

## **El carácter como predictor de trastornos de la personalidad en adictos: la tipología caracterial de Cloninger y su abordaje psicosocial**

Eduardo J. Pedrero Pérez, Álvaro Olivar Arroyo y Carmen Puerta García

CAD 4 San Blas. Instituto de Adicciones. Madrid Salud

### **Resumen**

El presente estudio aborda las relaciones de las dimensiones caracteriales del modelo de Cloninger con los trastornos de la personalidad. Se obtiene una muestra de sujetos (N=565) que inician tratamiento por conductas adictivas en un centro ambulatorio (CAD 4 San Blas, Instituto de Adicciones, Madrid Salud), y cumplimentan el TCI-R, el MCMI-II, el VIP y el CCE-R. Según los criterios de Cloninger y, mediante análisis discriminante, son clasificados en los diferentes tipos caracteriales. Se comparan éstos con los encontrados en una muestra de población general (N=114), encontrándose que mientras en éste grupo predomina el tipo Equilibrado, en el grupo de adictos predominan los tipos Desorganizado, Melancólico y Ciclotímico. Estos tipos predicen una sustancial proporción de la varianza de la mayor parte de los trastornos de la personalidad. La Autodirección correlaciona fuertemente con variables cognitivas como la autoestima, el optimismo y el autocontrol, mientras la Cooperatividad lo hace principalmente con variables de socialización. Se discute la necesidad de considerar las variables caracteriales como elementos centrales de los trastornos de la personalidad y la adicción a sustancias y el necesario abordaje biopsicosocial para tratar ambos trastornos como una unidad en un programa de tratamiento que contemple tres aspectos principales: la personalidad, la función ejecutiva cerebral y el afrontamiento del estrés.

### **Palabras Clave**

Personalidad, Carácter, Evaluación, Trastornos de la Personalidad, TCI-R, MCMI-II, VIP.

- Correspondencia a: \_\_\_\_\_  
Carmen Puerta García. CAD 4 San Blas. Instituto de Adicciones. Madrid Salud  
Ayuntamiento de Madrid. C/ Alcalá, 527. 28027 MADRID  
Tfno: 917434771 Fax: 917434775 Correo @: ejpedrero@yahoo.es



### **Summary**

This study develops an approach to the relationships between characterial dimensions of Cloninger's model and personality disorders. In a sample of individuals (N=565) who ask for treatment for addictive behaviors in an outpatient center (CAD 4 San Blas, Instituto de Adicciones, Madrid Salud), the TCI-R, MCMI-II, VIP and CCE-R tests are used. According to Cloninger's criteria, and using discriminant analysis, they are classified in the different characterial types. They are compared with the results found in a sample of general population (N=114), finding out that in the general population group predominates Equilibrated type, but in the group of addicts predominate types Disorganized, Melancholic and Cyclothymic. These types predict a wide proportion of the variance of most of personality disorders. Self-directedness correlates strongly with cognitive variables like self-esteem, optimism and self-control, while Cooperativeness does mainly with socialization variables. It is discussed the convenience to consider characterial variables like core elements of personality disorders and substance addiction as well as the necessary biopsicosocial approach to deal with both disorders like a unit in a program treatment that should include three main aspects: personality, cerebral executive function and stress coping.

### **Key Words**

Personality, Character, Assessment, Personality Disorders, TCI-R, MCMI-II, VIP.

### **Résumé**

La présente étude aborde les relations entre les dimensions caractérielles du modèle de Cloninger avec les troubles de la personnalité. On obtient un échantillon de sujets (N=565) qui commencent traitement pour des conduites addictives dans un centre ambulatoire, et complètent le TCI-R, le MCMI-II, le VIP et le CCE-R. Selon les critères de Cloninger, et par analyse discriminante, ils sont classés dans les différents types caractérielles. On compare ceux-ci avec ceux trouvés dans un échantillon de population générale (N=114), en trouvant que tandis que dans celui-ci groupe prédomine le type Équilibré, dans le groupe d'addictes prédominent les types Désorganisé, Mélancolique et Cyclothymique. Ces types prédisent une proportion substantielle de la variance de la plupart des troubles de la personnalité. La Détermination relie fortement avec des variables cognitives comme l'auto-estime, l'optimisme et l'auto-contrôle, tandis que la Coopération le fait principalement avec des variables de socialisation. On examine la nécessité de considérer les variables caractérielles comme éléments centraux des troubles de la personnalité et la dépendance des substances et l'abordage biopsicosocial nécessaire pour traiter les deux troubles comme une unité dans un programme de traitement qui considère trois aspects principaux: la personnalité, la fonction exécutive cérébrale et le coping.



## Mots Clés

Personnalité, Caractère, Evaluation, Troubles de la Personnalité, TCI-R, MCMI-II, VIP.

## INTRODUCCIÓN

El concepto de carácter ha perdido vigencia en las últimas décadas en beneficio del concepto de personalidad, más genérico y más vinculado a la psicopatología. La personalidad haría referencia a una visión más global del patrón de comportamiento de las personas, incluyendo factores evolutivos, biológicos y de aprendizaje, en tanto que el de carácter quedaría reducido a los elementos más epidérmicos, observables y públicos de la conducta de los individuos. Leahey (1995) considera que el rechazo al término "carácter" como definitorio de lo individual se debe a las connotaciones morales implícitas, en tanto que el término "personalidad" está más en consonancia con una perspectiva individualista que ha ido ganando terreno en la psicología a lo largo del siglo XX, especialmente en el ámbito anglosajón. Otra razón del abandono del concepto puede atribuirse al rechazo de la psicología científica hacia términos que, como el de carácter, fueron ampliamente utilizados por el psicoanálisis en referencia al yo como elemento integrador de la conducta (Millon, 1998).

Recientemente, Cloninger (Cloninger, Svrakic y Przybeck, 1993) ha revitalizado el concepto de carácter a partir de su modelo biopsicológico de la personalidad. Éste se articula en torno a la división de los rasgos en aquellos que tienen un fuerte soporte biológico (temperamentales) y aquellos que están más arraigados en el historial de aprendizaje y la experiencia individual (caracteriales). Ambos estarían sustentados en diferentes sistemas

de memoria: mientras los rasgos temperamentales estarían vinculados a la memoria perceptual (percepciones preconceptuales, presemánticas y códigos visuoespaciales) y al sistema córtico-espinal, los rasgos caracteriales se relacionarían con la memoria consciente (conceptos, palabras, imágenes, símbolos) y al sistema córtico-limbo-diencefálico. De este modo, los rasgos temperamentales implicarían un aprendizaje asociativo (que determinaría una conducta automática) y los rasgos caracteriales un aprendizaje conceptual (conducta intencional). El temperamento sería la predisposición o inclinación heredable a responder automáticamente a estímulos ambientales, en tanto que el carácter sería el estilo desarrollado a lo largo de la vida, pero especialmente en la adolescencia y comienzo de la edad adulta, según el cual las personas gestionan tales inclinaciones. Los rasgos caracteriales propuestos por Cloninger son tres: la Autodirección, la Cooperatividad y la Autotranscendencia.

La Autodirección representa la capacidad adquirida de controlar la propia conducta y orientarla a metas y objetivos personales, utilizar adecuadamente los propios recursos, estar en posesión de un autoconcepto positivo y un proyecto personal definido y actuar en congruencia con ellos. Está relacionada con una autoestima positiva y un historial de apego consistente, pero en último término supondría la capacidad de prescindir, durante la etapa de la adolescencia, de la heteronomía precedente y formular un estilo autónomo de gestión de los propios recursos, así como la aceptación de los límites de la conducta personal.



La Cooperatividad representa la capacidad de aceptar a los otros y de identificar sus emociones, empatizar y, llegado el caso, renunciar a gratificaciones personales a favor del grupo social o de los individuos que lo componen. Representaría la dimensión de sociabilidad de los individuos o bien, en sentido inverso, su agresividad interpersonal y la hostilidad manifiesta hacia los intereses ajenos. Tiene que ver con la tolerancia y aceptación de "el otro", la sensibilidad a las necesidades ajenas, la tendencia a ayudar y la disponibilidad de valores prosociales.

La Autotrascendencia representa la identificación personal con "un todo" del cual procede y forma parte esencial. Puede definirse como un sentido de pertenencia o unión espiritual con la naturaleza o con instancias superiores intangibles. Tiene que ver con creencias espirituales, místicas o religiosas y un sentido finalista de trascendencia. Este rasgo se interesa por aspectos de la personalidad que no habían sido estudiados sistemáticamente con anterioridad, pero que pueden representar guías de indudable interés sobre la conducta global de las personas.

Aunque la adición de estas escalas características ha sido criticada por su inherente dualismo, por dificultar la constatación de los sustratos neurobioquímicos y por incluir constructos filosóficos y morales que debilitan la teoría (Millon, 1998), lo cierto es que Cloninger ha propuesto un modelo que permite la contrastación empírica y, específicamente, el estudio de la contribución diferencial entre elementos genéticos y ambientales a la estructura de la personalidad. Algunos de sus postulados han recibido apoyo empírico, en tanto que otros no lo han recibido o requieren investigación adicional (Ando et al., 2002, 2004; Comings et al., 2000; Gillespie, Cloninger, Heath y Martin, 2003)

Sin embargo, la aportación más interesante del modelo se sustenta precisamente sobre la estructura caracterial, en la medida en que la Autodirección es la dimensión que predice la existencia de todos los trastornos de la personalidad (De la Rie, Duijsens y Cloninger, 1998; Gutiérrez, Sangorrín, Martín-Santos, Torres y Torrens, 2002; Parker et al., 2003; Svrakic, Draganic, Hill, Bayon, Przybeck y Cloninger, 2002) y de múltiples trastornos del Eje I, como la fobia social (Marteinsdottir, Tillfors, Furmark, Anderberg y Ekselius, 2003), la depresión unipolar (Richter, Eisemann y Richter, 2000), los trastornos de la alimentación (Fassino, Abbate-Daga, Amianto, Leombruni, Boggie y Rovera, 2002; Fassino, Amianto, Gramaglia, Facchini, Abbate-Daga, 2004; Hueg, Resch, Haffner, Poustka, Parzer y Brunner, 2006), el trastorno obsesivo-compulsivo (Cruz-Fuentes, Blas, Gonzalez, Camarena y Nicolini, 2004; Lyoo, Lee, Kim, Kong y Kwon, 2001), la conducta suicida (Becerra, Páez, Robles-García y Vela, 2005), los trastornos de ansiedad (Matsudaira y Kitamura, 2006), la esquizofrenia (Guillem, Bicu, Semkowska y Debrulle, 2002), la conducta psicopática (Giotakos, Marcianos, Vaidakis, Christodoulou, 2004) y los trastornos por abuso de sustancias (Hosák, Preiss, Halír, Cermáková y Csémy, 2004; Pedrero, 2006a,b), entre otros.

