorno dan apoyo a la tipología de Cloninger (Se-Won, Kang-Seob, Young-Chul et al., 2008). Incluso cuando se han estudiado muestras específicas de alcohol-dependientes (por ejemplo, con trastornos psicóticos) esta tipología muestra una capacidad discriminativa (Eriksson, Tengström y Sheilagh, 2007).

Por ello, un mejor conocimiento de los tipos de dependencia alcohólica desempeña un papel importante en la investigación clínica porque influye directamente en la evolución y en el pronóstico de la dependencia (Haver, 2003; Landa, Fernández-Montalvo, López-Goñi y Lorea, 2006; Lenzinger, Meszaros, Willinger et al., 1999).

Por otra parte, la comorbilidad asociada a la dependencia del alcohol (en forma de problemas psicopatológicos y de trastornos de personalidad) es muy alta. Así, por ejemplo, en los estudios del grupo de Echeburúa (Bravo de Medina, Echeburúa y Aizpiri, 2007; Echeburúa, Bravo de Medina y Aizpiri, 2005, 2007) los pacientes dependientes del alcohol se muestran con un alto nivel de impulsividad y de búsqueda de sensaciones, manifiestan una sintomatología ansioso-depresiva elevada y presentan en un 40% de la muestra trastornos de personalidad (especialmente, el dependiente, el paranoide y el obsesivo-compulsivo).

El objetivo de esta investigación es llevar a cabo un análisis comparativo de las dimensiones de personalidad, de las características psicopatológicas y de los trastornos de personalidad en los pacientes alcohol-dependientes en función del tipo de dependencia alcohólica experimentado. Se trata así de dotar de un mayor contenido psicológico a la clasificación de Cloninger, basada fundamentalmente en criterios clínicos. Se trata asimismo de aportar apoyo empírico a una clasificación, la de Cloninger, que es muy utilizada, pero de la que se carecen estudios concretos, así como de profundizar más en esta área para, posteriormente, establecer programas terapéuticos adaptados a las necesidades específicas de cada tipo de pacientes y conseguir así una mayor eficacia terapéutica.

Método

Participantes

La muestra de esta investigación está compuesta por 158 sujetos diagnosticados de dependencia alcohólica, distribuidos en 2 grupos de 56 sujetos pertenecientes al tipo I de Cloninger y 102 al tipo II. Todos los pacientes incluidos en el estudio fueron atendidos en la Unidad de Salud Mental de la Clínica Medicina Psicoorgánica (Bilbao) entre 2003 y 2006 y dieron el consentimiento informado para formar parte de este estudio.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: a) tener más de 18 años y buscar ayuda terapéutica por problemas relacionados con los trastornos por uso de alcohol; b) cumplir los criterios de dependencia alcohólica según el *DSM-IV-TR* (APA, 2000); y c) re-

cibir el diagnóstico de dependencia alcohólica como diagnóstico primario. Se utilizó como criterio de exclusión la incapacidad para rellenar cuestionarios.

Los sujetos participantes en este estudio muestran edades medias de 42,73 y 44,68 años para el tipo II y para el tipo I, respectivamente. Por lo que a los tipos se refiere, hay un predominio de pacientes pertenecientes al tipo II (64,6%). Los alcohol-dependientes de tipo II son mucho más frecuentes entre los hombres y tienen unos índices de soltería más altos.

Instrumentos

Entrevista general. Al principio se realizó una entrevista individual estructurada para realizar el diagnóstico. En esta entrevista se recogían los datos más significativos: motivo de consulta, trastorno actual, antecedentes, familia de origen, familia actual, historia personal, nivel académico y actividad laboral, vida familiar, relaciones sociales, hábitos de vida, consumo de otras drogas, etcétera. Asimismo en esta entrevista se clasificó a los sujetos como pertenecientes al tipo I o al tipo II de la tipología de Cloninger con arreglo a los criterios expuestos en la introducción.

Pruebas específicas relacionadas con las dimensiones de la personalidad

Escala de Búsqueda de Sensaciones (Sensation Seeking Scale, SSS) (Zuckerman, Eysenck y Eysenck, 1978) (validada por Pérez y Torrubia, 1986). Es una escala autoaplicada que está compuesta por 40 ítems y abarca cuatro dimensiones: búsqueda de emociones, búsqueda de excitación, desinhibición y susceptibilidad al aburrimiento. La fiabilidad de la versión española es 0,87 (Pérez y Torrubia, 1986).

