

La calidad de vida en pacientes con trastorno por dependencia al alcohol con trastornos de la personalidad: relación con el ajuste psicológico y craving

José Miguel Martínez González, José Luis Graña Gómez* y Humberto Trujillo Mendoza**
Centro Provincial de Drogodependencias de Granada, * Universidad Complutense de Madrid y ** Universidad de Granada

El objetivo de este estudio fue conocer la calidad de vida autopercibida de 65 pacientes con trastorno por dependencia al alcohol abstinentes en el primer mes de tratamiento y el modo en que algunas variables de gran impacto en el tratamiento, como los trastornos de la personalidad, el ajuste psicológico y el craving, influyen en esa percepción. Se ha visto que la calidad de vida no se relaciona con el tiempo de abstinencia o con la evolución de la adicción. Los resultados muestran que los pacientes que presentan un trastorno de la personalidad perciben una peor calidad de vida en áreas como el estado de salud, el estado de ánimo y las relaciones sociales. Además, la autopercepción de la calidad de vida se ve influenciada por el ajuste psicológico y las creencias sobre el craving, lo que debe tenerse en cuenta al estudiar la calidad de vida como medida de la efectividad del tratamiento de drogodependientes con trastornos de la personalidad.

Quality of life in patients with alcohol dependence disorder with personality disorders: Relation to psychological adjustment and craving. The purpose of this study is to determine the self-perceived quality of life of abstinent patients with alcohol dependence disorder during the first month of treatment, and how the presence of personality disorders, psychological adjustment, and the level of craving affect this perception. For this purpose, a sample was used comprising 65 participants with mean age of 43.26 years, of whom 70.8% were male and 29.2% female, with a mean duration of addiction to alcohol consumption of 11.83 years. The results show that quality of life is not related to the duration of abstinence or the course of the addiction. Moreover, the patients who present a personality disorder perceive poorer quality of life in areas such as health status, mood, and social relations. Self-perception of quality of life is affected by psychological adjustment and beliefs about craving. These data should be taken into account when considering quality of life as a measurement of the effectiveness of a treatment for drug addicts with personality disorders.

A lo largo de los últimos años se viene utilizando la variable calidad de vida como indicador de los resultados de la intervención terapéutica en drogodependencias (Iraurgi, 2002; Morales-Manrique et al., 2006). La Organización Mundial de la Salud (THE WHOQOL Group, 2004) define la calidad de vida (en adelante CV) como: «la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de los valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses». Aunque la CV puede medirse de diversas maneras, sin embargo mayoritariamente se piensa que se deben tener en cuenta para su evaluación, al menos, los dominios físico, psicológico y social (Katschnig, Freeman y Sartorius, 2000; Wiessma, 2000; Morales-Manrique et al., 2006).

En el ámbito general de la patología dual, y específicamente en la de los drogodependientes con trastorno de la personalidad (en

adelante TP), se ha empleado la CV como medida de la efectividad del tratamiento. Los estudios concluyen que la presencia de TP influye negativamente sobre dicha CV. Téngase en cuenta que el carácter de las personas juega un papel importante en la manera en que se percibe la CV (Fassino et al., 2004; Karow, Verthein, Krausz y Schäfer, 2008). Se ha podido comprobar que estos pacientes perciben menor bienestar subjetivo y de autorrealización, más problemas relacionales, mayor frecuencia de acontecimientos negativos (Torgersen, 2007), peores trabajos y deficientes relaciones sociales (Andreoli, Gressot, Aapro et al., 1989) y, sobre todo, muestran peores niveles de ajuste social en comparación con los que presentan psicopatología solo en el Eje I (Narud, Mykletun y Dahl, 2005).

Algunos estudios recientes (Daley, Burge y Hammen, 2000; Cramer, Torgersen y Kringlen, 2006) muestran que el nivel de CV percibido puede incluso diferir dependiendo del tipo de trastorno de la personalidad. En el estudio de Cramer, Torgersen y Kringlen (2006) se encontraron peores niveles de CV en los trastornos de personalidad, y por este orden, de evitación, límite, esquizotípico, dependiente, paranoide, esquizoide y antisocial. Por el contrario, se observó mejor CV en pacientes diagnosticados de trastorno de la personalidad histriónico y narcisista. Además, los pacientes con

trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo solo muestran una discreta reducción de la CV, cosa que no sucede con el resto de TP (Cramer et al., 2006; Pedrero et al., 2008).

Un aspecto muy importante a tener en cuenta en la evaluación de la percepción de CV es el grado de bienestar autopercibido a lo largo de la abstinencia (Fernández, 2003), ya que, al parecer, el bienestar subjetivo tiende a reflejar simplemente estados psicopatológicos alterados (Atkinson, Zibin y Chuang, 1997). Estos autores se refieren a lo que denominan *falacias psicopatológicas*, consistentes en un mecanismo por el cual se distorsiona tanto la percepción como la comunicación de la percepción. La más importante de ellas es la falacia afectiva, que se refiere al hecho de que las personas utilizan su estado afectivo momentáneo como referencia para establecer juicios sobre su felicidad y satisfacción en la vida. El estado afectivo, según esto, tendría una gran influencia en la medición de la CV evaluada a partir de la subjetividad de la persona. De hecho, varios estudios muestran que las medidas de CV correlacionan considerablemente con las obtenidas en el Eje I (Smith y Larson, 2003; Narud, Mykletun y Dahl, 2005; Lozano, Rojas, Pérez et al., 2008). En el estudio de Lozano et al. (2008) se observa que la CV puede predecirse a partir del ajuste psicológico medido con el cuestionario GHQ-28, pudiendo incluso afirmar que el ajuste psicológico predice el nivel de CV. No obstante, está por determinar la influencia diferenciada del Eje I y II en la percepción de la CV.