En la mayor parte de los casos, pero no en todos, la dimensión de Cooperatividad también aparece baja en este amplio espectro de trastornos psicopatológicos: específicamente en aquellos que comportan problemas en la relación interpersonal. Las bajas puntuaciones en Autodirección reflejarían el sustrato desadaptativo de la personalidad, en tanto que las bajas puntuaciones en Cooperatividad representarían el sustrato de los problemas de socialización (Pelissolo y Corruble, 2002).



La tercera dimensión caracterial, la Auto-trascendencia, presenta un comportamiento ambivalente. En general, las elevadas puntuaciones se presentan tanto en población normal como en poblaciones clínicas. Los autores (Svrakic et al., 2002) proponen que cuando su alta puntuación se asocia con altas Autodirección y Cooperatividad, indica madurez, espiritualidad y creatividad, pero cuando coincide con puntuaciones bajas en estas dos dimensiones, la Autotrascendencia se relaciona con tendencias disociativas, pensamiento mágico e ideación delirante.

Cloninger y su equipo (Cloninger, Przybeck, Svrakic y Wetzell, 1994) formalizaron una tipología caracterial a partir de la combinación de las tres dimensiones caracteriales (Figuras 1 y 2).

El valor de estos tipos caracteriales se centra, además de en su capacidad predictiva ya reseñada de muy diferentes formas de psicopatología, en el hecho de que, a diferencia de las estructuras temperamentales, las configuraciones caracteriales no se consideran fijas, estáticas y discretas (Cloninger, Adolfsson y Svrakic, 1996; Svrakic, Svrakic y Cloninger, 1996), sino consecuencia de los efectos de amplificación que la experiencia y el aprendizaje producen en el genotipo sobre el fenotipo (Bouchard, 1994). En consecuencia, nos encontramos ante la faceta de la personalidad (y sus trastornos) más sensible a la terapia de modificación de conducta (en sus aspectos individuales) y a la educación social (en sus aspectos más relacionales).

Casi todos los estudios citados previamente se han realizado con versiones del TCI previas a la revisada, el TCI-R. Esta última versión ha sido utilizada con éxito en población adicta en tratamiento (Pedrero, 2006a) y también la versión reducida de 140 ítems (Pedrero,

2006b), además de en poblaciones con otros trastornos psicopatológicos (Gutiérrez-Zotes, Cortés, Valero, Peña y Labad, 2005) y en población general (Gutiérrez-Zotes et al., 2004).

El objetivo de este trabajo se centra en estudiar la estructura caracterial de una muestra de sujetos que inician tratamiento por conductas adictivas y su comparación con la obtenida en una muestra de población general, así como explorar la relación de los tipos caracteriales con otras variables psicológicas, psicopatológicas y sociológicas.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Participantes

Se obtiene una muestra de 594 sujetos que demandan ayuda profesional en un Centro de Atención a las Drogodependencias del Municipio de Madrid (Instituto de Adicciones, Ayuntamiento de Madrid), de carácter ambulatorio, público y gratuito, por problemas relacionados con conductas adictivas, con o sin drogas. La muestra supone la totalidad de los sujetos que demandaron atención entre enero de 2005 y diciembre de 2006, salvo aquéllos que por diferentes motivos (dificultades idiomáticas en población inmigrante, limitaciones culturales, estados de deterioro mental importante tipo demencia, etc.) no fueron capaces de completar la evaluación mediante autoinformes, y salvo aquéllos que debieron ser desechados por no cumplir los requisitos de validez propuestos por los autores de los cuestionarios (MCMI: puntuaciones extremas en la escala Z, dos o más ítems de la escala V; TCI-R: número de ítems sin responder; uno o más ítems de la escala de validez).

Veintinueve sujetos no presentaban criterios para estimar un diagnóstico de abuso/de-

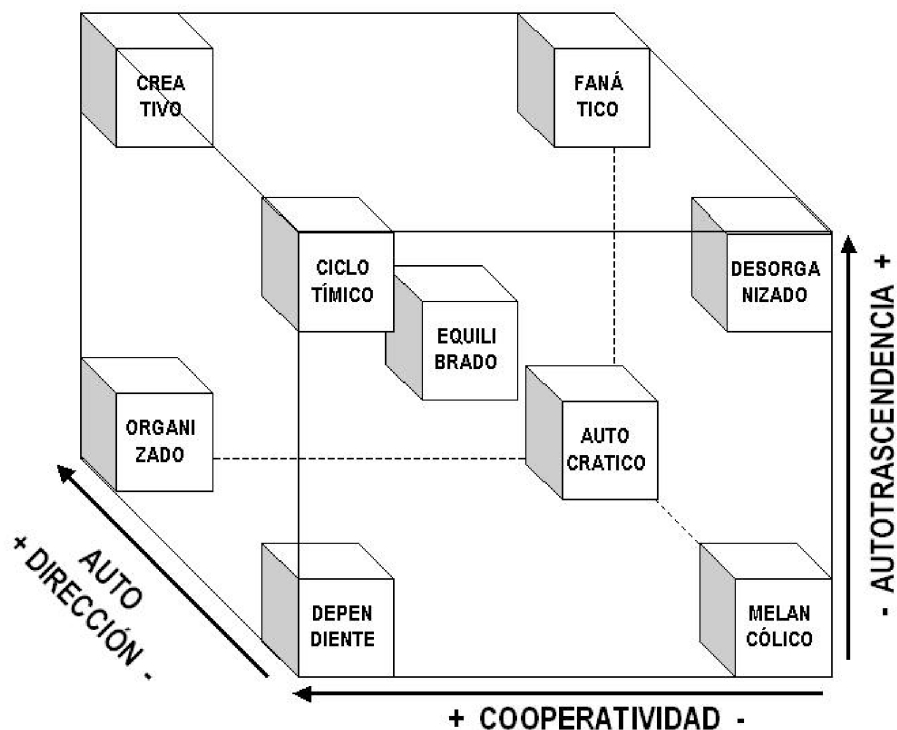


**Figura 1.** Tipología caracterial de Cloninger a partir de las combinaciones de las tres dimensiones del carácter estimadas mediante el TCI-R.

Tipo de carácter	Dimensiones caracteriales de Cloninger			Descripción
	AUTODIRECCIÓN	COOPERATIVIDAD	AUTOTRASCENDENCIA	
<b>DESORGANIZADO</b>	-	-	+	Ilógico, suspicaz e inmaduro. Conducta poco convencional, organizada hacia metas no racionales y no guiada por valores prosociales.
<b>CREATIVO</b>	+	+	+	Inventivo, maduro y reflexivo. Conducta guiada por emociones positivas, alegría, amor y esperanza, capacidad para explorar nuevos caminos y tendencias prosociales.
<b>MELANCÓLICO</b>	-	-	-	Egoísta, inmaduro y con alta reactividad emocional. Guiada por emociones negativas (vergüenza, odio, resentimiento), la conducta es retraída y huidiza, rechazando a los demás como potenciales agresores.
<b>DEPENDIENTE</b>	-	+	-	Sumiso, confiado, respetuoso e hiperreactivo emocionalmente. Su conducta es insegura, son muy vulnerables a la crítica, tendentes a la autocompasión.
<b>AUTOCRÁTICO</b>	+	-	-	Lógico, egoísta e intimidador. Combinan una conducta hostil hacia los demás con estrategias encaminadas a dominarlos. Son muy competitivos y poco respetuosos con los demás.
<b>ORGANIZADO</b>	+	+	-	Lógico, confiado y maduro. Su conducta es conservadora, eficiente, consistente, atenta a las necesidades de los demás y a las normas sociales. Utilizan el pensamiento analítico aunque carecen de flexibilidad.
<b>FANÁTICO</b>	+	-	+	Suspicaz, supersticioso, excéntrico. Presentan una conducta tensa, con excesiva preocupación por las amenazas imaginadas, persistente y desconfiada con las intenciones de los demás.
<b>CICLOTÍMICO</b>	-	+	+	Oscilante entre la dependencia y el rechazo de los demás, entre la vanidad y la vergüenza, con inestabilidad en las emociones y en su vinculación social.
<b>EQUILIBRADO</b>	=	=	=	



**Figura 2.** Representación gráfica de la tipología caracterial a partir de las dimensiones exploradas por el TCI-R (Modificado de Cloninger, Bayón y Svrakic, 1998).



**Tabla 1.** Descriptivos de la muestra.

ABUSO/ DEPENDENCIA	N	%	Media	EDAD		SEXO	
				D.T.	Rango	VARONES	MUJERES
Heroína	114	20,2	37,5	6,6	17 - 55	73,7%	26,3%
Cocaína	234	41,4	31,4	7,6	18 - 61	82,9%	17,1%
Alcohol	171	30,3	41,1	9,0	22 - 60	71,9%	28,1%
Cannabis	41	7,3	27,0	9,2	16 - 47	90,2%	9,80%
Benzodiazepinas	2	0,4	35,5	6,4	31 - 40	-	100%
Ludopatía	3	0,5	42,0	8,5	34 - 51	100%	-
Población general	114		36,4	11,4	16 - 70	44,7%	55,3%



pendencia de sustancias o ludopatía, y fueron excluidos para su estudio en el presente trabajo. Los restantes 565 sí presentaban suficientes criterios para formalizar el diagnóstico. En total, la muestra se compone de 125 mujeres y 440 varones.

Adicionalmente se obtiene una muestra de 114 sujetos de población general, 51 varones y 63 mujeres. En la TABLA 1 se muestran los descriptivos generales de ambas submuestras.