Escala de Impulsividad de Barratt (Impulsiveness Scale, BIS-10) (Barratt, 1985; versión española de Luengo, Carrillo de la Peña y Otero, 1991). Se trata de una escala autoaplicada que consta de 33 ítems y abarca 3 tipos de impulsividad: impulsividad motora, impulsividad cognitiva e improvisación/ausencia de planificación. La fiabilidad de la versión española es 0,56.

Cuestionario de Ansiedad-Rasgo (State Trait Anxiety Inventory, STAI-R). Es una parte del cuestionario autoaplicado de ansiedad de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970) (versión española de TEA, 1982). Se valora la ansiedad-rasgo como una predisposición estable a percibir las situaciones como amenazantes o, al menos, como una situación estable de malestar emocional. Consta de 20 ítems. La puntuación total oscila entre 0 y 60. El punto de corte para la población masculina es de 25 y para la población femenina de 32. La versión española tiene una consistencia interna entre 0,84 y 0,87. En este estudio las puntuaciones obtenidas se van a expresar en centiles.

Pruebas relacionadas con las características psicopatológicas

Cuestionario de 90 síntomas (Symptom Checklist-90-Revised, SCL-90-R) (Derogatis, 1975; adaptación española de González de Rivera, 2002). Es un cuestionario autoaplicado multidimensional compuesto por 90 ítems. El cuestionario proporciona información en relación a nueve dimensiones de sintomatología psicopatológica (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo), así como a tres índices generales: el Índice Glo-

bal de Severidad (*GSI*), el Índice de Sintomatología Positiva Total (*PST*) y el Índice de Distrés de Síntomas Positivos (*PSDI*).

Los índices *alfa* de fiabilidad de la adaptación española del *SCL-90-R* están entre 0,77 y 0,90. El *SCL-90-R* muestra una elevada sensibilidad diagnóstica, entre el 80 y el 90%, pero una muy baja especificidad, entre el 20 y el 60%. En este estudio las puntuaciones obtenidas se van a expresar en centiles.

Cuestionario de Ansiedad-Estado (State Trait Anxiety Inventory, STAI-E). Deriva del cuestionario de ansiedad de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970) (versión española de TEA, 1982). Se valora un estado emocional transitorio de atención tensa y aprensión, así como de hiperactividad del Sistema Nervioso Autónomo. Consta de 20 ítems. El rango es de 0 a 60. El punto de corte para la población masculina es de 28 y para la población femenina de 31. La versión española tiene una consistencia interna entre 0,90 y 0,93. En este estudio las puntuaciones obtenidas se van a expresar en centiles.

Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*, *BDI*). Es un autoinforme que evalúa la presencia e intensidad de sintomatología depresiva (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) (validación española de Sanz y Vázquez, 1998).

La versión utilizada consta de 21 ítems, con un rango de 0 a 63. El *BDI* presenta una fiabilidad alta en términos de consistencia interna (*alfa* total de la escala= 0,90). Con un punto de corte de 21, la sensibilidad es del 75% y la especificidad del 76% (Vázquez y Sanz, 1999).

Escala de Inadaptación (*EI*) (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000). Es un instrumento de autoevaluación que consta de seis ítems, que se valoran de 0 a 5 puntos en una escala de tipo Likert. En esta escala se recogen cuatro aspectos referentes a la inadaptación en la vida cotidiana: trabajo/estudios, vida social, tiempo libre, relaciones de pareja y vida familiar.

Las puntuaciones totales pueden oscilar entre 0 y 30, estableciéndose como puntos de corte la puntuación 12 en la escala total y la de 2 en cada uno de los ítems para discriminar los niveles clínicamente significativos de inadaptación. Esta prueba tiene una buena fiabilidad (coeficiente *alfa* de Cronbach de 0,94) y una adecuada validez discriminante entre pacientes y sujetos sanos ($t=25,3$; $p>0,001$) (Echeburúa et al., 2000).