Los objetivos de este estudio fueron los siguientes: (1) conocer la CV de los pacientes en abstinencia al inicio de tratamiento; y (2) comprobar si el nivel de CV percibida varía dependiendo de la presencia de patología dual, del nivel de ajuste psicológico y del *craving*.

Método

Participantes

Para la formación de la muestra se han tenido en cuenta los siguientes criterios: (a) debían ser personas que iniciaban el tratamiento sin que hubiesen estado en tratamiento al menos en los dos meses inmediatamente anteriores al inicio de la investigación; (b) las personas debían contar al menos con dos semanas de abstinencia para poder hacer un diagnóstico dual; y (c) las personas que formasen parte del estudio debían encontrarse en el primer mes de tratamiento, para así poder evitar que la percepción de la CV se viese influida por el efecto de la intervención.

La muestra la componen 65 pacientes que presentan criterios de dependencia al alcohol (DSM-IV-TR, 2002) y se encuentran en tratamiento en el Centro Provincial de Drogodependencias de Granada. El 70,8% (n= 46) son hombres, mientras que el 29,2% (n= 19) son mujeres. El 64,2% vive con su propia familia o pareja, el 29,2% con la familia de origen y el 6,2% vive solo. La edad media es de 43,26 años en un rango que va desde los 26 a los 69 años. El 73,8% de las personas que componen la muestra tienen hijos. Presentan una media de 11,83 años de evolución de la adicción y en el momento de la evaluación cuentan con una media de 29 días de abstinencia.

Instrumentos

Para la medición de la CV se utilizó el Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (*Quality of Life Enjoyment*

and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q) (Endicott, Harrison y Blumenthal, 1993). Este cuestionario mide de forma sensible la satisfacción y el placer del paciente en su vida cotidiana. Es un instrumento genérico de CV aplicable a todo tipo de pacientes, con independencia de su diagnóstico y tratamiento. Consta de 93 ítems que exploran las siguientes ocho áreas: estado de salud física/actividades, estado de ánimo, trabajo, actividades del hogar, tareas de clase, actividades de tiempo libre, relaciones sociales y actividades generales. El cuestionario incorpora al final un apartado resumen para que la persona haga una valoración general de cada área. Las respuestas son de tipo Likert de cinco valores que oscilan entre nunca y muy a menudo o siempre. Las puntuaciones altas indican buena CV, mientras que las bajas representan una mala CV. El marco de referencia temporal para contestar al cuestionario es la semana pasada. De cada área se obtiene una puntuación directa y una puntuación expresada en porcentaje respecto a la máxima puntuación posible que la persona cree poder obtener en esa área.

Para la medición de presencia de psicopatología no psicótica se utilizó el General Health Questionnaire - *GHQ-28* (Goldberg y Hiller, 1979), que establece un índice de gravedad de ajuste psicológico construido a partir de la suma de cuatro subescalas: síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión (González-Sáiz et al., 1997). Aunque la utilización más habitual del GHQ-28 es como instrumento de cribado, siguiendo un modelo categorial de evaluación (probable caso vs probable no caso), en el presente estudio la utilidad e interpretación del GHQ-28 se ajusta más a un modelo dimensional en el que la puntuación total se considera dentro de un continuo hipotético bienestar-malestar psicológico. Las puntuaciones más bajas representan un mejor estado de salud psicopatológico.

Para la evaluación y diagnóstico de los TP se utilizó la entrevista semiestructurada *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE)* (Loranger, 1995; versión española de López-Ibor, Pérez Urdániz y Rubio, 1996). Dispone de un *screening* con respuestas de verdadero-falso, y una entrevista clínica que matiza la presencia o no de TP según criterios DSM.

La evaluación del Eje I se llevó a cabo a través de la *entrevista clínica*, atendiendo a criterios DSM (DSM-IV-TR, 2002).

Además, se utilizó un *cuestionario de 23 ítems* de elaboración propia para medir el grado con el que las personas se identifican con creencias básicas adictivas y, además, sobre los aspectos siguientes: disparadores del *craving*, adherencia al tratamiento, calidad de la ayuda recibida por parte de su familia, expectativas de autoeficacia y conciencia de patología dual. La respuesta es de tipo Likert, de cinco valores que van desde ningún grado de identificación con las creencias a muchísimo. Ocho ítems de este cuestionario se refieren al *craving*: «Tengo ganas de consumir cuando me siento físicamente mal»; «Cuando se me mete en la cabeza consumir no puedo evitar hacerlo»; «Tengo ganas de consumir cuando me siento bien»; «Tengo ganas de consumir cuando tengo problemas con alguien»; «Me es difícil hacer frente a las ganas de consumir»; «Tengo ganas de consumir cuando me siento mal»; «Tengo ganas de consumir cuando dispongo de dinero»; «Ahora tengo ganas de consumir». El valor alfa de Cronbach de estos ítems es de .89, lo que indica una alta consistencia interna.

Procedimiento

Durante el primer mes de tratamiento, con la abstinencia necesaria para realizar el diagnóstico dual, se les dio a los pacientes

los cuestionarios para que los completasen en sus casas y los entregaran a la semana siguiente. Si los cuestionarios no se completaban en este período por alguna razón quedaban excluidos de la muestra. La evaluación de todos los casos fue llevada a cabo por el mismo psicólogo clínico. Igualmente, se solicitó a todos los participantes el consentimiento informado para la utilización de los datos en esta investigación.

Diseño y análisis de datos

Se empleó una metodología cuasi-experimental, concretada ésta en distintos diseños unifactoriales entre grupos. Se realizaron distintos contrastes sobre diferencias de medias, utilizando para tal efecto el estadístico t-Student, habiéndose establecido un nivel de significación para tomar decisión estadística de 0,05. Se realizaron diferentes correlaciones bivariadas y también distintos análisis de regresión simple y múltiple con el fin de conocer los niveles de asociación direccional entre algunas de las variables. El análisis se realiza con el programa SPSS 15.0.