### Instrumentos

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (*Millon Clinical Multiaxial Inventory-II*, MCMI-II; Millon, 1999) es un cuestionario de 175 ítems, que se responden en una escala dicotómica verdadero/falso, e informa sobre 8 patrones clínicos de personalidad, 3 formas graves de patología de personalidad, 6 síndromes clínicos de intensidad moderada y 3 síndromes clínicos graves. Las puntuaciones directas, por una parte, permiten la descripción dimensional de los diversos patrones desadaptativos y, por otra, se convierten en puntuaciones de tasa base (TB) atendiendo a la distribución de la prevalencia de cada trastorno en los subgrupos de población; la lógica de esta transformación se sitúa en el hecho de que, a diferencia de los rasgos, que se distribuyen normalmente y con frecuencias comparables, los trastornos de personalidad no presentan una distribución semejante ni su prevalencia es igual entre las poblaciones de pacientes, lo que obliga a transformar las puntuaciones atendiendo al modelo de prevalencia subyacente a cada trastorno. Una vez considerado éste, mediante estudios poblacionales preliminares, el autor elabora unas tablas para cada subgrupo de población, estimando un punto

de corte en el valor 75, siendo los valores iguales o superiores sugestivos de algún problema clínico, y otro en el valor 85 que indicaría una severidad importante del trastorno. El cuestionario cuenta con medidas de validez, alteración, deseabilidad y sinceridad.

El Inventario del Temperamento y el Carácter Revisado (*Temperament and Character Inventory-Revised*, TCI-R) es una prueba de autoinforme que se compone de 235 ítems más 5 de validez, que se responden en una escala Likert de 5 opciones. Mide cuatro dimensiones temperamentales -Búsqueda de Novedad (NS), Evitación del Daño (HA), Dependencia de Recompensa (RD) y Persistencia (PE)- y tres caracteriales -Autodirección (SD), Cooperatividad (CO) y Autotrascendencia (ST)-, cada una de ellas con un número variable de subescalas, entre 3 y 5. Consta de una escala de validez de 5 ítems. Utilizamos la versión española proporcionada por los propios autores (Fernández-Aranda, Bayón, Badía y Aitken, 2004), que autorizan explícitamente su uso.

El Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP; Pedrero, Pérez, De Ena y Garrido, 2005), instrumento de 84 ítems que se responden según una escala con cuatro posibilidades, que puntúan de 2 a -2, sin opción intermedia. Elaborado a partir de ítems en su mayor parte procedentes de escalas ampliamente validadas y utilizadas en la clínica, permite la estimación de 9 escalas: autoestima, autoeficacia, optimismo, locus de control, habilidades sociales, autocontrol, afrontamiento centrado en la tarea, afrontamiento centrado en la emoción y afrontamiento centrado en la búsqueda de apoyo social. El VIP muestra una consistencia interna de 0,93, estando todas las subescalas entre 0,78 y 0,91, salvo la de locus de control interno, con sólo 0,65. La consistencia test-retest entre 4 y 6 semanas es de





0,92. Presenta validez concurrente con cuestionarios que miden los mismos constructos por separado entre 0,85 y 0,91, salvo con la escala LOC, que se reduce a un 0,61.

El Cuestionario de Cambio Educativo (CCE-R; Pedrero y Olivar, 2003), instrumento de 58 ítems que se responden según una escala con cuatro posibilidades, agrupados en 29 pares y que distribuyen su puntuación en cinco factores: cooperatividad, autonomía, sentido de pertenencia, tolerancia y responsabilidad. Estos factores se agrupan en un suprafactor denominado Socialización y están orientados a detectar la Intención Conductual Guiada por Valores, partiendo de la Teoría de la Conducta Planificada (Ajzen, 1991), con el objeto de orientar la acción socioeducativa para la mejora de la incorporación social de los individuos.

Proceso de Acogida y Valoración (PAV). Entrevista semiestructurada de recogida de datos estandarizada para todos los Centros de Atención a Drogodependencias del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid (Ayuntamiento de Madrid). Se obtienen de él las variables sexo, edad, nivel de estudios alcanzado, droga que motiva la demanda y criterios diagnósticos para el abuso/dependencia de sustancias

### Procedimiento

Los cuestionarios son administrados a los sujetos en tratamiento al inicio de éste, dentro de una batería más amplia de evaluación biopsicosocial, una vez que se encuentran libres de los efectos de las sustancias (intoxicación, abstinencia, síndrome de retirada, etc.). Los cuestionarios de la submuestra de población general se obtienen mediante la técnica de "bola de nieve" (Goodman, 1961).

Utilizamos el paquete estadístico SPSS 12.0. para efectuar el análisis discriminante (cuyo procedimiento se especificará por pasos en el apartado de Resultados), pruebas de comparación de medias (no paramétricas ante muestras pequeñas o cuando, como en el caso del MCMI-II, las puntuaciones no se distribuyen de forma normal), análisis descriptivos y análisis de regresión por pasos sucesivos.

## RESULTADOS

En la Tabla 2 se especifican las puntuaciones medias y de dispersión obtenidas por las muestras de población general y de adictos en tratamiento en las 7 escalas de TCI-R, así como los resultados de efectuar una prueba *t* para contrastar las medias de ambas con la de la población normativa (Gutiérrez-Zotes et al., 2004). Puede observarse que la muestra de población general de este estudio presenta diferencias con la normativa en 5 de las 7 dimensiones, con diverso grado de significación, y que la población de adictos en tratamiento las presenta con las 7, y con el máximo nivel de significación en todas ellas, salvo en Dependencia de Recompensa. El 83,2% de la muestra de adictos puntúa por debajo de la media normativa en Autodirección, y el 68,7% ofrece puntuaciones inferiores en Cooperatividad. No hay diferencias en las puntuaciones de las tres escalas caracteriales según la droga consumida (Prueba de Kruskal Wallis).

Se efectúa a continuación el proceso clasificatorio, según los siguientes pasos:

Paso 1. Se aplicaron los criterios de Cloninger para estimar los sujetos prototípicos de cada tipo caracterial (Mateos y De la Gándara, 2001; pp 30-40; ver Figura 1). Se especificaron los criterios que se muestran en la Tabla 3. De este modo quedaron clasificados 291 sujetos (42,9% de la muestra total).



Paso 2. Se efectúa un análisis discriminante, utilizando como variables las tres dimensiones caracteriales. Dado que no partimos de una hipótesis previa sobre la distribución de los diferentes tipos, utilizamos el criterio de igualdad de grupos y la matriz de covarianza interna de grupos. De este modo, todos los sujetos quedan adscritos a alguno de los tipos caracteriales, obteniéndose la distribución que se observa en la Figura 3. Puede observarse que en población general predomina el tipo Equilibrado (32,7%), mientras que el tipo Desorganizado es el más frecuente entre población adicta (26,0%), seguido por el Melancólico (20,1%), el Equilibrado (19,8%) y el Ciclotímico (16,1%). No se ha observado en ninguna de las dos submuestras a ningún sujeto que pueda adscribirse al tipo Fanático.

A continuación observamos las puntuaciones TB medias obtenidas por cada tipo caracterial en las escalas de trastornos de la personalidad del MCMI-II. En la Tabla 4 se observa que el tipo caracterial Desorganizado presenta puntuaciones elevadas ( $TB_m > 60$ ) en casi todas las escalas del Eje II; el tipo Melancólico y el Ciclotímico también las presentan, aunque con menos trastornos. Los tipos Organizado y Creativo sólo puntúan alto en el trastorno obsesivo/compulsivo y el tipo Dependiente únicamente con el trastorno de personalidad por dependencia. El tipo Equilibrado presenta puntuaciones TB medias bajas o moderadas en todos los trastornos. Los tipos Desorganizado, Melancólico y Ciclotímico son, también, los que más alto puntúan en las escalas de síndromes clínicos del Eje I, mientras que el Equilibrado se sitúa en posiciones intermedias y el Autocrático y el Organizado son los que manifiestan menor índice de malestar.

Siguiendo el mismo esquema, hallamos las puntuaciones promedio obtenidas por cada tipo caracterial en las diferentes variables interaccionales que componen el VIP. Se observa en la Tabla 5 que los tipos caracteriales Desorganizado, Melancólico, Dependiente y Ciclotímico obtienen en todas ellas puntuaciones inferiores al promedio, a excepción del Afrontamiento basado en la Emoción, en que lo superan ampliamente, especialmente los dos primeros y del Locus del Control Interno en el caso del tipo caracterial Dependiente. Cabe destacar, en los datos obtenidos, el perfil obtenido del tipo caracterial Autocrático, que puntúa por encima del promedio en todas las escalas, salvo en las tres de Afrontamiento.

Del mismo modo, se extraen las puntuaciones promedio de cada tipo caracterial en los diferentes factores que componen el CCE-R y el suprafactor denominado Socialización. En la Tabla 6 se puede observar cómo, una vez más, los tipos caracteriales Desorganizado y Melancólico, especialmente este último, obtienen puntuaciones sensiblemente inferiores al promedio. Por el contrario, los tipos caracteriales Creativo y Organizado se encuentran, en todos los factores y el suprafactor, por encima de la media. Por último, cabe destacar en estos resultados, las bajas puntuaciones obtenidas por el tipo caracterial Autocrático, frente a lo que se observaba en la tabla anterior.

Estudiamos la capacidad predictiva de las escalas caracteriales del TCI-R sobre las escalas de trastornos de la personalidad del MCMI-II, y lo comparamos con la que presentan las escalas temperamentales y el de ambas en conjunto. Se observa en la Tabla 7 que las escalas caracteriales predicen una porción de la varianza muy significativa de varios trastornos, que se sitúa entre el 40 y el 50%



en el caso de los trastornos Autodestructivo, Negativista y Límite, pero que es muy baja, menos del 10%, en el caso del Esquizoide y el Histriónico. El promedio de varianza explicada por las dimensiones caracteriales es del 27%, exactamente el mismo que en el caso de las temperamentales. El uso conjunto de las 7 dimensiones predice como promedio el 38% de la varianza de los trastornos de la personalidad, estimados mediante el MCMI-II.

