



UNIVERSIDAD DE MURCIA
DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD,
EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS

Perfil Clínico y de Personalidad
en Patología Dual

D^a Caridad Albalat Alcaraz

2015

Universidad de Murcia

**Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento
Psicológicos**



TESIS DOCTORAL

Perfil Clínico y de Personalidad en Patología Dual

Autor:

CARIDAD ALBALAT ALCARAZ

Directores:

DRA. D^a. ENCARNA FERNÁNDEZ ROS

DR. D. JUAN JOSÉ LÓPEZ GARCÍA

Murcia 2015

A mi padre Santiago Albalat Zaplana, siempre en mi corazón, al que le hubiera gustado sin duda compartir a mi lado este logro profesional y especialmente a mi madre Rosa Alcaraz Fernández, mi hermano Manuel Albalat Alcaraz y al pequeñajo de la casa Adrián Albalat Roca.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
PRIMERA PARTE: MARCO TEORÍCO.....	8
CAPITULO 1. DROGODEPENDENCIAS Y PATOLOGÍA DUAL DESDE UNA PERSPECTIVA HISTORICA	9
1.1. Introducción.....	9
1.2. Breve Historia del Uso Medicinal de las Drogas.	10
1.3. Abuso y Drogodependencia desde una Perspectiva Histórica.....	13
1.4. Relación entre Drogas de Abuso y Comorbilidad Psiquiátrica.....	15
CAPITULO 2. MODELOS ETIOLÓGICOS DE LA PATOLOGÍA DUAL	18
2.1. Introducción.....	18
2.2. Modelos Etiológicos en Patología Dual.....	19
2.3. Tipología de Zimberg	25
CAPITULO 3. EPIDEMIOLOGÍA DE LA PATOLOGÍA DUAL	27
3.1. Introducción.....	27
3.2. Principales Estudios Epidemiológicos Comunitarios sobre Comorbilidad Psiquiátrica	28
3.3. Principales Estudios Epidemiológicos Españoles.....	34
CAPITULO 4. EVALUACIÓN DE LA PATOLOGÍA DUAL	38
4.1. Introducción.....	38
4.2. Criterios Diagnósticos del Trastorno Por Uso de Sustancias.....	40
4.3. Diferencias entre CIE-10 y DSM-5.....	44
4.4. Criterios diagnósticos de comorbilidad con un Trastorno por Uso de Sustancias	46
4.5. Principales Instrumentos Diagnósticos en Adicciones y Patología Dual.....	47
CAPITULO 5. PATOLOGÍA DUAL Y ALCOHOL	55
5.1. Introducción.....	55
5.2. Epidemiología del Trastorno por Uso de Alcohol.....	56
5.3. Comorbilidad Psicopatológica Asociada al Alcoholismo	57
CAPITULO 6. PATOLOGÍA DUAL Y COCAÍNA	76
6.1. Introducción.....	76
6.2. Epidemiología del Consumo de Cocaína.....	77
6.3. Cocaína y Comorbilidad Psicopatológica	78
CAPITULO 7. PATOLOGÍA DUAL Y CANNABIS	96
7.1. Introducción.....	96
7.2. Epidemiología del Consumo de Cannabis	97
7.3. Cannabis y Comorbilidad Psiquiátrica.....	100

CAPITULO 8. RASGOS Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN PATOLOGÍA DUAL	116
8.1. Introducción.....	116
8.2. Rasgos de la Personalidad y Trastornos Adictivos.....	116
8.3. Trastornos de la Personalidad y Trastornos por Uso de Sustancias.....	122
CAPITULO 9. INTELIGENCIA EMOCIONAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS	132
9.1. Introducción.....	132
9.2. Estudios sobre Inteligencia Emocional y Consumo de Sustancias	133
9.3. Teoría Cognitivo Experiencial de Epstein.....	136
9.4. El Pensamiento Constructivo	142
9.5. Pensamiento Constructivo y Consumo de Sustancias	143
SEGUNDA PARTE: MARCO EMPIRÍCO	151
CAPITULO 10. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	152
10.1. Objetivos.....	152
10.2. Hipótesis.....	152
CAPITULO 11. MÉTODO	154
11.1. Participantes.....	154
11.2. Instrumentos.....	155
11.3. Procedimiento.....	159
11.4. Análisis estadístico.....	160
11.5. Resultados	161
CAPITULO 12. DISCUSIÓN.....	212
CAPITULO 13. CONCLUSIONES	229
REFERENCIAS.....	234
ÍNDICE DE TABLAS	298
ANEXOS.....	299

AGRADECIMIENTOS

Especialmente quisiera mostrar mi gratitud y más sincero cariño a mi Directora de Tesis Dra. D^a. Encarnación Fernández Ros. Primero por todo el apoyo tanto profesional como personal que me ha brindado durante los años del desarrollo de esta tesis, segundo por creer en mí y que este trabajo llegaría a buen puerto a pesar de las dificultades encontradas, y tercero porque no solo es la mejor directora de tesis que podía tener sino una de las mejores personas que teniendo la suerte de conocer.