Resultados

El 67,2% de la muestra presenta patología dual. El 23,6% en el Eje I, de los que el 6,3% corresponden a trastornos de la ansiedad, y el 17,3% un trastorno del estado de ánimo. El 56,3% (n= 36) presenta un trastorno de la personalidad, siendo los más frecuentes el obsesivo-compulsivo (32,8%) y por dependencia (12,5%), seguidos del trastorno límite de la personalidad (4,7%), no especificado (3,1%), histriónico (1,6%) y por evitación (1,6%).

En el primer mes de tratamiento los pacientes perciben peor CV en el área de gestión y disfrute del tiempo libre, sin embargo en el área en que mejor se perciben es en el trabajo. La mayoría considera que se encuentran alrededor del 60% del total posible en CV que creen poder alcanzar (tabla 1). El análisis de regresión muestra que ni la evolución de la drogadicción ni el tiempo de abstinencia se asocian con el nivel de CV percibida, lo que significa que la historia toxicológica por sí sola o la abstinencia no se relacionan con la percepción subjetiva de la CV.

Calidad de vida y patología dual

Los pacientes difieren en la valoración general de su CV dependiendo de si presentan o no patología dual (psicopatología en

el Eje I, Eje II o en ambos). Se han comparado las puntuaciones de los pacientes en el apartado de resumen del cuestionario, obteniendo diferencias estadísticamente significativas en trece ítems: estado de salud física, estado de ánimo, relaciones sociales, relaciones familiares, capacidad para participar en la vida cotidiana, deseo sexual, capacidad para desplazarse sin sentir mareos, capacidad para disfrutar del trabajo y aficiones y sensación general de bienestar. Los que sí presentan psicopatología en cualquiera de los Ejes perciben una peor CV en comparación con los que no presentan psicopatología (tabla 2).

También se compararon las puntuaciones de los pacientes en cada una de las áreas del cuestionario en función de la presencia o no de TP, encontrando diferencias estadísticamente significativas en las áreas siguientes: estado de salud física/actividades, estado de ánimo y relaciones sociales (tabla 2). El valor de la media fue mayor en todos los casos para el grupo de pacientes que no presentaban un trastorno de la personalidad, de lo que se desprende que los pacientes con trastorno de la personalidad perciben una peor CV en estas áreas.

Si se analizan los resultados atendiendo a los distintos tipos de TP por separado, se observa que presentan mayores puntuaciones de CV el trastorno histriónico (58), dependiente (55), obsesivo-compulsivo (49) y menor en TP no especificado (47), límite (46) y evitación (46), aunque no se han realizado análisis estadísticos debido a no disponer de un número de puntuaciones suficiente como para garantizar la validez de la conclusión estadística. Con respecto al porcentaje de CV percibida del total posible en función de la presencia de TP, por orden destacan con un mayor porcentaje los pacientes con trastorno histriónico (73%), seguido de dependiente (68%) y de obsesivo-compulsivo (61%), mientras que el porcentaje es menor en el caso de los TP de evitación y no especificado (58%) y límite (57%).

El ajuste psicológico (GHQ-28)

El 55,2% de los pacientes en abstinencia presentaban un nivel de gravedad medio-alto o alto al iniciar el tratamiento, siendo la escala de ansiedad la que presentó puntuaciones mayores de gravedad.

Dependiendo de la presencia de un trastorno de la personalidad, se observó que existían diferencias estadísticamente significativas en la escala depresión ($t= 2,143$; $p= 0,036$), siendo mayor la gravedad en el grupo de personas que presentan un trastorno de la personalidad.

El análisis de regresión muestra que el ajuste psicológico se relaciona inversamente con el nivel de calidad de vida ($\text{Beta}=-0,475$; $p= 0,000$), lo que significa que en la medida en que empeora el ajuste psicológico menor nivel de CV percibe el paciente. Esta relación lo corrobora el análisis de correlaciones bivariadas en las que destacan las escalas de disfunción social y depresión.

Ajuste psicológico y creencias sobre el craving

Las creencias sobre el *craving* también correlacionan de forma positiva y estadísticamente significativa con el ajuste psicológico. Concretamente, son tres las que correlacionan con todas las escalas del cuestionario GHQ-28: «cuando se me mete en la cabeza consumir no puedo evitar hacerlo», «tengo ganas de consumir cuando tengo problemas con alguien», «tengo ganas de consumir cuando me siento mal». Estas creencias están por tanto vinculadas

Tabla 1
Proporción de calidad de vida percibida por el paciente en relación al total posible

| | N | Media del porcentaje asignado por el paciente |
|-------------------------------|----|---|
| C VIDA estado de salud física | 64 | 61,32% |
| C VIDA estado de ánimo | 64 | 67,05% |
| C VIDA trabajo | 36 | 79,43% |
| C VIDA casa | 48 | 71,44% |
| C VIDA clase | 4 | 66,80% |
| C VIDA tiempo libre | 59 | 60,06% |
| C VIDA relaciones sociales | 61 | 67,60% |
| C VIDA generales total | 65 | 62,93% |

al ajuste psicológico, toda vez que pueden alterar la gravedad de dicho ajuste dependiendo del grado con el que se identifican los pacientes con ella.

Craving y expectativas de resultados

Se han calculado las correlaciones de Pearson para conocer la relación entre los ítems que miden las expectativas de resultados y el *craving*. En la medida en que el paciente se identifica más con las creencias sobre el *craving*, más aumentan las expectativas negativas de resultados, lo que incrementa el malestar que experimenta el paciente al afrontar el deseo de consumo. Esto indica que el *craving* puede afectar negativamente a las expectativas de resultados.