A continuación se exploran las relaciones entre las variables interaccionales incluidas en el VIP y las dimensiones tanto temperamentales como caracteriales del TCI-R, así como las subdimensiones caracteriales, como puede observarse en la Tabla 8. En ella se puede ver que, con relación a las dimensiones temperamentales, la mayoría de las variables interaccionales aparecen intensamente relacionadas con la Evitación del Daño (Autoestima, Autoeficacia, Optimismo y Habilidades Sociales en sentido negativo; y Afrontamiento Emocional en sentido positivo); asimismo, algunas de ellas muestran una relación altamente significativa con la Persistencia (la Autoeficacia y el Afrontamiento centrado en la Tarea) y el Autocontrol aparece muy asociado a la Búsqueda de Novedad. En cuanto a las dimensiones y subdimensiones caracteriales, la totalidad de componentes del VIP correlacionan de forma muy intensa con la Autodirección y, más concretamente con algunas de sus subdimensiones, como la Orientación, la Congruencia, los Recursos y la Responsabilidad; y, en menor medida, con la Autoaceptación. Dentro de las variables interaccionales, cabe destacar la escasa relación del Afrontamiento basado en el Apoyo Social con la dimensión de Autodirección y sus subdimensiones. En cuanto a la relación con la dimensión Cooperatividad, las

variables interaccionales también muestran una relación significativa, aunque menor que con la dimensión anteriormente comentada; Altruismo, Empatía y Tolerancia Social son las subdimensiones que parecen estar más relacionadas con los componentes del VIP. Finalmente, la dimensión Autotrascendencia del TCI-R, al igual que sus tres subdimensiones, parece mostrar pocas correlaciones significativas y de una baja intensidad.

En cuanto a las relaciones entre las dimensiones y subdimensiones caracteriales del TCI-R con los factores de socialización, éstas pueden observarse en la Tabla 9. Los distintos factores del CCE-R, así como el suprafactor denominado Socialización, muestran una relación muy significativa con la dimensión Cooperatividad del TCI-R y, muy especialmente, con las subdimensiones Altruismo e Integridad; cabe destacar, en este apartado, cómo la subdimensión Tolerancia Social apenas muestra relación con la mayoría de factores de Socialización estudiados. En menor medida, aunque también con resultados significativos, la Socialización aparece muy relacionada con la Autodirección y, especialmente, con la subdimensión Responsabilidad: la alta correlación hallada entre esta subdimensión del TCI-R y el factor correspondiente del CCE-R muestra el ajuste en la medida de ambos cuestionarios. En último lugar, apenas parece haber relación entre la dimensión Autotrascendencia y la Socialización, a la vista de los resultados.

Finalmente, en la Tabla 10 estudiamos las diferencias que aparecen entre los adictos y los sujetos de población general que han sido clasificados en el tipo caracterial Equilibrado, estimando las medias que obtienen unos y otros en las escalas del VIP y en algunas de las escalas de síndromes del Eje I del MCMI-II.



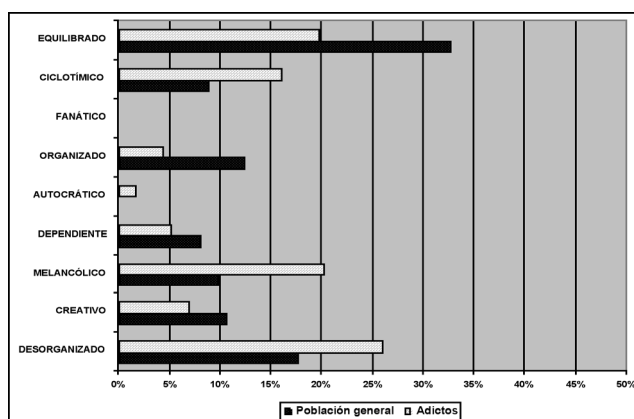
**Tabla 2.** Puntuaciones medias y de dispersión de las muestras de población general y adictos en tratamiento en las 7 escalas del TCI-R y prueba t para estimación de las diferencias con la población normativa (media = 50; D.T. = 10).

	POBLACIÓN GENERAL				ADICTOS			
	Media	D.T.	t <sub>0,05,113</sub>	Sig.	Media	D.T.	t <sub>0,05,564</sub>	Sig.
BÚSQUEDA DE NOVEDAD	53,1	11,1	3,02	p<0,01	58,7	10,5	19,65	p<0,001
EVITACIÓN DEL DAÑO	52,7	12,1	2,37	p<0,05	56,6	11,9	13,22	p<0,001
DEPENDENCIA DE RECOMPENSA	50,6	8,9	0,75		48,6	10,8	-3,06	p<0,01
PERSISTENCIA	49,6	10,2	-0,39		47,6	10,9	-5,14	p<0,001
AUTODIRECCIÓN	45,3	12,0	-4,21	p<0,001	37,1	12,1	-25,39	p<0,001
COOPERATIVO	47,6	10,8	-2,34	p<0,05	44,3	11,3	-11,86	p<0,001
AUTOTRASCENDENCIA	52,1	11,3	2,02	p<0,05	53,9	11,3	8,31	p<0,001

TIPOS	CRITERIOS
DESORGANIZADO	SD<45 AND C<45 AND ST>55
CREATIVO	SD>55 AND C>55 AND ST>55
MELANCÓLICO	SD<45 AND C<45 AND ST<45
DEPENDIENTE	SD<45 AND C>55 AND ST<45
AUTOCRÁTICO	SD>55 AND C<45 AND ST<45
ORGANIZADO	SD>55 AND C>55 AND ST<45
FANÁTICO	SD>55 AND C<45 AND ST>55
CICLOTÍMICO	SD<45 AND C>55 AND ST>55
EQUILIBRADO	SD<56 AND C<56 AND S<56 AND SD>44 AND C>44 AND ST>44

SD= Autodirección; C=Cooperatividad; ST= Autotrascendencia

**Tabla 3.** Criterios discriminantes para el establecimiento de los grupos de cada tipo caracterial de Cloninger.



**Figura 3.** Distribución observada en la adscripción a tipos caracteriales en adictos y población general tras el análisis discriminante.



**Tabla 4.** Puntuaciones medias en las escalas de trastornos de la personalidad y síndromes del Eje I del MCMI-II de los sujetos adscritos a cada tipo caracterial mediante análisis discriminante.

Tipos caracteriales	Escalas del MCMI-II												Media	
	ESQUIZOIDE	EVITATIVO	DEPENDIENTE	HISTRIÓNICO	NARCISISTA	ANTISOCIAL	AGRESIVO	OBSESIVO	NEGATIVISTA	AUTODESTRUCTIVO	ESQUIZOTÍPICO	LÍMITE		PARANOIDE
DESORGANIZADO	<b>60</b>	<b>65</b>	57	<b>63</b>	<b>63</b>	<b>71</b>	<b>68</b>	45	<b>77</b>	<b>69</b>	59	<b>67</b>	<b>66</b>	64
CREATIVO	40	31	59	56	54	45	44	<b>60</b>	25	33	33	27	57	43
MELANCÓLICO	58	<b>63</b>	49	56	55	<b>68</b>	<b>65</b>	39	<b>71</b>	<b>63</b>	53	<b>63</b>	59	59
DEPENDIENTE	52	48	<b>65</b>	53	43	43	33	47	35	50	35	46	50	46
AUTOCRÁTICO	45	19	35	51	57	<b>60</b>	40	54	25	25	12	23	50	38
ORGANIZADO	39	20	55	48	38	26	37	<b>63</b>	15	19	24	15	49	34
CICLOTÍMICO	48	58	<b>66</b>	<b>64</b>	<b>60</b>	58	52	48	56	<b>64</b>	51	<b>60</b>	<b>60</b>	57
EQUILIBRADO	47	39	55	53	52	48	49	54	34	38	34	33	55	45
Tipos caracteriales	Escalas del MCMI-II									Media				
	ANSIEDAD	SOMATOFORME	HIPOMANIA	DISTIMIA	ABUSO ALCOHOL	ABUSO DROGAS	PENSAMIENTO PSICÓTICO	DEPRESIÓN MAYOR	TRASTORNO DELIRANTE					
DESORGANIZADO	54	47	56	40	<b>68</b>	<b>70</b>	59	53	<b>68</b>	57				
CREATIVO	24	28	43	18	45	45	35	18	<b>66</b>	36				
MELANCÓLICO	46	42	47	34	<b>64</b>	<b>65</b>	54	50	59	51				
DEPENDIENTE	38	39	45	23	46	47	36	37	52	40				
AUTOCRÁTICO	19	15	27	5	51	54	30	6	52	29				
ORGANIZADO	20	21	33	14	23	30	17	7	53	24				
CICLOTÍMICO	47	46	57	36	<b>62</b>	<b>61</b>	52	48	<b>61</b>	52				
EQUILIBRADO	24	29	43	15	41	44	35	20	58	34				

**Tabla 5.** Puntuaciones medias de los sujetos clasificados en cada tipo caracterial en las escalas del VIP.

Tipos caracteriales	AUTOESTIMA	AUTOEFICACIA	OPTIMISMO	LOCUS DE CONTROL INTERNO	HABILIDADES SOCIALES	AUTOCONTROL	AFRONTAMIENTO TAREA	AFRONTAMIENTO EMOCIONAL	AFRONTAMIENTO APOYO SOCIAL
DESORGANIZADO	39	43	40	43	45	36	42	58	48
CREATIVO	54	52	54	56	56	53	51	44	47
MELANCÓLICO	39	39	39	44	43	35	38	57	45
DEPENDIENTE	44	47	42	51	44	44	44	54	48
AUTOCRÁTICO	58	53	56	53	59	55	46	37	48
ORGANIZADO	55	55	55	54	58	55	54	40	49
CICLOTÍMICO	45	47	46	49	50	43	46	53	47
EQUILIBRADO	52	49	50	53	51	48	47	48	47

NOTA: Las puntuaciones del VIP se ofrecen tipificadas en una distribución de media 50 y d.t. 10, a partir de las puntuaciones obtenidas en población general.

**Tabla 6.** Puntuaciones medias de los sujetos clasificados en cada tipo caracterial en las escalas de socialización del CCE-R.

Tipos caracteriales	COOPERATIVIDAD	AUTONOMÍA	PERTENENCIA	TOLERANCIA	RESPONSABILIDAD	SOCIALIZACIÓN
DESORGANIZADO	44	45	42	46	43	42
CREATIVO	52	55	54	57	54	55
MELANCÓLICO	42	43	40	44	43	40
DEPENDIENTE	49	49	51	51	45	48
AUTOCRÁTICO	46	38	44	44	52	44
ORGANIZADO	55	52	51	53	55	55
CICLOTÍMICO	46	50	49	50	46	47
EQUILIBRADO	50	50	48	52	51	50

NOTA: Las puntuaciones del CCE-R se ofrecen tipificadas en una distribución de media 50 y d.t. 10, a partir de las puntuaciones obtenidas en población general.



**Tabla 7.** Porcentaje de la varianza explicada ( $R^2$  corregida bX 100) por las escalas caracteriales y temperamentales del TCI-R, por separado y en conjunto sobre las escalas de trastornos de la personalidad del MCMI-II.