Pruebas relacionadas con los trastornos de personalidad

Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (International Personality Disorders Examination, *IPDE*) (Loranger, 1995; versión española de López-Ibor, Pérez-Urdániz y Rubio, 1996). Es una entrevista diagnóstica semiestructurada diseñada para evaluar los 11 trastornos de personalidad que figuran en el *DSM-IV*. El *IPDE* consta de un cuestionario de *screening* de 59 ítems, que sirve para identificar los posibles trastornos de personalidad, y de una entrevista propiamente diagnóstica de 99 preguntas, que abarcan 6 áreas temáticas: trabajo, Yo, relaciones interpersonales, afectos, prueba de realidad y control de impulsos.

La entrevista estructurada del *IPDE* se lleva a cabo sólo en relación con los trastornos en que habían aparecido resultados positivos en la prueba de *screening*. Se considera la existencia de un trastorno de personalidad sólo cuando figura como tal en la entrevista estructurada.

Con el objetivo de establecer diagnósticos fiables, la conducta problemática debe estar presente durante al menos 5 años y debe

haber comenzado antes de los 25 años. La fiabilidad entre observadores del *IPDE* generalmente es buena (el coeficiente *kappa* medio es de 0,73), así como la fiabilidad test-retest (0,87) (Blanchard y Brown, 1998; Segal y Coolidge, 1998).

Procedimiento

El diagnóstico de dependencia alcohólica y de trastornos de personalidad se ha hecho con arreglo a los criterios diagnósticos del *DSM-IV-TR* y del *IPDE*, respectivamente, por un psiquiatra y por un psicólogo clínico conjuntamente, ambos con una amplia experiencia clínica. Con respecto al diagnóstico de dependencia alcohólica y a la asignación de los pacientes al tipo I o al tipo II, el grado de concordancia entre ambos profesionales fue del 100%. En el caso de los trastornos de personalidad, la fiabilidad interobservadores fue más bien alta (coeficiente *kappa*= 0,81).

Las pruebas se administraban en 2 o 3 sesiones. La administración de los instrumentos de evaluación se llevó a cabo, en todos los casos, en el mismo orden e inmediatamente después de la fase de desintoxicación, cuando todos los sujetos estaban abstinentes.

Resultados

En cuanto a los resultados de las dimensiones de personalidad, los pacientes presentan puntuaciones medias en impulsividad y en búsqueda de sensaciones, pero más bien elevadas en ansiedad-rango en relación con la población general. Los alcohol-dependientes de tipo II tienden a ser más impulsivos ($t=1,929$; $p<0,05$), con mayor improvisación y ausencia de planificación ($t=3,013$; $p<0,01$), y más buscadores de sensaciones ($t=2,368$; $p<0,05$), con mayor desinhibición ($t=2,637$; $p<0,01$) que los de tipo I, con diferencias estadísticamente significativas en estas variables (tabla 1).

Respecto a las características psicopatológicas de la muestra global, las puntuaciones son moderadas en el *SCL-90-R*, pero más bien altas en el *BDI* y en la *EI* en ambos grupos en relación con la población general, lo que denota la existencia de una sintomatología depresiva y una inadaptación a la vida cotidiana. Cuando se comparan los sujetos del tipo I con los del tipo II sólo se observan diferencias estadísticamente significativas en la escala de *hostilidad* ($t=2,496$; $p<0,05$) y en el índice total de *síntomas positivos* ($t=1,993$; $p<0,05$), ambos pertenecientes al *SCL-90-R*, con un mayor nivel de gravedad en los sujetos del tipo II. En las demás subescalas del *SCL-90-R* y en las demás pruebas no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (tabla 1).

En cuanto a los trastornos de personalidad, éstos son muy abundantes en ambos grupos. El 63,5% de los alcohol-dependientes de tipo II presenta algún trastorno de personalidad, frente al 44,6% de los de tipo I. Estos resultados revelan la existencia de diferencias significativas entre los sujetos de ambos grupos ($X^2=5,370$; $p<0,05$). Los alcohol-dependientes de tipo II presentan más trastornos de personalidad que los de tipo I (tabla 2).

Los trastornos de personalidad más frecuentes en el grupo de alcohol-dependientes de tipo II son el obsesivo-compulsivo (16,7%), el narcisista (13,7%), el paranoide (11,8%) y el antisocial (10,8%). A su vez, los trastornos más frecuentes entre los alcohol-dependientes de tipo I son el obsesivo (16,1%), el no específico (10,7%), el dependiente (7,1%), el antisocial (5,4%) y el evitativo (5,4%). En general, no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, excepto en el caso de los trastornos nar-

cisista y paranoide, que son significativamente más frecuentes en los alcohol-dependientes de tipo II que en los de tipo I ($X^2=8,434$; $p<0,01$ y $X^2=4,768$; $p<0,05$, respectivamente) (tabla 2).