Agradecer al Dr. D. Juan José López García, también director de esta tesis, su apoyo y disponibilidad a la hora de atender y resolver todo tipo de dudas. Gracias por aceptar asumir parte de la dirección de esta tesis en el momento más complicado. Sin su trabajo y supervisión de la parte empírica, además del constante refuerzo positivo que me ha aportado habría sido imposible finalizar este trabajo.

Gracias infinitas a mi jefe y también amigo Juan Jiménez Roset, por darme la oportunidad de trabajar en el campo de las drogodependencias, de enseñarme a ser mejor profesional día a día y por haberme apoyado y animado incondicionalmente en los momentos difíciles.

A Teresa Hernández Pagán, por animarme y facilitarme siempre continuar en este difícil camino.

A mi familia en general, con quienes he crecido como ser humano. *Aunque no os nombre vosotros sabéis quien sois.*

A Yolanda Roca Ros, por su cariño y ánimo constante.

A mis amigos y compañeros Conchi Martínez, Lola Jiménez, Yolanda Liron, Damián Alcaraz, M^a Ángeles de Haro, María Payá, Blanca García, Natalia Gabiola, Pilar Galindo, Ricardo Ortega y Manolo Vilas por compartir momentos buenos y otros no tan buenos y siempre recibir lo mejor de ellos.

Agradecer a los pacientes que han participado de este estudio y los que atiendo en la Unidad Hospitalaria de Conductas Adictivas, de los que continuamente sigo aprendiendo con el fin de mejorar la calidad de su tratamiento.

INTRODUCCIÓN

La patología dual (PD) se refiere a la coexistencia de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas con otros diagnósticos psiquiátricos. Se estima una alta prevalencia de PD en pacientes con trastornos adictivos que varía del 50 al 75% según el tipo de sustancia de abuso. Esta elevada prevalencia, junto con las graves complicaciones sociales, clínicas y los elevados costes sociosanitarios que generan estos pacientes, ha provocado un aumento del interés por este tema.

Como comenta Haro-Cortes (2009), el incremento del número de pacientes afectados por una PD y la necesidad de optimizar la atención a este colectivo está provocando desde hace algunos años un creciente interés no solo científico sino también político fuera y dentro de nuestro país. Dicha circunstancia se va concretando en el aumento de iniciativas de todo tipo para mejorar la atención a estos pacientes.

El principal objetivo de este trabajo fue realizar un perfil del paciente diagnosticado de PD en sus principales características sociodemográficas, de personalidad, inteligencia emocional (IE) y psicopatológicas.

Para ello se analizó una muestra de 295 pacientes que acuden a un recurso especializado en esta patología como es la Unidad Hospitalaria de Conductas Adictivas del Hospital de Caridad ubicada en la ciudad de Cartagena.

El presente trabajo pretende contribuir a una mayor comprensión del paciente con PD. Reconocer las principales características de estos pacientes y ajustar estos conocimientos de forma rigurosa y consistente a la realidad que nos ocupa, sería una herramienta realmente útil en la mejora del trabajo preventivo y asistencial.

La evaluación de la PD es esencial a la hora de diseñar el tratamiento del paciente drogodependiente. Explorar la psicopatología en personas que abusan de sustancias conlleva una serie de complicaciones. Es fácil concluir en diagnósticos erróneos, por el solapamiento de síntomas en el momento de la evaluación, además de la permanencia de estos a lo largo del tiempo, motivación, conciencia del drogodependiente, politoxi-

comanía y la amplia variabilidad de cuadros psicopatológicos existentes a la hora de diferenciar un trastorno mental primario de un trastorno inducido por sustancias. A esto se le suma, que algunos instrumentos diseñados para la evaluación de la drogodependencia no siempre se ajustan para aquellas personas que además presentan un trastorno mental, siendo necesaria una exploración exhaustiva y retrospectiva de la historia clínica del paciente.

Por ello, los resultados de este trabajo son de especial relevancia, al contribuir en un mayor conocimiento de la PD, ya que los pacientes que componen la muestra son pacientes evaluados y consensuados en el diagnóstico de PD por diferentes profesionales especializados en Salud Mental y Adicciones.

Este trabajo de investigación se estructura en dos grandes bloques: el primero engloba el marco teórico sobre el que se sustenta esta investigación. Este marco teórico se divide en nueve capítulos. En los siete primeros se realiza una contextualización de los aspectos principalmente investigados en la PD y en concreto tres capítulos se centran en los trastornos por consumo de alcohol, cocaína y cannabis. El segundo bloque describe la parte empírica en la que analiza la muestra recogida, se describen los resultados, se contrastan las hipótesis planteadas y se describen las principales conclusiones y limitaciones del estudio.

PRIMERA PARTE: MARCO TEORÍCO

CAPITULO 1

DROGODEPENDENCIAS Y PATOLOGÍA DUAL DESDE UNA PERSPECTIVA HISTORICA

1.1. Introducción

El consumo de diferentes sustancias con efectos psicoactivos ha formado parte de la historia y desarrollo cultural del ser humano. Los efectos de dichas sustancias, han sido efectivos a la hora de alterar la percepción de la realidad en los individuos y conseguir diferentes sensaciones. El uso de sustancias con fines religiosos y medicinales y la evolución de su uso, han ido de la mano del desarrollo de distintas culturas y civilizaciones.