Escalas caracteriales	Escalas del MCMI-II												
	ESQUIZOIDE	EVITATIVO	DEPENDIENTE	HISTRIÓNICO	NARCISISTA	ANTISOCIAL	AGRESIVO	OBSESIVO	NEGATIVISTA	AUTODESTRUCTIVO	ESQUIZOTÍPICO	LÍMITE	PARANOIDE
Autodirección	-6,0	-37,0	-5,1			-2,3		15,2	-40,5	-44,8	-31,7	-41,1	
Cooperatividad	-1,0		9,1	-5,5	-7,9	-22,7	-24,1	1,9	-4,4		-3,6	-0,8	-9,1
Autotranscendencia		1,0	1,9	0,9	6,1	4,1	3,2		2,3	3,3	1,7	1,8	10,0
% de la varianza explicada por las escalas caracteriales	7%	38%	16%	6%	14%	29%	27%	17%	47%	48%	37%	44%	19%
Escalas temperamentales													
Búsqueda de novedad	-16,8	3,0	1,1	19,3	10,8	18,5	8,3	-31,1	15,1	9,1	2,2	16,1	0,6
Evitación del daño	9,6	27,8	4,2	-1,2	-0,7	0,7	1,7		14,9	21,9	18,9	13,2	1,6
Dependencia de recompensa	-1,7	-3,1	8,9	6,4	-1,4	-6,0	-6,4		-2,3		-2,7	0,5	-3,4
Persistencia		0,9		3,0	7,0	1,0	6,7	8,5	2,6	2,3	2,2	1,7	7,9
% de la varianza explicada por las escalas temperamentales	28%	35%	14%	30%	20%	26%	23%	40%	35%	33%	26%	32%	13%
% de la varianza explicada por las escalas temperamentales y caracteriales en conjunto	29%	47%	22%	36%	29%	37%	36%	42%	52%	52%	42%	47%	26%

NOTA: El signo – indica correlación negativa.



**Tabla 8.** Correlaciones entre las escalas y subescalas caracteriales del TCI-R y las escalas de variables cognitivas del VIP (N=679).

	VIP								
	AUTOESTIMA	AUTOEFICACIA	OPTIMISMO	LOCUS DE CONTROL INTERNO	HABILIDADES SOCIALES	AUTOCONTROL	AFRONTAMIENTO TAREA	AFRONTAMIENTO EMOCIONAL	AFRONTAMIENTO APOYO SOCIAL
<b>AUTODIRECCIÓN</b>	<b>0,68</b>	<b>0,51</b>	<b>0,62</b>	<b>0,44</b>	<b>0,42</b>	<b>0,61</b>	<b>0,44</b>	<b>-0,63</b>	
Responsabilidad	0,56	0,35	0,54	0,39	0,36	0,45	0,29	-0,53	
Orientación	0,58	0,46	0,57	0,31	0,36	0,43	0,44	-0,48	
Recursos	0,53	0,58	0,46	0,34	0,45	0,42	0,48	-0,51	
Autoaceptación	0,27		0,26	0,27		0,34		-0,33	-0,13
Congruencia	0,58	0,48	0,48	0,29	0,33	0,56	0,45	-0,48	
<b>COOPERATIVIDAD</b>	<b>0,35</b>	<b>0,28</b>	<b>0,37</b>	<b>0,36</b>	<b>0,27</b>	<b>0,46</b>	<b>0,25</b>	<b>-0,33</b>	
Tolerancia social	0,26	0,26	0,30	0,32	0,26	0,40	0,19	-0,31	
Empatía	0,28	0,27	0,27	0,20	0,25	0,28	0,29	-0,19	0,21
Altruismo	0,33	0,31	0,36	0,33	0,23	0,38	0,29	-0,32	0,15
Compasión	0,22		0,23	0,21		0,32		-0,19	
Integridad	0,18		0,18	0,24	0,13	0,26		-0,18	
<b>AUTOTRASCENDENCIA</b>							<b>0,14</b>	<b>0,15</b>	<b>0,15</b>
Ensimismamiento	-0,15					-0,18		0,23	
Transpersonalidad		0,17					0,20		0,18
Espiritualidad									0,13

Nota: Sólo se incluyen las correlaciones significativas a un nivel de significación  $p < 0,001$ . En negrita, los coeficientes de correlación de las dimensiones del TCI-R.





**Tabla 9.** Correlaciones entre las escalas y subescalas caracteriales del TCI-R y las escalas de variables de socialización del CCE-R (N=261).

	CCE-R					
	COOPERATIVIDAD	AUTONOMÍA	PERTENENCIA	TOLERANCIA	RESPONSABILIDAD	SOCIALIZACIÓN
AUTODIRECCIÓN	0,34	0,24	0,27	0,27	0,45	0,43
Responsabilidad	0,41	0,23	0,31		0,49	0,46
Orientación		0,21			0,37	0,29
Recursos			0,20		0,30	0,28
Autoaceptación				0,21		0,21
Congruencia	0,21			0,23	0,47	0,32
<b>COOPERATIVIDAD</b>	<b>0,41</b>	<b>0,38</b>	<b>0,41</b>	<b>0,41</b>	<b>0,30</b>	<b>0,51</b>
Tolerancia social			0,23			0,21
Empatía	0,24	0,27	0,23	0,21	0,26	0,33
Altruismo	0,47	0,34	0,39	0,35	0,36	0,51
Compasión	0,21	0,27	0,26	0,35		0,32
Integridad	0,39	0,29	0,35	0,29	0,30	0,44
<b>AUTOTRASCENDENCIA</b>						
Ensimismamiento	-0,21					
Transpersonalidad						
Espiritualidad						

Nota: Sólo se incluyen las correlaciones significativas a un nivel de significación  $p < 0,001$ . En negrita, los coeficientes de correlación de las dimensiones del TCI-R.



**Tabla 10.** Diferencias en variables cognitivas(VIP) y clínicas (MCMI-II) entre adictos (N=112) y no adictos (N=37) del tipo caracterial Equilibrado (Prueba de U Mann-Whitney).

	POBLACIÓN GENERAL		ADICTOS		Z	Sig.
	Media	D.T.	Media	D.T.		
AUTOESTIMA	53,7	5,9	49,8	7,7	-2,67	<i>p</i> <0,05
AUTOEFICACIA	50,9	7,0	47,3	7,2	-2,30	<i>p</i> <0,05
OPTIMISMO	52,3	5,1	48,6	6,7	-2,77	<i>p</i> <0,01
LOCUS DE CONTROL	52,2	6,1	49,8	8,5	-1,36	<i>n.s.</i>
HABILIDADES SOCIALES	54,0	7,4	49,8	9,1	-2,22	<i>p</i> <0,05
AUTOCONTROL	50,9	9,2	46,0	8,8	-2,60	<i>p</i> <0,01
AFRONTAMIENTO TAREA	49,0	9,8	47,1	7,7	-1,43	<i>n.s.</i>
AFRONTAMIENTO EMOCIONAL	45,2	7,9	49,1	7,8	-2,77	<i>p</i> <0,01
AFRONTAMIENTO APOYO SOCIAL	48,4	9,7	47,0	8,3	-0,92	<i>n.s.</i>
ANSIEDAD	16,9	10,2	26,2	30,1	-3,43	<i>p</i> <0,01
SOMATOFORME	21,6	13,9	31,5	27,2	-2,72	<i>p</i> <0,01
HIPOMANIA	40,8	20,4	43,4	20,5	-0,49	<i>n.s.</i>
DISTIMIA	15,9	8,2	15,4	23,8	-2,58	<i>p</i> <0,01
PENSAMIENTO PSICÓTICO	20,8	24,6	39,7	25,1	-2,59	<i>p</i> <0,01
DEPRESIÓN MAYOR	5,2	15,2	25,5	28,8	-4,40	<i>p</i> <0,001
DELIRANTE	61,4	45,7	56,4	9,9	-0,75	<i>n.s.</i>

## DISCUSIÓN

En el presente estudio hemos utilizado el TCI-R centrándonos en las dimensiones caracteriales por cuanto múltiples estudios precedentes, utilizando versiones anteriores del mismo cuestionario, atribuyen a la Autodirección y la Cooperatividad una notable potencia predictiva para múltiples trastornos psicopatológicos de los Ejes I y II. Era de esperar que la mostraran también para los trastornos adictivos, como así ha sido. Más del

80% de los sujetos con trastornos adictivos puntúan por debajo de la media de la población normativa en Autodirección y casi en el 70% de los casos en Cooperatividad. No hay diferencias según la droga consumida, ni con aquellos sujetos que están en tratamiento por ludopatía. La falta de capacidad para autodirigirse y, en menor medida, la falta de cooperatividad, parecen un sustrato común para las conductas adictivas. Por ello, hemos intentado profundizar en el verdadero significado de estas dimensiones a través de sus



correlaciones con otras variables psicológicas, educativas y psicopatológicas.

Hay que hacer constar que la muestra de población general obtenida no se ajusta a la normativa propuesta por Gutiérrez-Zotes et al. (2004): en nuestra muestra las puntuaciones de Búsqueda de Novedad y Evitación del Daño son significativamente superiores y las de Autodirección y Cooperatividad son significativamente inferiores. Estas dimensiones son, precisamente, las que se observan sistemáticamente alteradas, y en el mismo sentido que el observado en nuestra muestra, en poblaciones clínicas, lo que apunta al hecho de que nuestra muestra de población general presenta una psicopatología mayor que la observada en los otros estudios de referencia. Sin embargo, nuestros datos son más próximos a los encontrados por Dolcet (2006), con una muestra más amplia (N=925) que la utilizada por Gutiérrez-Zotes et al. (N=400), por lo que podemos considerarlos adecuados al objeto de estudio.

En cuanto a la población adicta, los datos son muy similares a los obtenidos en estudios precedentes, desarrollados en el mismo contexto clínico (Pedrero, 2006a,b) y en otros similares (Gómez-Simón et al., 2005).

Tomadas en su conjunto, y atendiendo a la tipología caracterial propuesta por Cloninger, observamos que en la población general predomina el tipo Equilibrado (32,7%), aunque hay una importante representación del tipo Desorganizado (17,7%), lo que puede dar cuenta de las diferencias observadas con la población normativa. El resto de tipos no alcanza, en población general, el 15%. Por el contrario, en la población de adictos el tipo más frecuente es el Desorganizado (26,0%), seguido por el Melancólico (20,1%) y el Ciclotímico (16,1%), aunque también hay un 19,8%

de sujetos del tipo Equilibrado. Es decir, dos tercios de la muestra de adictos presentan problemas caracteriales severos, caracterizados en todos los casos por bajas puntuaciones en Autodirección y en muchos de ellos (salvo en el tipo Ciclotímico) por bajas puntuaciones en Cooperatividad. Para explorar el significado de estas variables pasamos a buscar las relaciones que presentan con otras, medidas a través de otros cuestionarios.