Craving y calidad de vida

El análisis de regresión muestra que en la medida en que se identifican más con las creencias sobre el *craving* los pacientes perciben peor CV (Beta= -0,405; p= 0,001).

Además, el análisis de regresión múltiple, en el que las variables criterio son por un lado la media de los ítems relativos al *craving*

(Beta= -0,252; p= 0,038) y por otro el valor total del cuestionario GHQ-28 de ajuste psicológico (Beta= -0,371; p= 0,003), indica que el ajuste psicológico se asocia más claramente.

Discusión y conclusiones

Esta investigación, en la que se ha comprobado que los trastornos obsesivo-compulsivo y dependiente de la personalidad son los más frecuentes (Bravo, Echeburúa y Aizpiri, 2008; Martínez-González, Graña y Trujillo, 2009), nos ha permitido conocer la relación entre el nivel de CV percibida de los pacientes al iniciar el tratamiento y variables como la patología dual, el ajuste psicológico y el *craving*.

Se ha visto que el nivel de CV autopercebida de los pacientes no depende del tiempo de abstinencia ni de la evolución de la drogadicción (Lozano, Rojas, Pérez et al., 2008). La percepción es diferente en cada área y ninguna persona cree que disfruta del máximo nivel de CV posible en el primer mes de tratamiento. Conocer el nivel de CV en cada área nos permite priorizar la intervención en las áreas más desfavorables.

Al comparar la percepción de CV en función de la presencia psicopatología en el Eje II, se observa que los pacientes con TP