Sustancias como el opio, alcaloide extraído de la adormidera (*papaver somniferum*) o también conocida amapola, es una de las sustancias más antiguas además del alcohol usadas por el hombre. Parece que los primeros en cultivar esta planta fueron los sumerios de Mesopotamia ya que sus efectos vienen recogidos en las tablas de arcilla (tablillas de Uruk) de la antigua ciudad de Mesopotamia 3.400 a. C. y su carácter adictivo ya se puede intuir en las crónicas de los historiadores romanos (Álamo y López-Muñoz, 2006).

La cocaína es extraída del arbusto de Coca (*Erytroxylon coca*) originaria del valle del Cauca (Colombia), existiendo datos sobre su uso que datan del año 5000 a. C, en ritos religiosos y funerarios. En las tribus precolombinas la planta de coca se usaba tanto con fines medicinales como en rituales chamánicos. Gracias a su importante aporte calórico de proteínas e hidratos mascando sus hojas combatían el cansancio, el hambre, la sed y aumentaban el rendimiento en las tareas de cultivo y transporte de mercancías de los incas. Hoy en día, esta práctica todavía persiste entre algunas tribus indígenas.

Los efectos del cannabis ya son conocidos en China y Asia, 3000 años a. C. En un tratado médico chino ya se decía que el cáñamo tomado en exceso hace ver monstruos, pero si se usa por largo tiempo puede facilitar la comunicación con los espíritus y

aligerar el cuerpo (Torres, Santo Domingo, Pascual, Feixa y Alvarez, 2009). Sus efectos en ocasiones se provocaban para fines religiosos y en otras ocasiones simplemente para la búsqueda del placer (Atance y Fernández-Ruíz, 2010).

En cuanto al alcohol, ha sido una de las sustancias de más amplio uso. Quizás es la sustancia más antigua de la que se tiene constancia. Por ejemplo, el vino se ha utilizado en la mayoría de los rituales religiosos del judaísmo y cristianismo. Los grandes difusores del cultivo de la vid fueron los romanos, quienes la exportaron hacia todos sus territorios conquistados, estableciendo leyes sobre su cultivo y comercio (Sournia, 1990).

El abuso sustancias con fines lúdicos y medicinales es un fenómeno universal en todas las sociedades y culturas desde la Prehistoria (Escohotado, 2004). La relación de su uso con la enfermedad mental, se remonta desde la antigüedad, pero no es hasta el siglo IX, cuando se empieza a considerar tal relación, y es en el siglo XX cuando comienza a utilizarse el término PD para referirse a la concomitancia entre un trastorno por uso de sustancias (TUS) con cualquier otra patología psiquiátrica.

1.2. Breve Historia del Uso Medicinal de las Drogas

Desde la antigüedad se tiene constancia del uso curativo de ciertas sustancias para todo tipo de enfermedades, entre ellas también las de tipo mental. En la antigua Grecia, utilizaban una mezcla de plantas como el opio, el beleño y cannabis para curar a los enfermos, los cuales mediante la imploración a Apoyo inhalaban los humos procedentes de la cocción de dichas hierbas. Hipócrates, utilizaba el opio como hipnótico y restaurador del balance nutricional y Galeno para el tratamiento de la epilepsia y melancolía (Berridge & Edwards, 1987).

El uso terapéutico del opio como sedante, analgésico, hipnótico, antitusígeno y tranquilizante, ha sido una constante en la historia de la medicina (Álamo et al., 2006). Henry Maudsley (1885) aconsejaba el opio para tratar las primeras fases de la locura. La morfina un derivado del opio, proporcionaba grandes beneficios terapéuticos y en el último cuarto del siglo XIX, su uso era amplísimo, llegando a ser utilizada para el alivio

de todo tipo de dolores incluso en niños (Álamo et al., 2006). La Diacetilmorfina derivado de la morfina, fue comercializada por primera vez en 1898 con el nombre de Heroína. Este fármaco era utilizado ampliamente en todo el mundo, en especial como antitusígeno.

En la Europa medieval el uso de brebajes con nuez moscada, beleño o belladona era habitual por sus efectos narcóticos.

Las tribus brasileñas empleaban el fruto del guaraná para elaborar bebidas con fines medicinales, el chamanismo siberiano usaba el hongo *Amanita muscaria* en sus ritos religiosos, las antiguas culturas mejicanas utilizaban el cactus conocido como peyote en rituales religiosos y sobre todo para uso curativo de muchas dolencias y males (Escotado, 2004).