Estudiamos, en primer lugar, la relación de las dimensiones caracteriales con los trastornos de personalidad, medidos con el MCMI-II. En primer lugar, observamos (Tabla 4) que mientras el tipo Equilibrado alcanza puntuaciones moderadas en todas las escalas del MCMI-II (media 45), los tipos Ciclotímico (media 57), Melancólico (media 59) y, principalmente, el desorganizado (media 64), alcanzan las puntuaciones más elevadas en la mayor parte de las escalas de trastornos de personalidad y también en las escalas de síndromes clínicos del Eje I.

Es importante discriminar el alcance que en la relación con estos trastornos presentan las dimensiones caracteriales en relación a las temperamentales. Puede observarse que hay tres trastornos de la personalidad cuya varianza se predice, en gran medida, a partir de las dimensiones temperamentales, que serían el Trastorno Esquizoide de la Personalidad, el Trastorno Histriónico y el Obsesivo-Compulsivo. Tienen en común dos factores: en primer lugar, que, en los tres casos, la diferencia entre la aportación de las escalas temperamentales y las caracteriales es muy superior a favor de las primeras: por ello, parece claro que estos trastornos tendrían un origen más temperamental que de otro tipo. Otros cuatro trastornos se predicen mejor, sin embargo, a partir de las dimensiones caracteriales: el Trastorno Ne-



gativista, el Autodestructivo, el Esquizotípico y el Límite. En el caso de los dos primeros, el poder predictivo del TCI-R supera el 50%, mientras que en los dos últimos no es inferior al 40%. Todos comparten como característica fundamental el alto poder predictivo de la Autodirección, que es superior al 30%, y que la diferencia entre la aportación de las escalas temperamentales y las caracteriales es superior a favor de estas últimas, aunque no con la diferencia del caso anterior. Cabe recordar que en el origen de dos de ellos (el Negativista y el Límite) se sitúa la ambivalencia cognitiva, originada en una inconsistencia ambiental que acaba incorporándose al comportamiento de estos individuos. Son, además, dos de los trastornos que muestran una mayor prevalencia dentro de la población drogodependiente (Pedrero, López-Durán y Olivar, 2006).

Tres trastornos se predicen, de una forma bastante equilibrada, a partir de la combinación de las escalas temperamentales y caracteriales: el Trastorno de la Personalidad por Evitación, el Trastorno Antisocial de la Personalidad y el Trastorno Agresivo de la Personalidad. En el caso del primero, la baja Autodirección (caracterial) y la alta Evitación del Daño (temperamental), explican un alto porcentaje de la varianza, apareciendo como dos rasgos muy asociados al comportamiento de este tipo de trastorno. En cuanto a los otros dos, la baja Cooperatividad aparece como la dimensión caracterial con mayor poder predictivo; y mientras que, en el caso del Trastorno Antisocial, la dimensión temperamental más determinante parece ser la Búsqueda de Novedad, en el caso del Agresivo es la Persistencia. Resulta importante destacar que la unión de temperamento y carácter explica entre un 36 y un 47% de estos trastornos.

Por último, existen tres trastornos de la personalidad que no parecen predicirse de manera tan clara desde las dimensiones del TCI-R: son el Trastorno Dependiente, el Trastorno Narcisista y el Trastorno Paranoide de la Personalidad. Aun cuando parece haber un cierto equilibrio entre la aportación de temperamento y carácter, ésta no permite predecir más del 30% de la varianza. En el caso del Trastorno Dependiente, la Cooperatividad y la Dependencia de recompensa parecen ser los factores con más influencia, aunque en ninguno de los casos superan el 10%; en cuanto al Narcisista, la Búsqueda de Novedad y una baja Cooperatividad son los elementos más destacables, aun cuando ninguno de ellos supera el 11%; y, por último, el Paranoide parece verse influido por una baja Cooperatividad, una alta Autotrascendencia (es el trastorno que más se predice a partir de esta dimensión) y una alta Persistencia, aunque en todos los casos en un porcentaje no superior al 10%.

En definitiva, podemos observar que las dimensiones asociadas al carácter cobran una importancia determinante en más de la mitad de los trastornos de la personalidad, y especialmente en aquellos más severos y más frecuentemente relacionados con las conductas adictivas. Queda, entonces, desgarnar las dimensiones caracteriales para alcanzar a conocer qué variables psicosociales se combinan para configurar estos rasgos. En concreto cabe pensar que la dimensión de Autodirección estaría más en relación con variables individuales y la de Cooperatividad con variables que exploraran la relación social del individuo.

Las correlaciones entre las dimensiones caracteriales y las variables cognitivas medidas por el VIP no dejan lugar a dudas: se aprecian



correlaciones entre moderadas y fuertes entre la Autodirección y todas las variables del VIP, especialmente con la Autoestima, el Optimismo, el Autocontrol y, en negativo, con el Afrontamiento Emocional del Estrés. Las correlaciones de la Cooperatividad son fuertemente significativas, pero muestran un tamaño del efecto entre débil y moderado, aunque en el mismo sentido que el observado para la Autodirección. La Autotrascendencia ofrece correlaciones poco significativas, muy débiles y con signo variable con las escalas del VIP. La Autodirección, pues, alude al hecho de estar en posesión de una autoimagen positiva, una actitud optimista frente al futuro, una capacidad de autocontrolar los impulsos cuando son contrarios a las metas, a una autoatribución de eficacia para hacer frente a las dificultades, a una orientación a la resolución activa y directa de los conflictos, a una percepción de control sobre la conducta y sus consecuencias y al dominio de las relaciones interpersonales.

Cuando buscamos las correlaciones con el CCE-R, que mide variables de socialización, también los resultados confirman los pronósticos: la dimensión de Cooperatividad es la que presenta correlaciones más elevadas con las de socialización. Sin embargo, observamos que también en este caso la Autodirección muestra correlaciones bajas o moderadas, pero siempre significativas y en sentido positivo, con las escalas del CCE-R. La Cooperatividad, pues, hace referencia a una conducta adecuada al contexto social en el que se desarrolla, frente al cual se percibe un sentido de pertenencia, se practica una tolerancia frente a las necesidades y opiniones ajenas, se desarrollan actitudes proclives a la colaboración, sin perder un sentido de autonomía y la responsabilidad derivada de los propios actos. Que las dos

subdimensiones que más correlacionen con la Socialización sean precisamente aquellas que más tienen que ver con los valores prosociales (el Altruismo y la Integridad) lleva a pensar que trastornos de la personalidad como el Antisocial, el Agresivo o el Negativista requieren de la actuación desde una perspectiva socioeducativa que permita desarrollar actitudes y conductas acordes con estos valores. También aparece una clara relación entre la Socialización y la Autodirección, muy especialmente en lo referido a la Responsabilidad, con lo que las actuaciones desde una perspectiva socioeducativa alcanzarían, además de a los anteriormente citados, a los trastornos Evitativo, Autodestructivo, Esquizotípico y Límite. La labor socioeducativa que desarrolla valores prosociales partiendo del aprendizaje cooperativo, que permite la toma de contacto con el entorno de una forma adecuada y la incorporación social contando con el acompañamiento y el desarrollo de las actuaciones que permitan contrastar la validez ecológica de los cambios promovidos desde otros espacios, son elementos de máximo interés para las personas en esta situación. Contamos, además, con algún estudio que muestra como la acción socioeducativa puede modificar estas variables, en el sentido opuesto al de los trastornos de la personalidad, cuando se combina con intervención psicológica y farmacológica (Olivar y Pedrero, 2004a, b).

Observamos, a continuación, el comportamiento de los tipos caracteriales de Cloninger; según la clasificación obtenida en nuestra muestra, en relación a todo el conjunto de variables estudiadas.

El tipo caracterial Desorganizado parece el más relacionado con los trastornos de la personalidad: obtiene la máxima puntuación promedio en la práctica totalidad de ellos,



salvo en los que podríamos considerar más cercanos a la población normal: Dependiente, Histriónico y Obsesivo-Compulsivo. Se observan carencias significativas en las variables psicológicas, especialmente en autoestima y autocontrol. También se detectan promedios bajos en las variables de socialización, especialmente en lo que se refiere al sentido de pertenencia, por lo que podríamos hipotetizar que este perfil tiene problemas de exclusión social de una intensidad notable, relacionadas, por las características de este perfil, con un estilo de relación interpersonal agresivo o ambivalente.

El tipo caracterial Melancólico no muestra puntuaciones tan altas en los trastornos de la personalidad como el anterior; aunque sigue teniendo puntuaciones cercanas al diagnóstico en una amplia mayoría de trastornos. En el caso de las variables interaccionales, sin embargo, es el que muestra puntuaciones más bajas, siendo destacables especialmente sus carencias en autocontrol, autoestima, autoeficacia y optimismo, y un estilo de afrontamiento del estrés centrado en las emociones y carente de estrategias de resolución activa de los conflictos. En cuanto a las variables de socialización, es el tipo caracterial con un menor nivel en este ámbito y, al igual que el anterior; aunque en mayor medida, es un perfil socialmente excluido, con un bajo sentido de pertenencia, aunque en este caso pueda deberse más a una tendencia a la evitación de la interacción social.

Ambos perfiles comparten, según la clasificación utilizada, baja Autodirección y baja Cooperatividad, situándose en la arista más a la derecha en la representación gráfica; lo único que los distingue, en este contexto, es la Autotranscendencia que, en el Desorganizado es más alta y en el Melancólico es más baja.

La dimensión Autotranscendencia, como ya se ha comentado a lo largo del presente trabajo, parece jugar un papel secundario en la aparición de los trastornos de la personalidad y apenas aparece relacionada con las variables psicológicas o de socialización, pero a la vista de las diferencias entre perfiles caracteriales, puede hipotetizarse que su importancia crece en la medida en que otras dimensiones del TCI-R muestren puntuaciones más o menos destacables. En este caso, el perfil Melancólico parece mostrar más necesidades psicosociales personales. Por otra parte, el Desorganizado suma a las necesidades del anterior otras de carácter más psíquico, apareciendo este perfil con mayor frecuencia entre los consumidores de heroína. Ambos perfiles requerirían de atención de carácter psicológico y socioeducativo, dadas sus características, aunque en el caso del Desorganizado esta atención estaría más centrada en incrementar una actitud favorable a una interacción social no conflictiva y el desarrollo de capacidades de autocontrol, mientras que en el del Melancólico sería más necesaria la dotación de habilidades para la relación interpersonal y el incremento de elementos como la autoeficacia percibida o la autoestima.