Tabla 2

| Apartado de resumen del cuestionario Q-LES-Q | Patología dual Eje I, II o I+II | Media | Desviación típica | t | gl | p= | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------------|--------------|-------------------|--------|----|-------|---|-------------------------------|--------------|-------------------|--------|----|-------|--------------------------------------|-------------------|--------------|---|-------------------------------|--------------|-------------------|-------------------|-------|-------|--------------------------------------|-------------------|--------------|---|-------------------------------|-------|-------------------|-------------------|-------|--------|--------------------------------------|-------------------|--------------|---|-------------------------------|-------|-------------------|-------------------|-------|--------|--------------------------------------|-------------------|--------------|---|-------------------------------|-------|-------------------|-------------------|-------|--------|--------------------------------------|-------------------|--------------|---|-------------------------------|-------|-------------------|-------------------|-------|--------|--------------------------------------|-------------------|--------------|---|-------------------------------|-------|-------------------|-------------------|-------|--------|--------------------------------------|-------------------|--------------|---|-------------------------------|-------|-------------------|-------------------|-------|--------|--------------------------------------|-------------------|--------------|------------------------------------|-------------------------------|-------|-------------------|-------------------|-------|--------|--------------------------------------|-------------------|--------------|--------|--------|----|-------|-------------------|-------|--------|---------------------|-------------------|--------------|--------|--------|----|-------|-------------------|-------|--------|---------------------|-------------------|--------------|--------|--------|----|
| Generales: su estado de salud física | Sí presenta P dual | 3 | 0,873 | -2,922 | 62 | 0,009 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | No presenta P dual | 3,71 | 1,007 | | | | Generales: su estado de ánimo | Sí presenta P dual | 2,79 | 0,976 | -2,144 | 61 | 0,034 | No presenta P dual | 3,33 | 0,913 | Generales: sus relaciones sociales | Sí presenta P dual | 3,21 | 0,965 | -3,998 | 62 | 0,000 | No presenta P dual | 4,14 | 0,655 | Generales: sus relaciones familiares | Sí presenta P dual | 3,53 | 0,909 | -2,376 | 62 | 0,021 | No presenta P dual | 4,14 | 1,062 | Generales: su capacidad para participar en la vida cotidiana | Sí presenta P dual | 3,05 | 0,950 | -3,156 | 62 | 0,021 | No presenta P dual | 3,81 | 0,814 | Generales: su deseo sexual, interés, rendimiento o desempeño | Sí presenta P dual | 2,56 | 1,184 | -2,334 | 59 | 0,023 | No presenta P dual | 3,35 | 1,348 | Generales: su capacidad para desplazarse sin mareos | Sí presenta P dual | 3,91 | 1,087 | -2,800 | 62 | 0,001 | No presenta P dual | 4,62 | 0,590 | Generales: capacidad para disfrutar del trabajo y las aficiones | Sí presenta P dual | 3,31 | 7,070 | -2,963 | 61 | 0,004 | No presenta P dual | 4,14 | 1,014 | Generales: sensación general de bienestar | Sí presenta P dual | 2,95 | 0,899 | -3,027 | 62 | 0,004 | No presenta P dual | 3,67 | 0,856 | Apartados del cuestionario Q-LES-Q | Trastornos de la personalidad | Media | Desviación típica | t | gl | p= | Estado de salud física / actividades | No presenta un TP | 42,54 | 7,115 | -2,368 | 61 | 0,021 | Sí presenta un TP | 37,83 | 8,372 | Estado de ánimo | No presenta un TP | 51,00 | 10,981 | -2,032 | 61 | 0,046 | Sí presenta un TP | 45,09 | 11,858 | Relaciones sociales | No presenta un TP | 41,65 | 11,665 | -2,370 | 58 |
| Generales: su estado de ánimo | Sí presenta P dual | 2,79 | 0,976 | -2,144 | 61 | 0,034 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | No presenta P dual | 3,33 | 0,913 | | | | Generales: sus relaciones sociales | Sí presenta P dual | 3,21 | 0,965 | -3,998 | 62 | 0,000 | No presenta P dual | 4,14 | 0,655 | Generales: sus relaciones familiares | Sí presenta P dual | 3,53 | 0,909 | -2,376 | 62 | 0,021 | No presenta P dual | 4,14 | 1,062 | Generales: su capacidad para participar en la vida cotidiana | Sí presenta P dual | 3,05 | 0,950 | -3,156 | 62 | 0,021 | No presenta P dual | 3,81 | 0,814 | Generales: su deseo sexual, interés, rendimiento o desempeño | Sí presenta P dual | 2,56 | 1,184 | -2,334 | 59 | 0,023 | No presenta P dual | 3,35 | 1,348 | Generales: su capacidad para desplazarse sin mareos | Sí presenta P dual | 3,91 | 1,087 | -2,800 | 62 | 0,001 | No presenta P dual | 4,62 | 0,590 | Generales: capacidad para disfrutar del trabajo y las aficiones | Sí presenta P dual | 3,31 | 7,070 | -2,963 | 61 | 0,004 | No presenta P dual | 4,14 | 1,014 | Generales: sensación general de bienestar | Sí presenta P dual | 2,95 | 0,899 | -3,027 | 62 | 0,004 | No presenta P dual | 3,67 | 0,856 | Apartados del cuestionario Q-LES-Q | Trastornos de la personalidad | Media | Desviación típica | t | gl | p= | Estado de salud física / actividades | No presenta un TP | 42,54 | 7,115 | -2,368 | 61 | 0,021 | Sí presenta un TP | 37,83 | 8,372 | Estado de ánimo | No presenta un TP | 51,00 | 10,981 | -2,032 | 61 | 0,046 | Sí presenta un TP | 45,09 | 11,858 | Relaciones sociales | No presenta un TP | 41,65 | 11,665 | -2,370 | 58 | 0,021 | Sí presenta un TP | 36,24 | 5,684 | | | | | | |
| Generales: sus relaciones sociales | Sí presenta P dual | 3,21 | 0,965 | -3,998 | 62 | 0,000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | No presenta P dual | 4,14 | 0,655 | | | | Generales: sus relaciones familiares | Sí presenta P dual | 3,53 | 0,909 | -2,376 | 62 | 0,021 | No presenta P dual | 4,14 | 1,062 | Generales: su capacidad para participar en la vida cotidiana | Sí presenta P dual | 3,05 | 0,950 | -3,156 | 62 | 0,021 | No presenta P dual | 3,81 | 0,814 | Generales: su deseo sexual, interés, rendimiento o desempeño | Sí presenta P dual | 2,56 | 1,184 | -2,334 | 59 | 0,023 | No presenta P dual | 3,35 | 1,348 | Generales: su capacidad para desplazarse sin mareos | Sí presenta P dual | 3,91 | 1,087 | -2,800 | 62 | 0,001 | No presenta P dual | 4,62 | 0,590 | Generales: capacidad para disfrutar del trabajo y las aficiones | Sí presenta P dual | 3,31 | 7,070 | -2,963 | 61 | 0,004 | No presenta P dual | 4,14 | 1,014 | Generales: sensación general de bienestar | Sí presenta P dual | 2,95 | 0,899 | -3,027 | 62 | 0,004 | No presenta P dual | 3,67 | 0,856 | Apartados del cuestionario Q-LES-Q | Trastornos de la personalidad | Media | Desviación típica | t | gl | p= | Estado de salud física / actividades | No presenta un TP | 42,54 | 7,115 | -2,368 | 61 | 0,021 | Sí presenta un TP | 37,83 | 8,372 | Estado de ánimo | No presenta un TP | 51,00 | 10,981 | -2,032 | 61 | 0,046 | Sí presenta un TP | 45,09 | 11,858 | Relaciones sociales | No presenta un TP | 41,65 | 11,665 | -2,370 | 58 | 0,021 | Sí presenta un TP | 36,24 | 5,684 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Generales: sus relaciones familiares | Sí presenta P dual | 3,53 | 0,909 | -2,376 | 62 | 0,021 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | No presenta P dual | 4,14 | 1,062 | | | | Generales: su capacidad para participar en la vida cotidiana | Sí presenta P dual | 3,05 | 0,950 | -3,156 | 62 | 0,021 | No presenta P dual | 3,81 | 0,814 | Generales: su deseo sexual, interés, rendimiento o desempeño | Sí presenta P dual | 2,56 | 1,184 | -2,334 | 59 | 0,023 | No presenta P dual | 3,35 | 1,348 | Generales: su capacidad para desplazarse sin mareos | Sí presenta P dual | 3,91 | 1,087 | -2,800 | 62 | 0,001 | No presenta P dual | 4,62 | 0,590 | Generales: capacidad para disfrutar del trabajo y las aficiones | Sí presenta P dual | 3,31 | 7,070 | -2,963 | 61 | 0,004 | No presenta P dual | 4,14 | 1,014 | Generales: sensación general de bienestar | Sí presenta P dual | 2,95 | 0,899 | -3,027 | 62 | 0,004 | No presenta P dual | 3,67 | 0,856 | Apartados del cuestionario Q-LES-Q | Trastornos de la personalidad | Media | Desviación típica | t | gl | p= | Estado de salud física / actividades | No presenta un TP | 42,54 | 7,115 | -2,368 | 61 | 0,021 | Sí presenta un TP | 37,83 | 8,372 | Estado de ánimo | No presenta un TP | 51,00 | 10,981 | -2,032 | 61 | 0,046 | Sí presenta un TP | 45,09 | 11,858 | Relaciones sociales | No presenta un TP | 41,65 | 11,665 | -2,370 | 58 | 0,021 | Sí presenta un TP | 36,24 | 5,684 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Generales: su capacidad para participar en la vida cotidiana | Sí presenta P dual | 3,05 | 0,950 | -3,156 | 62 | 0,021 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | No presenta P dual | 3,81 | 0,814 | | | | Generales: su deseo sexual, interés, rendimiento o desempeño | Sí presenta P dual | 2,56 | 1,184 | -2,334 | 59 | 0,023 | No presenta P dual | 3,35 | 1,348 | Generales: su capacidad para desplazarse sin mareos | Sí presenta P dual | 3,91 | 1,087 | -2,800 | 62 | 0,001 | No presenta P dual | 4,62 | 0,590 | Generales: capacidad para disfrutar del trabajo y las aficiones | Sí presenta P dual | 3,31 | 7,070 | -2,963 | 61 | 0,004 | No presenta P dual | 4,14 | 1,014 | Generales: sensación general de bienestar | Sí presenta P dual | 2,95 | 0,899 | -3,027 | 62 | 0,004 | No presenta P dual | 3,67 | 0,856 | Apartados del cuestionario Q-LES-Q | Trastornos de la personalidad | Media | Desviación típica | t | gl | p= | Estado de salud física / actividades | No presenta un TP | 42,54 | 7,115 | -2,368 | 61 | 0,021 | Sí presenta un TP | 37,83 | 8,372 | Estado de ánimo | No presenta un TP | 51,00 | 10,981 | -2,032 | 61 | 0,046 | Sí presenta un TP | 45,09 | 11,858 | Relaciones sociales | No presenta un TP | 41,65 | 11,665 | -2,370 | 58 | 0,021 | Sí presenta un TP | 36,24 | 5,684 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Generales: su deseo sexual, interés, rendimiento o desempeño | Sí presenta P dual | 2,56 | 1,184 | -2,334 | 59 | 0,023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | No presenta P dual | 3,35 | 1,348 | | | | Generales: su capacidad para desplazarse sin mareos | Sí presenta P dual | 3,91 | 1,087 | -2,800 | 62 | 0,001 | No presenta P dual | 4,62 | 0,590 | Generales: capacidad para disfrutar del trabajo y las aficiones | Sí presenta P dual | 3,31 | 7,070 | -2,963 | 61 | 0,004 | No presenta P dual | 4,14 | 1,014 | Generales: sensación general de bienestar | Sí presenta P dual | 2,95 | 0,899 | -3,027 | 62 | 0,004 | No presenta P dual | 3,67 | 0,856 | Apartados del cuestionario Q-LES-Q | Trastornos de la personalidad | Media | Desviación típica | t | gl | p= | Estado de salud física / actividades | No presenta un TP | 42,54 | 7,115 | -2,368 | 61 | 0,021 | Sí presenta un TP | 37,83 | 8,372 | Estado de ánimo | No presenta un TP | 51,00 | 10,981 | -2,032 | 61 | 0,046 | Sí presenta un TP | 45,09 | 11,858 | Relaciones sociales | No presenta un TP | 41,65 | 11,665 | -2,370 | 58 | 0,021 | Sí presenta un TP | 36,24 | 5,684 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Generales: su capacidad para desplazarse sin mareos | Sí presenta P dual | 3,91 | 1,087 | -2,800 | 62 | 0,001 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | No presenta P dual | 4,62 | 0,590 | | | | Generales: capacidad para disfrutar del trabajo y las aficiones | Sí presenta P dual | 3,31 | 7,070 | -2,963 | 61 | 0,004 | No presenta P dual | 4,14 | 1,014 | Generales: sensación general de bienestar | Sí presenta P dual | 2,95 | 0,899 | -3,027 | 62 | 0,004 | No presenta P dual | 3,67 | 0,856 | Apartados del cuestionario Q-LES-Q | Trastornos de la personalidad | Media | Desviación típica | t | gl | p= | Estado de salud física / actividades | No presenta un TP | 42,54 | 7,115 | -2,368 | 61 | 0,021 | Sí presenta un TP | 37,83 | 8,372 | Estado de ánimo | No presenta un TP | 51,00 | 10,981 | -2,032 | 61 | 0,046 | Sí presenta un TP | 45,09 | 11,858 | Relaciones sociales | No presenta un TP | 41,65 | 11,665 | -2,370 | 58 | 0,021 | Sí presenta un TP | 36,24 | 5,684 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Generales: capacidad para disfrutar del trabajo y las aficiones | Sí presenta P dual | 3,31 | 7,070 | -2,963 | 61 | 0,004 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | No presenta P dual | 4,14 | 1,014 | | | | Generales: sensación general de bienestar | Sí presenta P dual | 2,95 | 0,899 | -3,027 | 62 | 0,004 | No presenta P dual | 3,67 | 0,856 | Apartados del cuestionario Q-LES-Q | Trastornos de la personalidad | Media | Desviación típica | t | gl | p= | Estado de salud física / actividades | No presenta un TP | 42,54 | 7,115 | -2,368 | 61 | 0,021 | Sí presenta un TP | 37,83 | 8,372 | Estado de ánimo | No presenta un TP | 51,00 | 10,981 | -2,032 | 61 | 0,046 | Sí presenta un TP | 45,09 | 11,858 | Relaciones sociales | No presenta un TP | 41,65 | 11,665 | -2,370 | 58 | 0,021 | Sí presenta un TP | 36,24 | 5,684 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Generales: sensación general de bienestar | Sí presenta P dual | 2,95 | 0,899 | -3,027 | 62 | 0,004 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | No presenta P dual | 3,67 | 0,856 | | | | Apartados del cuestionario Q-LES-Q | Trastornos de la personalidad | Media | Desviación típica | t | gl | p= | Estado de salud física / actividades | No presenta un TP | 42,54 | 7,115 | -2,368 | 61 | 0,021 | Sí presenta un TP | 37,83 | 8,372 | Estado de ánimo | No presenta un TP | 51,00 | 10,981 | -2,032 | 61 | 0,046 | Sí presenta un TP | 45,09 | 11,858 | Relaciones sociales | No presenta un TP | 41,65 | 11,665 | -2,370 | 58 | 0,021 | Sí presenta un TP | 36,24 | 5,684 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apartados del cuestionario Q-LES-Q | Trastornos de la personalidad | Media | Desviación típica | t | gl | p= | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estado de salud física / actividades | No presenta un TP | 42,54 | 7,115 | -2,368 | 61 | 0,021 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Sí presenta un TP | 37,83 | 8,372 | | | | Estado de ánimo | No presenta un TP | 51,00 | 10,981 | -2,032 | 61 | 0,046 | Sí presenta un TP | 45,09 | 11,858 | Relaciones sociales | No presenta un TP | 41,65 | 11,665 | -2,370 | 58 | 0,021 | Sí presenta un TP | 36,24 | 5,684 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estado de ánimo | No presenta un TP | 51,00 | 10,981 | -2,032 | 61 | 0,046 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Sí presenta un TP | 45,09 | 11,858 | | | | Relaciones sociales | No presenta un TP | 41,65 | 11,665 | -2,370 | 58 | 0,021 | Sí presenta un TP | 36,24 | 5,684 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Relaciones sociales | No presenta un TP | 41,65 | 11,665 | -2,370 | 58 | 0,021 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Sí presenta un TP | 36,24 | 5,684 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