El Cannabis ha sido utilizado de forma universal como medicina durante miles de años, con evidencias que datan de 2737a.C. (Ben Amar, 2006). También existen pruebas documentales sobre el empleo del cannabis como anestésico en cirugía hace más de 2.000 años. El cannabis también se encontraba en el arsenal terapéutico de la medicina clásica griega y romana, para el tratamiento del insomnio, dolores de cabeza y afrodisiaco (Abel, 1980). En 1903 Virey, publicó los efectos psicoactivos de la planta y Moreau de Tours la estudió en profundidad. Se considera que el introductor en la medicina occidental fue el médico irlandés William Brooke O' Shaughnessey, profesor del Colegio Médico de Calcuta, donde aprendió a utilizarlo. Burton (1924) lo utilizaba en el tratamiento de la melancolía. El cannabis fue utilizado para el tratamiento de neuralgias, traumatismos nerviosos, espasmos musculares, hemorragias uterinas, dismenorreas, etc. (McKim, 1991).

En cuanto a la utilización del alcohol con fines curativos, ya para los judíos, el vino era una creación divina con propiedades medicinales. En el 2200 a. C. se recomendaba la cerveza como tónico para mujeres en estado de lactancia, los griegos también reconocieron las propiedades curativas y diuréticas del vino. En épocas más recientes, recomendaba el alcohol para el tratamiento de la agorafobia (Westphal, 1871).

En la cultura aborigen masticar hojas de coca, producía efectos euforizantes que eran interpretados como un regalo de Dios. En 1882, la cocaína se consideró como medicamento en Estados Unidos (EE.UU) usándose para el tratamiento del dolor odontológico en la infancia, para la gota y como anestésico local en intervenciones oculares. En 1884 Freud, escribió su famoso trabajo *Über Coca (Sobre la coca)*, en el que afirmaba que la cocaína era un medicamento de gran eficacia para combatir cualquier especie de depresión, eliminar molestias gástricas de tipo nervioso e incrementar la capacidad de rendimiento físico e intelectual. Afirmaba también que la cocaína no producía hábito, ni efectos secundarios ni vicio, e incluso aseguraba que era muy eficaz para deshabituarse a los morfinómanos (Gold, 1997; Pascual, 2001). No es hasta el siglo XIX, cuando en Europa y prácticamente en el resto del mundo, se comienza a descubrir los efectos estimulantes y nocivos de la coca con el uso a largo plazo (Pascual, 2001).

Las anfetaminas, se comenzaron utilizar para el tratamiento del asma, la congestión de las vías respiratorias o las alergias estacionales. El periodo de máximo esplendor en el uso médico de las anfetaminas fue la década de los 60, recomendada para el tratamiento de la epilepsia, esquizofrenia, depresión, sobredosis de barbitúricos, dependencia de estimulantes como el café y el tabaco, obesidad, colon irritable, esclerosis múltiple, traumatismos cerebrales y disfunciones sexuales. Más tarde se utilizarían las anfetaminas como anorexígenos y antidepresivos (Schivelbusch, 1995).

El LSD (ácido lisérgico), sería uno de los alucinógenos más potentes de los conocidos hasta la actualidad. La primera sugerencia sobre los posibles usos terapéuticos del LSD fue propuesta por Condrau en 1949. Se comenzó a utilizar en forma de fármaco en la terapia psicoanalítica para facilitar la expresión del material mental reprimido, indicado en trastornos de ansiedad y neurosis obsesivas. Además en la investigación sobre la psicosis, era el propio psiquiatra quien experimentaba el fármaco con el fin de tener un mayor conocimiento del mundo interno del enfermo mental (Ulrico & Patter, 1991).

Por último, otra de las sustancias hoy en día más consumida es el tabaco, traído desde América por los españoles a Europa. Comenzó siendo empleado de forma terapéutica en patologías como las úlceras, el asma, las cefaleas, reumatismos y otras múltiples dolencias. Durante el siglo XIX, el uso del tabaco con fines terapéuticos era muy

escaso, aunque por ejemplo en algunos países todavía se pensaba que era eficaz y que prevenía el riesgo de contraer ciertas enfermedades como el cólera (Escohotado, 2004).

1.3. Abuso y Drogodependencia desde una Perspectiva Histórica.

En un principio unas sustancias y otras, tuvieron un uso médico sin atender a su poder adictivo. Aunque existen datos muy antiguos del uso de sustancias sobre todo en cuanto al consumo de alcohol como sustancia de abuso, desde una perspectiva histórica, el fenómeno de drogodependencia que actualmente conocemos ha ido evolucionando desde el siglo XIX con la epidemia del consumo de Opio en China, incrementándose progresivamente hasta la actualidad durante el siglo XX en el mundo occidental.

En 1961 Naciones Unidas crea el tratado de la Convención Única sobre estupefacientes y en 1968 se fiscaliza mediante la junta internacional de fiscalización de Estupefacientes (JIFE), que aplica tratados de fiscalización internacional de drogas.

A continuación se describen la evolución de diferentes sustancias en cuanto al fenómeno de la drogodependencia:

Durante el siglo XV los opiáceos, que en algunos casos solían asociarse para su uso a otras sustancias, como beleño, belladona, alcanfor, flores de zinc etc., experimentaron un progresivo y sustancial incremento en su uso, apareciendo las primeras descripciones de toxicidad por opio en el año 1.700. Sobre la primera mitad de 1.800, el uso recreativo del opio se consolidó entre artistas e intelectuales de la época, como Charles Dickens, Edgar Allan Poe o Honoré de Balzac entre otros.