El tipo caracterial Ciclotímico parece estar más asociado a los trastornos más severos, Límite y Paranoide, al Autodestructivo (propuesto por Millon, pero no admitido por el DSM-IV) y también a trastornos menos severos, como el Dependiente, el Histriónico y el Narcisista; en el resto de análisis, ofrece puntuaciones más bajas que los dos anteriores, y posiblemente, dadas las características de este perfil, cuenta con recursos para la relación social pero requiere un mayor apoyo psicológico en la parcela personal por su inestabilidad emocional, posiblemente relacionada con su



baja responsabilidad y capacidad para decidir su futuro, en términos de Autodirección; de nuevo, un alto nivel de Autotrascendencia es lo que le sitúa en una posición de mayor riesgo frente al tipo caracterial Dependiente, que obtiene puntuaciones deficitarias en menos apartados, especialmente en el referido a los trastornos de la personalidad. En este caso, la atención a estos dos perfiles estaría más centrada en aspectos psicológicos que interpersonales y socioeducativos, y el objetivo básico sería reducir la ambivalencia (cognitiva y emocional) que presenta este perfil.

El tipo caracterial Equilibrado aparece en uno de cada cinco adictos de la muestra, y en uno de cada tres individuos de población general. La presencia de este perfil de manera tan habitual en ambas poblaciones invita a profundizar en las posibles diferencias entre ellas y, principalmente, por qué existen adictos que solicitan tratamiento a pesar de tener un carácter no problemático. En la Tabla 10 observamos que las mayores diferencias de los sujetos adictos (aunque éstas no son apenas perceptibles si se comparan con la población general) se establecen en torno a problemas en el autocontrol, baja autoestima y precario optimismo, dificultad para resolver conflictos y, en definitiva, mayor nivel de ansiedad, problemas somáticos, pensamiento psicótico y, principalmente, sintomatología depresiva (aunque todos ellos, es preciso remarcarlo, muy lejos de puntuaciones clínicamente significativas). Dado que estos cuestionarios han sido administrados al principio del tratamiento, cabe pensar que estos sujetos, equilibrados en su carácter, se encuentran en una situación de intenso malestar no necesariamente anclado en debilidades del carácter o desórdenes de la personalidad, sino derivados del coste de la conducta adictiva en un momento determina-

do de su historia personal. Los datos sugieren que esta población acudiría a tratamiento precisamente por esos síntomas, por una pérdida aguda de recursos o por el malestar experimentado, y que un diagnóstico de depresión comórbida no pasaría de ser una foto fija de mínimo interés clínico, en la medida en que estos sujetos están en posesión de suficientes recursos para abordar el malestar actual, superar los problemas adictivos y requerir un menor despliegue terapéutico para alcanzar los objetivos más ambiciosos (Pedrero, 2003; Pedrero, Puerta, Segura y Martínez-Osorio, 2004; Pedrero y López-Durán, 2005).

## CONCLUSIONES

A la hora de analizar la teoría de Cloninger sobre la personalidad, suele considerarse que los rasgos temperamentales tienen un origen genético, mientras que los relacionados con el carácter se consideran originados por el aprendizaje social, en el ambiente. Resulta necesario, antes que nada, precisar si al referirse al origen genético, se está hablando de dos conceptos similares pero distintos: predisposición frente a predeterminación. Si hablamos de predeterminación, parece que el individuo mantendrá de manera invariable los rasgos temperamentales, dado que éstos vienen dados por su carga genética y, por ello, resultan inmodificables. Por el contrario, si hablamos de predisposición genética, nos estamos refiriendo a un genotipo que, en función de la interacción con el ambiente, desarrollará o no, de una forma u otra, los rasgos temperamentales para los que está dotado genéticamente, dando lugar a un fenotipo u otro.

La mayor parte de los estudios sobre el modelo de Cloninger han centrado su aten-



ción en las dimensiones temperamentales, sin duda por lo sugestivo de relacionar conducta y genes, bordeando un reduccionismo al que no es ajeno un modelo médico de enfermedad actualmente dominante. Lo que los datos del presente estudio nos sugieren es que es posible otra perspectiva conceptual: no es la impulsividad (por ejemplo) lo que favorece el desarrollo de adicciones, sino la incapacidad del individuo para dominarla.

Así, la unión entre temperamento y carácter remite a un metafórico intercambio entre el impulso, lo instintivo y el pensamiento, lo racional, el resultado de un análisis. Pero esta metáfora también nos permite explicar que la inmensa mayor parte de las personas cuya dotación genética les predispone a actuar impulsivamente (por ejemplo) no desarrollan ni conductas adictivas, ni trastornos de la personalidad ni severos síndromes clínicos. El número de personas con temperamento impulsivo que, incluso teniendo un contacto temprano con las sustancias, no desarrollan adicción, nos remite a conceptos como el autocontrol, la autoestima, la autoeficacia percibida, el adecuado afrontamiento del estrés, la adecuada socialización o, en suma, la existencia de un proyecto individual en un entorno social bien definido.

El tema podría plantearse así: algunas personas toman contacto con las drogas o desarrollan actividades gratificantes en momentos en los cuales no se ha formado aún un proyecto "individual en lo social" (p.e., la adolescencia) o en momentos críticos donde ese proyecto se desvanece, se tambalea o fracasa (p.e., pérdida aguda de recursos como el fallecimiento de seres queridos o situaciones económicas ruinosas), o bien ese proyecto está contaminado por experiencias tempranas altamente traumatizantes (p.e., abusos sexua-

les en la infancia, maltrato). Ante la ausencia de gratificaciones alternativas, la persona repite los consumos de la sustancia (o de la conducta de juego, p.e.), de modo que sus predisposiciones temperamentales actúan fuera del control del individuo. La conducta adictiva se instaurará y se sustentará por su capacidad para afrontar, evitar o escapar de situaciones estresantes, cada vez más frecuentes, ante la deriva experimentada. La conducta adictiva, ubicua, dejará desarmado al individuo por dos vías: una emocional-cognitiva, minando su autoestima ante el fracaso percibido para controlar tanto la conducta adictiva como las circunstancias estresantes; otra, neurocognitiva, por el efecto de la repetición (de la sustancia o de la secuencia conductual) sobre los mecanismos cerebrales de toma de decisiones (p.e., Robinson y Berridge, 2003; Verdejo, Alcázar, Gómez y Pérez-García, 2004).

Esta perspectiva hace innecesario e irrelevante el recurso meramente descriptivo a conceptos como la supuesta "patología dual" (en realidad, diagnóstico dual) o comorbilidad. Por el contrario, serían tres los elementos a considerar en el abordaje de los trastornos adictivos: las variables de personalidad, el sistema de control ejecutivo cerebral y el afrontamiento del estrés. Las variables de personalidad pueden ser abordadas desde una perspectiva múltiple: desde la intervención médica, modulando los aspectos biológicos implicados (p.e., fármacos que reduzcan la impulsividad o la ansiedad); desde la intervención psicoterapéutica, mediante terapia de modificación de conducta (p.e., aumentando la competencia percibida, incrementando la autoestima, entrenando técnicas de autocontrol); y desde la acción socioeducativa, favoreciendo la incorporación activa de los sujetos a su entorno social (p.e., educación





en valores, entrenamiento de las habilidades sociales en la vida real). La disfunción ejecutiva debería abordarse mediante técnicas de entrenamiento cognitivo (p.e., técnicas de terapia ocupacional orientadas a aumentar la amplitud atencional, juegos de razonamiento para incrementar las habilidades atencionales y de control mental). El afrontamiento del estrés puede entrenarse y ensayarse a partir de terapia de modificación de conducta (p.e., favoreciendo la resolución de conflictos, disminuyendo la activación mediante técnicas de relajación) y desde la acción socioeducativa (p.e., favoreciendo la creación de una red social de apoyo).

Este abordaje permitiría superar la ingenuidad, denunciada por Lana Moliner (2001) de considerar que eliminando el consumo de drogas mejorarían los aspectos disfuncionales de la personalidad, o que modificando estos aspectos disfuncionales el individuo ya no requeriría consumir sustancias: ambas serían abordadas conjuntamente. La intervención terapéutica, necesariamente multimodal e interdisciplinar, debería ir encaminada a dotar al individuo de los recursos necesarios para autodirigir su vida en lo individual y en lo social, eliminando, para ello, los obstáculos que la conducta adictiva ha ido añadiendo en su historial.

## LIMITACIONES

El estudio presentado es meramente transversal y, en su mayor parte, correlacional. La muestra de adictos es inusualmente grande, y ha podido ser comparada con una muestra exigua de población general, pero también con otras, más abultadas, referidas en otros estudios, lo que permite afirmar que las correlaciones observadas son sólidas. Todos los

datos se han extraído a partir de autoinformes: hubiera sido enriquecedor contar con otros métodos, como entrevistas clínicas para los trastornos de los Ejes I y II. Las hipótesis que se sugieren necesitan ser contrastadas en estudios longitudinales, principalmente las referidas al cambio que la intervención terapéutica y educativa deberían producir en las dimensiones caracteriales.

## REFERENCIAS

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, **50**, 179-211.
- Ando, J., Ono, Y., Yoshimura, K., Onoda, N., Shinohara, M., Kanba, S. et al. (2002). The genetic structure of Cloninger's seven-factor model of temperament and character in a Japanese sample. *Journal of Personality*, **70**, 583-609.
- Ando, J., Suzuki, A., Yamagata, S., Kijima, N., Maekawa, H., Ono, Y. et al. (2004). Genetic and environmental structure of Cloninger's temperament and character dimensions. *Journal of Personality Disorders*, **18**, 379-393.
- Becerra, B., Páez, F., Robles-García, R. y Vela, G.E. (2005). Perfil de temperamento y carácter de personas con intento suicida. *Actas Españolas de Psiquiatría*, **33**, 117-122.
- Bouchard, T.J.J. (1994). Genes, environment, and personality. *Science*, **264**, 1700-1701.
- Cloninger, C.R., Adolfsson, R. y Svrakic, N.M. (1996). Mapping genes for human personality. *Nature Genetics*, **12**, 209-210.
- Cloninger, Bayón, C. y Svrakic D.M. (1998). Measurement of temperament and character in mood disorders: a model of fundamental states as personality types. *Journal of Affective Disorders*, **51**, 21-32.