presentan al iniciar el tratamiento niveles de CV menores en comparación a los que no la presentan (Karow et al., 2008) en tres áreas específicas: el estado de salud / actividades, el estado de ánimo y en las relaciones sociales (Pedrero, Olivar y Chicharro, 2008). Además, existen diferencias dependiendo del tipo de trastorno. Los que perciben una mejor CV son los pacientes con trastorno de la personalidad histriónico, obsesivo-compulsivo y dependiente, resultados coincidentes con los obtenidos en otros estudios (Cramer, Torgersen y Kringlen, 2006; Pedrero, Olivar y Chicharro, 2008).

Este trabajo ha permitido comprobar que el ajuste psicológico es una variable muy influyente en la percepción de la CV, ya que todo parece indicar que está relacionada con el nivel de CV (Lozano, Rojas, Pérez et al., 2008). A medida que incrementa la gravedad del ajuste psicológico disminuye el nivel de CV percibido, particularmente la escala de depresión del cuestionario GHQ-28, la cual correlaciona negativamente con la CV (Smith y Larson, 2003). Esta relación podría estar indicando que las personas utilizan su estado afectivo momentáneo como información para establecer juicios sobre su felicidad o satisfacción en la vida (Katschnig, Freeman y Sartorius, 2000; Lozano, Rojas, Pérez et al., 2008), lo que podría implicar que la evaluación de la CV debería incorporar indicadores de ajuste psicológico (por ejemplo, GHQ-28).

Un aspecto también muy importante es la relación entre el nivel de gravedad de ajuste psicológico y las creencias irracionales sobre el *craving*, ya que se ha observado que el ajuste psicológico influye en el grado en el que se identifican los pacientes con estas creencias. Esto es, el malestar podría reforzar las creencias irracionales vinculadas al *craving*, convirtiéndose el malestar psicológico de este modo en un potente factor de riesgo indirecto. Esto es, en la medida en que la persona se identifica con estas creencias irracionales incrementan las estrategias de afrontamiento basadas exclusivamente en la fuerza de voluntad, alternativa que ha demostrado ser poco efectiva a largo plazo (Tiffany, 1990; citado en Beck, 1999). De aquí se desprende que afrontar de este modo el deseo de consumo de drogas sin modificar estas creencias influye negativamente en la CV. No obstante, el *craving*, según estos resultados, aunque está asociado con el nivel de CV percibido por los pacientes, tiene menos peso que el ajuste psicológico.

El hecho de que en esta investigación se hayan obtenido resultados similares a otros trabajos sobre la CV en pacientes con TP muestra que el cuestionario Q-LES-Q puede utilizarse para evaluar la CV percibida en pacientes con trastorno por dependencia al alcohol con patología dual.

La CV es una variable significativa para la medición del resultado del tratamiento en los TP (Tyrer y Davidson, 2003), pero según estos resultados la evaluación debería contemplar no solo los cambios en el nivel de CV percibido acontecidos a lo largo del tiempo, sino también las variables que han mostrado influencia en esta percepción, como es el caso del ajuste psicológico y *craving*.

Los resultados indican que la CV percibida en pacientes con trastorno por dependencia al alcohol al inicio de tratamiento no es asociada con el tiempo de abstinencia o con la propia evolución de la adicción. Se ha observado que sobre ella influyen variables de gran impacto en el tratamiento, como la patología dual, el nivel de ajuste psicológico y las creencias sobre el *craving*. Por otro lado, se ha comprobado que los pacientes con TP perciben un nivel más bajo de CV en áreas como la salud física / actividades, el estado de ánimo y las relaciones sociales.

En esta investigación también se ha observado que cuando un paciente se identifica con creencias irracionales sobre el *craving* disminuye su nivel de CV percibida. Por otro lado, tanto estas creencias como el ajuste psicológico están asociadas al nivel de CV, confirmando el peso del estado afectivo momentáneo en la elaboración de juicios sobre la felicidad y satisfacción en la vida. Creemos que esta relación se debe tener en cuenta al utilizar la CV como medida de la efectividad del tratamiento.

Limitaciones del estudio

La presente investigación cuenta con algunas limitaciones relacionadas con el tamaño de la muestra. El número de participantes en el estudio, aunque suficiente para dar respuesta a los objetivos propuestos a su inicio, no nos permite profundizar en aspectos tan relevantes como el análisis de la CV en función de la sola presencia de psicopatología en el Eje I, ni delimitar las puntuaciones de cada una de las variables evaluadas en función de cada una de las tipologías de TP identificadas en este estudio.