Respecto a las agrupaciones de los trastornos de personalidad, los alcohol-dependientes de tipo II se concentran principalmente en el *cluster B* (dramáticos, emocionales y erráticos) (30,4%) y en el *cluster C* (ansiosos y temerosos) (26,5%). Por el contrario, los alcohol-dependientes de tipo I se agrupan principalmente en el *cluster C* (23,2%). Hay diferencias significativas entre ambos grupos por lo que se refiere al *cluster B* ($X^2=9,466$; $p<0,01$) (tabla 2).

Y, por último, en cuanto al número de trastornos de personalidad mostrados por los alcohol-dependientes, son más abundantes en los sujetos de tipo II (85 trastornos en 65 personas) que en los tipo I (30 trastornos en 25 personas) (tabla 2). Sin embargo, no hay diferencias significativas por lo que se refiere a esta variable entre ambos grupos ($X^2=6,696$; ns).

Tabla 1

Dimensiones y perfil psicopatológico de personalidad de la muestra de alcohol-dependientes en función de la tipología de Cloninger

| Dimensiones de personalidad | TIPO I N= 56 | TIPO II N= 102 | t |
|--|-----------------|-------------------|----------|
| | X (DT) | X (DT) | |
| Ansiedad¹ (STAI-R) (Rango: 0-100) | 70,38 (31,5) | 77,82 (25) | 1,295 |
| Impulsividad (BIS-10) (Rango: 0-132) | 55,37 (19,1) | 63,46 (17,8) | 1,929* |
| Impulsividad motora | 18,48 (7,7) | 20,84 (7,0) | 1,412 |
| Impulsividad cognitiva | 21,67 (6,6) | 21,94 (6,0) | 0,187 |
| Improvisación y ausencia de planificación | 15,59 (8,2) | 21,05 (7,6) | 3,013** |
| Búsqueda de sensaciones (SSS) (Rango 0-40) | 17,67 (6,6) | 21,24 (6,5) | 2,368* |
| Búsqueda de emociones | 4,59 (3,0) | 5,60 (3,1) | 1,410 |
| Búsqueda de excitación | 5,48 (2,3) | 5,85 (2,1) | 0,740 |
| Desinhibición | 3,67 (2,5) | 5,08 (2,2) | 2,637** |
| Susceptibilidad al aburrimiento | 4,11 (2,1) | 4,71 (2,0) | 1,227 |
| SCL90-R (Rango: 0-100) | | | |
| Somatización | 38,15 (23,8) | 44,63 (22,9) | 1,227 |
| Obs-compulsión | 58,89 (24,0) | 54,56 (25,4) | 0,760 |
| Sens. interpersonal | 44,63 (29,2) | 49,93 (22,0) | 0,959 |
| Depresión | 57,30 (23,0) | 57,21 (20,4) | 0,019 |
| Ansiedad | 51,48 (22,5) | 52,35 (23,8) | 0,163 |
| Hostilidad | 37,22 (28,0) | 53,88 (29,8) | 2,496** |
| Ansiedad fóbica | 47,04 (27,3) | 48,97 (28,1) | 0,304 |
| Ideación paranoide | 47,04 (28,1) | 57,06 (24,4) | 1,726(t) |
| Psicoticismo | 60,11 (22,4) | 65,81 (19,2) | 1,240 |
| GSI | 51,93 (22,3) | 56,69 (19,8) | 1,017 |
| PST | 50,81 (21,7) | 60,66 (21,7) | 1,993** |
| PSDI | 49,07 (22,1) | 48,07 (21,3) | 0,203 |
| Ansiedad (STAI-E) (Rango: 0-100) | 51,50 (28,3) | 55,66 (29,1) | 0,679 |
| Depresión (BDI) (Rango: 0-63) | 21,03 (8,3) | 19,08 (7,8) | 1,134 |
| Inadaptación (EI) (Rango: 0-30) | 20,78 (6,9) | 18,34 (6,1) | 1,653 |

* $p<0,05$; ** $p<0,01$

¹ En este caso las puntuaciones que figuran corresponden a los centiles

Discusión y conclusiones

Aun siendo abundantes los estudios sobre la dependencia alcohólica y las propuestas de clasificación de los pacientes alcohol-dependientes, es escasa la investigación que enfoca este problema desde la perspectiva del perfil diferencial con una base empírica. Este estudio supone una clarificación de los aspectos diferenciales de los tipos I y II de alcohol-dependientes en el ámbito psicopatológico y de los trastornos de personalidad y da apoyo para futuros estudios relacionados con programas de intervención diferenciados para los pacientes de uno y otro tipo.