La heroína, no fue prohibida hasta 1.924 en EE.UU y su poder adictivo se evidenció una década antes y como fármaco se detuvo su producción. En 1956, el consumo de heroína estaba tan extendido, que en algunos estados norteamericanos se propició su dispensación oficial. Estos hechos llevaron a retomar el uso de la metadona para su utilización como sustitutivo en los programas de mantenimiento. El tratamiento con metadona se fue convirtiendo a partir de ese momento, en una herramienta apta para ser utilizada en pacientes dependientes de opiáceos. La dependencia a la heroína se convirtió

en un importante problema de salud pública en la guerra de Vietnam (1.961-1.975) y en los años posteriores. En 1.973, un informe elaborado por el Pentágono estimaba que el 35% de todos los hombres alistados en el ejército que sirvieron en Vietnam habían consumido heroína y que el 20% se hicieron adictos en algún momento de su servicio (Bertridge et al., 1.987). A raíz del movimiento hippie y la cultura underground, el consumo de heroína se expandió por todo el mundo hasta la actualidad (Escohotado, 2004).

Con respecto al uso del alcohol, en el siglo XIX aparece por primera vez el concepto de alcoholismo como enfermedad. Los problemas adictivos asociados al consumo de alcohol ya se evidencian en la Edad Media con el desarrollo de los procesos de destilación que elaboraban bebidas con mayor graduación. En 1.920 se prohíbe su uso en EE.UU mediante la denominada “ley seca” hasta 1.933, donde políticas educativas se evidencian como más eficaces para el control de la dependencia de esta sustancia (Sournia, 1990).

Comprobando que el uso de cannabis producía dependencia, en 1.937 se publicó la *Marihuana TaxAct*, que prohibía el consumo de cannabis. En 1.961, fue incluido en la lista de sustancias psicotrópicas prohibidas de la Convención sobre Drogas Narcóticas y en la Lista de Estupefacientes sometidos a Fiscalización Internacional de la Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de 1.971, aprobadas por la Organización de Naciones Unidas (ONU, 1945). Pese a todo ello, la marihuana continuó consumiéndose de forma clandestina, hasta los años 60 coincidiendo con el auge del movimiento hippy. A partir de ese momento se ha producido un crecimiento progresivo de su consumo, principalmente entre la población juvenil en todo el mundo (Ramos, Fernández-Ruíz, 2000).

La cocaína, inicialmente consumida en rituales religiosos es una de las sustancias ilegales más consumidas en la sociedad occidental. Su potencial adictivo se evidencio tras el aumento en su uso y comenzaron a describirse reacciones psicóticas, crisis convulsivas e incluso casos de muerte súbita. En 1.907 el estado de Nueva York, limito su distribución solo bajo un estricto control médico, lo cual favoreció la aparición de un importante mercado negro. En 1.914 la cocaína fue ilegalizada completamente en EE.UU, salvo uso médico y de investigación. En los años 20 fue incrementando su uso como “droga recreativa” entre aristócratas y a finales de esta década el uso ya formaba parte de la clase alta de la sociedad europea, muy asociada a la noche y prostitución. A

partir de 1.950 se establecieron leyes más rígidas en cuanto al consumo y tráfico de esta sustancia. Hoy en día el mercado de esta sustancia sigue creciendo, siendo un importante problema de salud pública mundial (Kennedy, 1985; Pascual, 2001).

Las anfetaminas en los años 30, en la II Guerra Mundial comienzan a evidenciarse su carácter adictivo al utilizarlas los soldados para mitigar los efectos del cansancio. En Japón después de la postguerra comenzó un uso masivo de esta sustancia por parte de la población adolescente. Posteriormente su uso pasó al campo del deporte, utilizándose ilegalmente para mejorar el rendimiento de los deportistas, en amas de casa como adelgazante, camioneros para combatir la fatiga al volante hasta llegar a la población estudiantil con el fin de aumentar el tiempo de estudio, y más recientemente para prolongar la fiesta los fines de semana (Cabrera, 2007).

En las drogas de síntesis, como alucinógenos y anestésicos, su consumo se extendió con fines recreativos. Conforme se fueron conociendo sus efectos tóxicos su empleo clínico fue desapareciendo y actualmente forman parte del mercado ilegal, con un uso preocupante entre la población juvenil en situaciones de fiesta y con un patrón de uso en fines de semana. En 1.985 el MDMA (Éxtasis) fue incluida en la Lista I del Convenio sobre Sustancias de la Comisión de Estupefacientes de la ONU, lo que significa que está prohibida en el ámbito internacional, su fabricación y venta, así como su importación, tránsito, comercio y tenencia psicotrópicas (Eisner, 1995; López-Muñoz, Rubio, González-Martínez, y Álamo, 2004 ; Ulrico & Patten, 1991). En España quedó incluida en su correspondiente lista por Orden Ministerial de 6 de junio de 1.986. El GHB (gammahidroxibutirato) en el año 2002, fue incluido en la lista de sustancias fiscalizadas internacionalmente, siendo prohibida tanto su venta como su consumo (Nicholson & Balster, 2001).