Referencias

- Andreoli, A., Gressot, G., Aapro, N., Tricot, L., y Gognalsons, M. (1989). Personality disorders as a predictor of outcome. *Journal of Personality Disorder*, 3, 307-321.
- Atkinson, M., Zibin, S., y Chuang, H. (1997). Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: A critical examination of the self-report methodology. *American Journal of Psychiatry*, 105, 99-105.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., y Liese, B.L. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Bravo, R., Echeburúa E., y Aizpiri, J. (2008). Diferencias de sexo en la dependencia del alcohol: dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de la personalidad. *Psicothema*, 20, 218-223.
- Cramer, V., Torgersen, S., y Kringlen, E. (2006). Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 178-184.
- Daley, S., Burge, D., y Hammen, C. (2000). Borderline personality disorder symptoms as predictors of 4-year romantic relationship dysfunction in young women: Addressing issues of specificity. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 451-460.
- DSM-IV-TR (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. IV Texto Revisado. Barcelona: Masson.
- Endicott, J., Harrison, N.W., y Blumenthal, W. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: A new measure. *Psychopharmacol Bull*, 29, 321-326.
- Fassino, S., Abbate, G., Delsedime, N., Rogna, L., y Boggio, S. (2004). Quality of life and personality disorders in heroin abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 76, 73-80.
- Fernández J. (2003). La calidad de vida en adicciones: una medida de la efectividad de los tratamientos. *Anales de Psiquiatría*, 19, 377-384.
- Golberg, D.P., y Hiller, V.F. (1979). *A scaled version of the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER Publishing Company.
- González-Sáiz, F.M., Carulla, S., Martínez J.M., López, A., Ruiz, J., y Guerra, D. (1997). *Indicador del tratamiento de la adicción a opiáceos*. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz.
- Iraurgi, I. (2002). Instrumentos de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en toxicomanías. En I. Iraurgi y F. González (Eds.):

- Instrumentos de evaluación en drogodependencias* (pp. 481-511). Barcelona: Aula Médica.
- Karow, A., Verthein, U., Krausz, M., y Schäfer, I. (2008). Association of personality disorders, family conflicts and treatment with quality of life in opiate addiction. *European Addiction Research*, 14, 38-46.
- Katschnig, H., Freeman, H., y Sartorius, N. (2000). Utilidad del concepto de calidad de vida en psiquiatría. En H. Katschnig, H. Freeman y N. Sartorius: *Calidad de vida en los trastornos mentales* (pp. 3-15). Barcelona: Masson.
- López-Ibor, J., Pérez, A., y Rubio, V. (1996). *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad; Módulo DSM-IV*. Versión española. Madrid: Organización Mundial de la Salud.
- Lozano, O., Rojas, A., Pérez, C., González-Sáiz, F., Ballesta, R., e Izaskum, B. (2008). Evidencias de validez del test para la evaluación de la calidad de vida en adictos a sustancias psicoactivas a partir del modelo biaxial de la adicción. *Psicothema*, 20, 317-323.
- Martínez-González, J.M., y Trujillo, H.M. (2003). *Tratamiento del drogodependiente con trastornos de la personalidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Martínez-González, J.M., Graña, J.L., y Trujillo, H.M. (2009). 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. *Adicciones*, 21, 105-112.
- Morales-Manrique, C., Castellano-Gómez, J.C., y Valderrama, R. (2006). Medición de la calidad de vida e importancia de la atención a las necesidades autopercebidas en pacientes drogodependientes. *Trastornos adictivos*, 8, 212-221.
- Narud, K., Mykletun, A., y Dahl, A. (2005). Quality of life in patients with personality disorders seen at an ordinary psychiatric outpatient clinic. *BMC Psychiatry*, 5, 5. En línea [http://www.biomedcentral.com/1471-244X/5/10].
- Pedrero, E., Olivar, A., y Chicharro, J. (2008). Cuestionario CAD-4: una medida biopsicosocial de la calidad de vida autopercebida en pacientes drogodependientes. *Trastornos Adictivos*, 10, 17-31.
- Sanz, M., Iraurgi, I., y Martínez-Pampliega, A. (2002). Evaluación del funcionamiento familiar en toxicomanías: adaptación española y características de adecuación métrica del FAP- FACES IV. En I. Iraurgi y F. González-Sáiz (Eds.): *Instrumentos de Evaluación en Drogodependencias* (pp. 403-434). Madrid: Aula Médica.
- Skevington S., Sartorius, N., Amir, M., y THE WHOQOL Group (2004). Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 1-8.
- Smith, K., y Larson, M. (2003). Quality of life assessments by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *American Journal Alcohol Abuse*, 29, 323-335.
- Torgersen, S., Kringlen, E., y Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders. *Archives General Psychiatry*, 58, 590-596.
- Torgersen, S. (2007). Epidemiología. En J.M. Oldham, A.E. Skodol y D.S. Bender: *Tratado de los trastornos de la personalidad* (pp-131-143). Barcelona: Elsevier Masson.
- Tyrer, P., y Davidson, K., (2003). Manejo de los Trastornos de la Personalidad. En M.G. Gelder, J.J. López-Ibor y N. Andersen: *Tratado de Psiquiatría*. Tomo II (pp. 1155-1165). Barcelona: Ars Médica.
- Wiessma, D. (2000). Desempeño del rol como componente de la calidad de vida de los trastornos mentales. En H. Katschnig, H. Freeman y N. Sartorius: *Calidad de vida en los trastornos mentales* (pp. 43-52). Barcelona, Masson.