Cloninger, C.R., Przybeck, T.R., Svrakic D.M. y Wetzell, R. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI). A guide to its development and use*. Washington: St. Louis, Center for Psychobiology of Personality.

Cloninger, C.R., Svrakic, D.M. y Przybeck, T.R. (1993). A psychobiological model of temperament and character: *Archives of General Psychiatry*, **50**, 975-990.

Comings, D.E., Gade-Andavolu, R., Gonzalez, N, Wu, S., Muhleman, D., Blake H. et al. (2000). A multivariate analysis of 59 candidate genes in personality traits: the temperament and character inventory. *Clinical Genetics*, **58**, 375-385.

Cruz-Fuentes, C., Blas, C., Gonzalez, L., Camarena, B. y Nicolini, H. (2004). Severity of obsessive-compulsive symptoms is related to self-directedness character trait in obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrums*, **9**, 607-612.

De la Rie, S.M., Duijsens, I.J. y Cloninger, C.R. (1998). Temperament, character, and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, **12**, 362-372.

Dolcet, J. (2006). *Carácter y temperamento: similitudes y diferencias entre los modelos de personalidad de 7 y 5 factores (el TCI-R versus el NEO-FFI-R y el ZKPQ-50-CC)*. Tesis Doctoral. Disponible en URL [consultada 01/05/2007]: [http://www.tesisenxarxa.net/TESIS\\_UdL/AVAILABLE/TDX-0113107-135830//Tjds-1de1.pdf](http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UdL/AVAILABLE/TDX-0113107-135830//Tjds-1de1.pdf).

Fassino, S., Abbate-Daga, G., Amianto, F., Leombruni, P., Boggio, S. y Rovera, G.G. (2002). Temperament and character profile of eating disorders: a controlled study with the Temperament and Character Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, **32**, 412-425.

Fassino, S., Amianto, F., Gramaglia, C., Facchini, F. y Abbate-Daga, G. (2004). Temperament and character in eating disorders: ten years of studies. *Eating and Weight Disorders*, **9**, 81-90.

Fernández-Aranda F, Bayón C, Badía A, Aitken A. *TCI-R, versión española*. Manuscrito no publicado, 2004.

Gillespie, N.A., Cloninger, C.R., Heath, A.C. y Martin, N.G. (2003). The genetic and environmental relationship between Cloninger's dimensions of temperament and character. *Personality and Individual Differences*, **35**, 1931-1946.

Giotakos, O., Markianos, M., Vaidakis, N. y Christodoulou, G.N. (2004). Sex hormones and biogenic amine turnover of sex offenders in relation to their temperament and character dimensions. *Psychiatry Research*, **127**, 185-193.

Gómez-Simón, I., Gallego, E., Valero, J., Peña, J., Labad, A. y Gutiérrez-Zotes, J.A. (2005). *Perfil de personalidad, temperamento y carácter, en pacientes psiquiátricos con y sin consumo de sustancias*. Póster en el XI Congreso de la Sociedad Española de Toxicomanías, Logroño, marzo 2005.

Goodman, L. (1961). Snowball sampling. *Annals of Mathematical Statistics*, **32**, 148.

Guillem, F., Bicu, M., Semkovska, M. y Debruille, J.B. (2002). The dimensional symptom structure of schizophrenia and its association with temperament and character. *Schizophrenia Research*, **56**, 137-147.

Gutiérrez, F., Sangorrín, J., Martín-Santos, R., Torres, X. y Torrens, M. (2002). Measuring the core features of personality disorders in substance abusers using the Temperament and Character Inventory (TCI). *Journal of Personality Disorders*, **16**, 344-359.



- Gutiérrez-Zotes, J.A., Bayón, C., Montserrat, C., Valero, J., Labad, A., Cloninger, C.R. et al. (2004). Inventario del Temperamento y el Carácter-Revisado (TCI-R). Baremación y datos normativos en una muestra de población general. *Actas Españolas de Psiquiatría*, **32**, 8-15.
- Gutiérrez-Zotes, J.A., Cortés, M.J., Valero, J., Peña, J. y Labad, A. (2005). Propiedades psicométricas de la versión española abreviada del TCI-R (TCI-140) y su relación con las Escalas de la Personalidad Psicopatológica (MMPI-2 PSY-5) en pacientes. *Actas Españolas de Psiquiatría*, **33**, 231-237.
- Hosák, L., Preiss, M., Halír, M., Cermáková, E. y Csémy, L. (2004). Temperament and character inventory (TCI) personality profile in metamphetamine abusers: a controlled study. *European Psychiatry*, **19**, 193-195.
- Hueg, A., Resch, F., Haffner, J., Poustka, L., Parzer, P. y Brunner, R. (2006). Temperament and character profiles of female adolescent patients with anorexia and bulimia nervosa. *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, **34**, 127-137.
- Lana Moliner, F. (2001). Trastornos de personalidad y conductas adictivas. Intervenciones psicossociales. *Actas Españolas de Psiquiatría*, **29**, 58-66.
- Leahy, T.H. (1995). *Historia de la psicología* (2ª Edición). Madrid: Debate.
- Lyoo, I.K., Lee, D.W., Kim, Y.S., Kong, S.W. y Kwon, J.S. (2001). Patterns of temperament and character in subjects with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, **62**, 637-641.
- Marteinsdottir, I., Tillfors, M., Furmark, T., Anderberg, U.M. y Ekselius, L. (2003). Personality dimensions measured by the Temperament and Character Inventory (TCI) in subjects with social phobia. *Nordic Journal of Psychiatry*, **57**, 29-35.
- Mateos, M. y De la Gándara J.J. (2001). *Temperamento, Carácter, Personalidad: Guía práctica de corrección y evaluación del TCI*. Madrid: SCM.
- Matsudaira, T. y Kitamura, T. (2006). Personality traits as risk factors of depression and anxiety among Japanese students. *Journal of Clinical Psychology*, **62**, 97-109.
- Millon, T. (1999). *MCMI-II. Inventario clínico multiaxial de Millon-II. Manual*. Adaptación española de A. Ávila-Espada (Dir.), F. Jiménez Gómez (Coord.) y cols. Madrid: TEA.
- Millon T. y Davis D. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Olivar, Á. y Pedrero, E.J. (2004). Evaluación de la intervención socioeducativa en comunidad terapéutica: estudio de una muestra mediante el CCE-R. *Trastornos Adictivos*, **6**, 46-60.
- Olivar, Á. y Pedrero, E.J. (2004). Relación entre trastornos de la personalidad y socialización: estudio de una muestra de consumidores de drogas. Póster en el I Congreso Iberoamericano de Trastornos Adictivos, Sociedad Española de Toxicomanías, Santiago de Compostela, febrero 2004. *Conductas Adictivas*, **4**, (2).
- Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D., Parker, K., Malhi, G., Mitchell, P., Wilhelm, K. et al. (2003). An Australian validation study of the temperament and character inventory. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **108**, 359-366.
- Pedrero, E.J. (2003). Modelo de Conservación de los Recursos de Hobfoll y su potencial aplicación al tratamiento de drogodependen-



cias. *Psicología.com*, **7(2)**, julio 2003. Disponible en URL [consultado 02/05/2007]: <http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/104>.

Pedrero, E.J. (2006a). Temperamento, carácter y trastornos de la personalidad. Aplicación del TCI-R a una muestra de consumidores de drogas en tratamiento y su relación con el MCMI-II. *Adicciones*, **18**, 135-148.

Pedrero, E.J. (2006b) "TCI-I40: Propiedades psicométricas, relación con el TCI-R y con variables de personalidad. Estudio de una muestra de adictos en tratamiento. *Trastornos Adictivos*, **8**, 155-167.

Pedrero, E.J. y López-Durán, A. (2005). Autoinformes de sintomatología depresiva en drogodependientes: nivel de coincidencia del BDI, SCL-90-R y MCMI-II. ¿depresión o malestar inespecífico?. *Adicciones*, **17**, 215-230.

Pedrero, E.J., López-Durán, A. y Olivar, Á. (2006). El trastorno negativista de la personalidad y su relación con el abuso de sustancias. *Trastornos Adictivos*, **8**, 22-41.

Pedrero, E.J. y Olivar, Á. (2003). Revisión del Cuestionario de Cambio Educativo en Comunidad Terapéutica Profesional (CCE-R): estructura factorial y relación de la socialización con variables de personalidad y psicopatología. *Trastornos Adictivos*, **5**, 88-106.

Pedrero, E.J., Pérez, M., de Ena, S. y Garrido, C. (2005). Validación del Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP): hacia un modelo de tratamiento de las conductas adictivas «guiado por la personalidad». *Trastornos Adictivos*, **7**, 166-186.

Pedrero, E.J., Puerta, C., Segura, I. y Martínez-Osorio, S. (2004). Evolución de la sintomatología psicopatológica de los drogodependientes a lo largo del tratamiento. *Trastornos Adictivos*, **6**, 174-189.

Pelissolo, A. y Corruble, E. (2002). Facteurs de personnalité dans les troubles dépressifs: apports du modèle psychobiologique de Cloninger. *L'Encéphale*, **28**, 363-73.

Richter, J., Eisemann, M. y Richter, G. (2000). Temperament and character during the course of unipolar depression among inpatients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, **250**, 40-47.

Robinson, T.E. y Berridge, K.C. (2003). Addiction. *Annual Review of Psychology*, **54**, 25-53.

Svrakic, D.M., Draganic, S., Hill, K., Bayon, C., Przybeck, T.R. y Cloninger, C.R. (2002). Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **106**, 189-195.

Svrakic, N., Svrakic, D. y Cloninger, C.R. (1996). A general quantitative theory of personality development: Fundamentals of a self-organizing psychobiological complex. *Development and Psychopathology*, **8**, 247-272.

Verdejo-García, A., Alcázar, M.Á., Gómez, G.A. y Pérez-García, M. (2004). Alteraciones de los procesos de toma de decisiones vinculados al córtex prefrontal ventromedial en pacientes drogodependientes. *Revista de Neurología*, **38**, 601-606.