1.4. Relación entre Drogas de Abuso y Comorbilidad Psiquiátrica

La relación entre el consumo de drogas y los trastornos mentales se conocen desde épocas muy antiguas, pero no es hasta el siglo IXI, cuando se empieza a considerar la relación entre drogas y salud mental (López-Muñoz, Álamo, y Rubio, 2010). Las primeras aproximaciones científicas que intentan correlacionar los efectos de las drogas

de abuso con la aparición de un trastorno psiquiátrico tienen lugar en el siglo XXI (Cabrera-Abreu, 2002).

La teoría de Morel (1857) ampliamente difundida por Europa, supone la primera aproximación histórica al concepto de PD. Este autor consideró a los trastornos mentales como una alteración degenerativa transmitida genéticamente, y producida por la administración de algunas sustancias fundamentalmente por el alcohol, que al transmitirse en sucesivas generaciones aumentarían los efectos negativos. El cirujano William Smitn, comenzó a observar que el opio agravaba ciertos trastornos mentales como los estados maníacos y Valentine Magón informó de tres casos de alucinaciones táctiles asociados al uso de esta sustancia (Karch, 1996).

Durante el siglo XX Lombroso (1976) considera la influencia negativa del alcohol y otras sustancias en ciertas conductas delictivas. Moureau de Tours (1980) realizó estudios sobre el uso de cannabis y la locura y tras la experimentación del cannabis sobre el mismo, concluyó que la locura era debida a un mal funcionamiento cerebral a causa de una alteración química.

A principios de los 80 algunas investigaciones comenzaron a identificar a jóvenes enfermos mentales crónicos que usaban drogas como forma de hacer frente a su enfermedad y entorno social (Bachrach, 1982; Pepper, Ryglewicz, & Kirshner, 1981).

Durante muchos años la investigación epidemiológica ha puesto de manifiesto la relación entre trastornos psicopatológicos y los TUS (Compton, Thomas, Conway, & Colliver, 2005). Estudios epidemiológicos indican que aproximadamente un 40% en pacientes alcohólicos y un 50% en consumidores de otras drogas, han recibido en algún momento de su vida un diagnóstico psiquiátrico de otro tipo (García-Campayo y Sanz, 2002).

La comorbilidad entre un TUS y un trastorno psicopatológico es lo que hoy en día se ha venido a denominar PD en anglosajón más comúnmente “diagnóstico dual”. Este término, no es fácilmente aceptado, no siendo reconocido como entidad clínica en ninguna de las clasificaciones internacionales sobre enfermedades mentales. Sin embargo, el término “diagnóstico dual” comenzó a utilizarse en 1989, sobreviviendo a lo largo

de los años para referirse a adultos con enfermedades mentales y TUS (López-Muñoz, et al., 2010).

No es hasta el DSM-III (1980), cuando el trastorno adictivo es considerado una entidad categorial con dos criterios diagnósticos: Abuso y dependencia. A partir de entonces se pudieron establecer relaciones entre los patrones de uso de sustancias en concomitancia con otros trastornos mentales, a ello se le sumo la realización de grandes investigaciones epidemiológicas americanas como los estudios ECA (Epidemiologic, Catch Ment Area Study) y NSC (National Comorbidity Survey). Es entonces cuando comenzó a considerarse el constructo de comorbilidad psiquiátrica y el de PD (Kessler et al., 1994; Regier et al., 1990; Robins & Regier, 1991).

El uso del término PD es relativamente breve. No es hasta finales de 1988 y principios de 1989 cuando los profesionales comienzan a utilizarlo para referirse a pacientes con TUS en comorbilidad con otros trastornos mentales (Evans & Sullivan, 1990).

Lehman, Myers and Corty (1989), fueron de los primeros investigadores que comenzaron abordar la evaluación de personas con trastorno mental y un problema de adicción. Al mismo tiempo comenzaron a señalarse las grandes barreras clínicas y económicas en el tratamiento de estos pacientes (Ridgely, Goldman, & Willenbring, 1990).

Desde 1990, se reconoce de forma constante las graves consecuencias negativas que tienen los pacientes con PD (Drake & Brunette, 1998). Estudios prospectivos, indican en que estos pacientes hay mayores tasas de recaídas, hospitalizaciones, alteraciones de conducta, conflictos familiares, mayor número de infecciones e incumplimientos de tratamiento, además de múltiples consecuencias económicas y sociales (Farren, Hil, & Weiss, 2012).

CAPITULO 2

MODELOS ETIOLÓGICOS DE LA PATOLOGÍA DUAL

2.1. Introducción

La existencia de comorbilidad entre un trastorno de abuso y dependencia de sustancias y un trastorno psiquiátrico grave, es tal y como hoy día entendemos el concepto de PD.

En pacientes psiquiátricos, existen altas tasas de prevalencia de TUS, que varían dependiendo de las características de la muestra y metodología empleada (Chan, Dennis, & Funk, 2008). Lo que suele estar claro, es que estos pacientes son de difícil manejo, implican elevados costes sociosanitarios, tienen mal pronóstico y mala adherencia al tratamiento (Arias et al., 2013).