Las puntuaciones obtenidas en la muestra total en las dimensiones de personalidad denotan un nivel más bien alto de ansiedad-rasgo cuando se las compara con las de la población normal. Al analizar los grupos por separado se observa que los alcohol-dependientes de tipo II son más impulsivos y buscadores de sensaciones que los de tipo I, lo que es congruente con otros estudios (Bravo de Medina, Echeburúa y Aizpiri, 2008; Se-Won et al., 2008).

En cuanto a las características psicopatológicas, los sujetos de la muestra total manifiestan una sintomatología depresiva y una inadaptación a la vida cotidiana mayores que las de población normal. En cuanto a las diferencias entre los grupos, los alcohol-dependientes de tipo II presentan un mayor nivel de amplitud y diversidad de síntomas psicopatológicos y de hostilidad que los de tipo I. Este dato es congruente con el hecho de que la comorbilidad psicopatológica es tanto mayor cuanto mayor es la gravedad de la dependencia alcohólica, como ocurre en los sujetos de tipo II

Tabla 2

Frecuencias y perfil de los trastornos de personalidad de la muestra de alcohol-dependientes en función de la tipología de Cloninger

| Trastornos de personalidad | TIPO I N= 56 | | TIPO II N= 102 | | X ² |
|----------------------------|-----------------|------|-------------------|------|----------------|
| | N (%) | | N (%) | | |
| Total | 25 (44,6%) | | 65 (63,5%) | | 5,370* |
| | N | % | N | % | |
| Paranoide | 1 | 1,8 | 12 | 11,8 | 4,768* |
| Esquizoide | 2 | 3,6 | 2 | 2 | 0,380 |
| Esquizotípico | 0 | 0 | 2 | 2 | 1,112 |
| Antisocial | 3 | 5,4 | 11 | 10,8 | 1,319 |
| Límite | 1 | 1,8 | 8 | 7,8 | 2,469 |
| Histriónico | 1 | 1,8 | 7 | 6,9 | 1,939 |
| Narcisista | 0 | 0 | 14 | 13,7 | 8,434** |
| Evitativo | 3 | 5,4 | 4 | 3,9 | 0,176 |
| Dependiente | 4 | 7,1 | 8 | 7,8 | 0,025 |
| Obsesivo | 9 | 16,1 | 17 | 16,7 | 0,009 |
| No específico | 6 | 10,7 | 5 | 4,9 | 1,886 |
| Cluster A | 3 | 5,4 | 16 | 15,7 | 3,646 (t) |
| Cluster B | 5 | 8,9 | 31 | 30,4 | 9,466** |
| Cluster C | 13 | 23,2 | 27 | 26,5 | 2,03 |

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; (t) + $p<0,10$

Cluster A: Excéntricos y extraños
Cluster B: Dramáticos, emocionales y erráticos
Cluster C: Ansiosos y temerosos

(Casas y Guardia, 2002; Kranzler, Mason y Modesto-Lowe, 1998; Landa et al., 2006; Sannibale y Hall, 1998).

Como se ha puesto de relieve en otros estudios de alcoholismo (Echeburúa et al., 2005, 2007; Fernández-Montalvo, Landa, López-Goñi y Lorea, 2006) y como ocurre también en otras adicciones (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2004, 2006), los trastornos de personalidad son abundantes en la muestra total. Los alcohol-dependientes de tipo II presentan más trastornos de personalidad que los de tipo I. Respecto al tipo específico, los trastornos más frecuentes entre los alcohol-dependientes de tipo II son el obsesivo, el narcisista, el paranoide y el antisocial. Sólo los trastornos narcisista y paranoide son significativamente más frecuentes en los alcohol-dependientes de tipo II que en los de tipo I. Asimismo los alcohol-dependientes de tipo II se concentran en el *cluster B* (dramáticos, emocionales y erráticos) de trastornos de personalidad con más frecuencia que los de tipo I (Eriksson et al., 2007; Gilligan et al., 2005).