En las dos últimas décadas los estudios se han centrado en establecer modelos etiológicos que pudieran explicar la comorbilidad entre los TUS y los trastornos psiquiátricos (López-Muñoz, Álamo y Rubio, 2010). Los resultados indican que existen factores neurobiológicos, genéticos y ambientales que se superponen dando lugar a complejos mecanismos etiopatogénicos (Volkow, 2007).

Meyer en 1986, relacionó la psicopatología y los TUS estableciendo seis premisas que hoy en día continúan vigentes:

1. La psicopatología puede servir como factor de riesgo para los trastornos adictivos.
2. La psicopatología puede modificar el curso de un trastorno adictivo en términos de rapidez del curso, respuesta al tratamiento, cuadro clínico y evolución a largo plazo.
3. Los síntomas psiquiátricos pueden desarrollarse en el curso de intoxicaciones crónicas.
4. Algunos trastornos psiquiátricos surgen como consecuencia del uso y persisten tras el periodo de remisión.

5. Las conductas de uso de sustancias y los síntomas psicopatológicos (previos o posteriores) pueden estar relacionados de forma significativa durante el curso del tiempo.
6. Algunas condiciones psicopatológicas ocurren en adictos sin mayor frecuencia que en la población general, sugiriendo que el trastorno psiquiátrico y el adictivo no están específicamente relacionados.

2.2. Modelos Etiológicos en Patología Dual

Varios modelos generales intentan explicar la comorbilidad entre el TUS y el Trastorno Mental Severo (Mueser et al., 1998).

2.2.1. Modelo del Factor Común

En este modelo las altas tasas de comorbilidad existentes entre los trastornos mentales y los TUS, son el resultado de compartir factores de riesgo comunes. Ambos trastornos serían entonces, manifestaciones de un mismo proceso de base. Estos factores de riesgo o vulnerabilidad común incluirían:

2.2.1.1. Factores genéticos

En investigaciones con familias y estudios con gemelos se ha destacado el papel genético en trastornos como la esquizofrenia y el trastorno Bipolar en los TUS (Hoenicka, Aragües, y Rodríguez-Jiménez, 2009). Un número de estudios han demostrado que los pacientes duales tienen mayor probabilidad de tener parientes con TUS que parientes solo con un único diagnóstico de trastorno mental severo (Gershon et al., 1988; Munsey, Galanter, Lifshutz, & Franco, 1992; Noordsy, Drake, Biesanz, & McHugo 1994; Pulver, Wolyniec, Wagner, Moorman, & McGrath, 1989; Tsuang, Simpson, & Kronfol, 1982; Vardy & Kay, 1983).

En este sentido, los estudios se han centrado en investigar la prevalencia de comorbilidad de TUS en pacientes esquizofrénicos y bipolares, dadas las altas tasas de TUS encontrados en estos pacientes. Los resultados indican que la hipótesis de la existencia de una vulnerabilidad genética compartida entre los TUS y los trastornos mentales severos como la esquizofrenia y trastorno bipolar, no parece estar apoyada por los estudios realizados en familias ni en los estudios realizados con gemelos (Gregg, Barrowclough, & Haddock, 2007). Según este dato, los pacientes con TUS no tienen mayor riesgo familiar de desarrollar esquizofrenia o trastorno bipolar, ni viceversa, es decir, los pacientes esquizofrénicos o bipolares no tienen más riesgo genético de presentar un TUS.

Por otro lado, sin llegar a validar la hipótesis de la variabilidad genética compartida, mecanismos etiopatogénicos compartidos como los procesos de refuerzo y aprendizaje relacionados con el sistema dopaminérgico, han sido propuestos como enlaces intermedios entre los problemas adictivos y determinados rasgos de la personalidad. Determinadas variantes genéticas del sistema dopaminérgico podrían afectar de forma importante los sistemas de aprendizaje y recompensa, que darían lugar a una serie de actitudes y conductas psicopáticas y una mayor vulnerabilidad para desarrollar un TUS (Ponce y Jiménez, 2010).

2.2.1.2. Trastorno Antisocial de la Personalidad

Aunque existe una elevada comorbilidad entre el TUS y el Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP), la relación causal entre ambos no está del todo clara (Arias et al., 2013; Preuss, et al., 2009). El TAP en personas con TUS se ha relacionado constantemente con un curso más grave de la enfermedad, una edad precoz en el inicio del consumo, una dependencia física más severa, consecuencias físicas, sociales, y legales más adversas en el trastorno adictivo (Mueser et al., 1997). Desde este modelo, autores postulan que podría existir un factor común de vulnerabilidad para padecer trastorno disocial en la infancia y adolescencia, así como para presentar un TUS en dicha edad, entendiendo ambas patologías como diferentes manifestaciones de una misma entidad (Donovan & Jessor, 1985; Donovan, Jessor, & Costa, 1988).