Hay, por tanto, dos patrones psicopatológicos claramente diferenciados en función del tipo de alcohol-dependencia. Los alcohol-dependientes de tipo I presentan un desarrollo más tardío de la

dependencia, no cuentan con una carga hereditaria biológica y tienen menos complicaciones psicopatológicas, por lo que podrían responder a programas de intervención breve (véase Echeburúa, 2001). La mayor presencia de sintomatología psicopatológica (de impulsividad y de hostilidad en concreto) y de trastornos de personalidad en los sujetos de tipo II muestra un perfil caracterizado por un desarrollo precoz de la dependencia y con antecedentes familiares, lo que sugiere la conveniencia de incorporar programas de tratamiento multicomponente (véase McCrady, Rodríguez Villarino y Otero, 1998; Secades y Fernández-Hermida, 2001, 2003).

Este estudio tiene un carácter exploratorio y, por ello, requiere continuidad en investigaciones futuras, especialmente por lo que se refiere al diseño de programas de intervención diferenciales en función del tipo de alcohol-dependencia en consonancia con los resultados obtenidos. Sin embargo, algunas limitaciones de este trabajo son el tamaño relativamente reducido de la muestra, especialmente del grupo de pacientes de tipo I, para obtener conclusiones epidemiológicas consistentes y el enfoque categorial dado a los trastornos de personalidad. Otros estudios futuros deberían abordar estas limitaciones.

Referencias

- Alonso Fernández, F. (1992). *Alcoholdependencia. Personalidad del alcohólico (3ª edic.)*. Barcelona: Masson/Salvat.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. rev.)*: Washington, DC. APA.
- Babor, T.F., Hoffman, M., DelBoca, F.K., Hesselbrock, V., Meyer, R.E., Dolinsky, Z.S., y Rounsaville, B. (1992). Types of alcoholics. I: Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry*, 49, 599-608.
- Barrat, E.S. (1985). Impulsiveness defined within a systems model of personality. En E.P. Spielberger y J.N. Butcher (Eds.): *Advances in Personality Assessment* (pp. 113-132). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Blanchard, J.J., y Brown, S.B. (1998). Structured diagnostic interview schedules. En C.R. Reynolds (Ed.): *Assessment (A.S. Bellack y M. Hersen. Comprehensive Clinical Psychology, vol. 4)*. Ámsterdam: Elsevier Science.
- Bravo de Medina, R., Echeburúa, E., y Aizpiri, J. (2007). Diferencias de sexo en el alcoholismo: dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de personalidad. *Adicciones*, 19, 373-382.
- Bravo de Medina, R., Echeburúa, E., y Aizpiri, J. (2008, en prensa). Diferencias de sexo en el alcoholismo: dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de personalidad. *Psicothema*.
- Casas, M., y Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14, 195-219.
- Cloninger, C.R. (1987). Neurogenetic adaptative mechanism in alcoholism. *Science*, 236, 410-416.
- Cloninger, C.R., Sigvardsson, S., Gilligan, S. et al. (1988). Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 7, 3-18.
- Cuadrado, P. (2003). Asignación terapéutica en función de las características del paciente. En Sociedad Española de Toxicomanías (2003), *Manual SET de alcoholismo*. Madrid: Panamericana.
- Derogatis, L.R. (1975). *The SCL-90-R*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Echeburúa, E. (2001). *Abuso de alcohol*. Madrid: Síntesis.
- Echeburúa, E., Bravo de Medina, R., y Aizpiri, J. (2005). Alcoholism and personality disorders: An exploratory study. *Alcohol & Alcoholism*, 40, 323-326.
- Echeburúa, E., Bravo de Medina, R., y Aizpiri, J. (2007). Comorbidity of alcohol dependence and personality disorders: A comparative study. *Alcohol & Alcoholism*, 42, 618-622.
- Echeburúa, E., Corral, P., y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación (EI): propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Eriksson, A., Tengström, A., y Sheilagh, H. (2007). Typologies of alcohol use disorders among men with schizophrenic disorders. *Addictive Behaviors*, 32, 1146-1163.
- Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (2004). Pathological gambling and personality disorders: An exploratory study with the IPDE. *Journal of Personality Disorders*, 18, 500-505.
- Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (2006). Juego patológico y trastornos de personalidad: un estudio-piloto con el MCMI-II. *Psicothema*, 18, 453-458.
- Fernández-Montalvo, J., Landa, N., López Goñi, J.J., y Lorea, I. (2006). Personality disorders in alcoholics: A comparative study between the IPDE and the MCMI-II. *Addictive Behaviors*, 31, 1442-1448.
- Gilligan, S.B., Reich, T., Cloninger, R., y Sing, C.F. (2005). Etiologic heterogeneity in alcoholism. *Genetic Epidemiology*, 4, 395-414.
- González de Rivera, J.L. (2002). *Versión española del SCL-90-R*. Madrid: TEA.
- Gual, A. (2006). Alcoholismo. En J. Vallejo Ruiloba (Ed.): *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (6ª edic.)*. Barcelona: Elsevier/Masson.
- Haver, B. (2003). Comorbid psychiatric disorders predict and influence treatment outcome in female alcoholics. *European Addictions Research*, 9, 39-44.
- Jellinek, E.M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven: Yale University Press.
- Kranzler, H.R., Mason, B., y Modesto-Lowe, V. (1998). Prevalence, diagnosis and treatment of comorbid mood disorders and alcoholism. En H.R. Kranzler y B. Rounsaville (Eds.): *Dual Diagnosis and Treatment*. New York: Marcel Dekker, Inc.
- Landa, N., Fernández Montalvo, J., López-Goñi, J.J., y Lorea, I. (2006). Comorbilidad psicopatológica en el alcoholismo: un estudio descriptivo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 253-269.
- Lenzinger, E., Meszaros, K., Willinger, U., Fischer, G., Schonbeck, G., Hornik, K., y Aschauer, H.N. (1999). Prevalence and relapse predicting value of Cloninger's alcoholism types. *European Neuropsychopharmacology*, 9(5), 344-344.

- López-Ibor, J., Pérez-Urdániz, A., y Rubio, V. (1996). *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad: Módulo DSM-IV. Versión española*. Madrid: Organización Mundial de la Salud.
- Loranger, A.W. (1995). *International Personality Disorders Examination (IPDE)*. Geneva: World Health Organization.
- Luengo, M.A., Carrillo de la Peña, M.T., y Otero, J.M. (1991). The components of impulsiveness: A comparison of the I.7 Impulsiveness Questionnaire and the Barratt Impulsiveness Scale. *Personality and Individual Differences*, 12, 657-667.
- McCrary, B., Rodríguez Villarino, R., y Otero, J.M. (1998). *Los problemas de bebida: un sistema de tratamiento paso a paso*. Madrid: Pirámide.
- Pérez, J., y Torrubia, R. (1986). Fiabilidad y validez de la versión española de la escala de búsqueda de sensaciones (forma V). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 18, 7-22.
- Sannibale, C., y Hall, W. (1998). An evaluation of Cloninger's typology of alcohol abuse. *Addiction*, 93, 1241-1249.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 2, 303-318.
- Secades, R., y Fernández-Hermida, J.R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13, 365-380.
- Secades, R., y Fernández-Hermida, J.R. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. En M. Pérez, J.R. Fernández-Hermida, C. Fernández e I. Amigo (Eds.): *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Madrid: Pirámide.
- Segal, D.L., y Coolidge, F.L. (1998). Personality disorders (pp. 267-289). En B. Edelstein (Ed.): *Clinical Geropsychology* (A.S. Bellack y M. Hersen. *Comprehensive Clinical Psychology*, vol. 7). Amsterdam: Elsevier Science.
- Se-Won, L., Kang-Seob, O., Young-Chul, S., Seung-Gul, K., Leen, K., Young-Min, P., Won, K., y Heon-Jeong L. (2008). Clinical and temperamental differences between early- and late-onset alcoholism in Korean men. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 94-97.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (1970). *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto California: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)* (3ª edic.). Madrid: TEA.
- Vázquez, C., y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10, 59-81.
- Zuckerman, M., Eysenck, S.B., y Eysenck, A.J. (1978). Sensation Seeking in England and American: Cross-cultural age and sex comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 139-149.