También se ha planteado que el TAP, podría ser un factor de vulnerabilidad común que podría explicar la elevada tasa de comorbilidad entre psicosis y TUS. Esta hipótesis con evidencia moderada, viene apoyada por estudios de pacientes con trastornos psicóticos y TAP, que indican una mayor probabilidad en estos de desarrollar un TUS, que en pacientes psicóticos sin TAP (Caton, 1995; Caton et al., 1994).

2.2.1.3. Estatus Socioeconómico

Hay una asociación general entre un estatus socioeconómico bajo incluyendo la educación, renta y ocupación, e índices más altos del trastorno adictivo (Anthony & Helzer, 1991, Hawkins, Catalano, & Miller, 1992), igual que para la esquizofrenia (Bruce, Takeuchi, & Leaf, 1991). Así, un estatus socioeconómico bajo podría ser un factor común de riesgo para la esquizofrenia y el trastorno adictivo.

2.2.1.4. Traumas Infantiles

Experiencias traumáticas en la infancia, como abusos físicos y sexuales se ha propuesto como un factor de vulnerabilidad común para el desarrollo de TUS y psicosis (Scheller-Gilkey, Moynes, Cooper, Kant, & Miller, 2004). Esta hipótesis conlleva una falta de especificidad, ya que experiencias traumáticas en la infancia también se han señalado como factores de riesgo en la población general para el desarrollo de otras patologías psiquiátricas (Rodríguez-Jiménez, Bagney, Peñas, Gómez, y Aragües, 2010).

2.2.1.5. Funcionamiento Cognitivo

Los déficits en el funcionamiento cognitivo especialmente durante la infancia y adolescencia pueden aumentar el riesgo para presentar un trastorno adictivo a lo largo de la vida (Berman & Noble, 1993). Este riesgo también se da para el trastorno mental severo, principalmente en la esquizofrenia (Jones et al., 1994). Estos déficits cognitivos podrán ser debidos a factores genéticos, ambientales o a ambos (Mueser et al., 1998).

2.2.2. Modelo de Trastorno por Consumo de Sustancias Secundario a un Trastorno Mental

Este modelo supone que los trastornos mentales severos incrementan el riesgo de desarrollar TUS. Aquí incluimos dos modelos principales: Modelo de Factores de Riesgo Psicosocial y Modelo de la Supersensibilidad.

2.2.2.1. Modelo de Factores de Riesgo Psicosocial

Desde este modelo el consumo de sustancias se realizaría para paliar síntomas o consecuencias de un trastorno mental primario. Se incluyen en este apartado:

2.2.2.1.1. Modelo de Automedicación

Este modelo se centra en la hipótesis de la automediación que Khantzian estableció en 1985 según la cual, los sujetos seleccionarían la sustancia en función del malestar provocado por la sintomatología derivada de su patología previa. Khantzian discute, con ejemplos de tal autoselección, que los adictos a la heroína eligen la heroína porque es parcialmente eficaz en la mejoría de rabia y de la agresión, y que los adictos a la cocaína seleccionan la cocaína debido a su capacidad de aliviar la depresión, la hipomanía y la hiperactividad. Hay poca evidencia de que la selección de la sustancia está relacionada con los diagnósticos específicos o con los estados internos (Lagoni, Crawford, & Huss, 2011) aunque estudios recientes con otros cuadros psiquiátricos distintos a la esquizofrenia muestran cierta evidencia al comprobar esta hipótesis.

Brodhad (2014) analizó la depresión, dolor corporal y vitalidad y su relación con el uso de cocaína en una muestra de adultos con VIH. Los resultados indicaron una asociación significativa entre un mayor uso de la cocaína y una menor sensación de vitalidad.

Mariani, Khantzian and Levin (2014) en un estudio de 2 casos clínicos analizan el diagnóstico del déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y el uso de cocaína. Los resultados indicaron que los pacientes usaban cocaína y mejoraban los síntomas del TDAH, confirmando en estos dos casos la hipótesis de la automedicación.

Suh, Roffins, Robins and Khantzian (2008) analizaron el papel del uso de sustancias en la regulación emocional. Analizaron una muestra de 402 sujetos de los cuales 84 no eran consumidores. Obtuvieron resultados parcialmente coherentes con la hipótesis de la automedicación en consumidores de alcohol, cocaína y heroína. A pesar de las escasas evidencias de esta hipótesis, la experiencia clínica nos indica que algunos pacientes con PD, parecen atribuir el consumo de sustancias al alivio de ciertos síntomas característicos de la patología psiquiátrica asociada al consumo de sustancias.

2.2.2.1.2. Modelo de Alivio de la Disforia

Representa un modelo más general que la auto-medicación. Indica que en pacientes con trastorno mental severo son propensos a experimentar estados disforicos que propician al mismo tiempo el uso de sustancias psicoactivas. Utilizan la sustancia para sentirse bien y aliviar la disforia, por tanto, propicia el inicio al consumo. Existen estudios que apoyan esta hipótesis (Birchwood, Mason, MacMillan, & Healy 1993; Suh et al., 2008), aunque sigue siendo un planteamiento cuestionado debido a la gran variabilidad de estados disforicos y la inespecificidad en el uso de sustancias (Rodríguez-Jiménez et al., 2010).

2.2.2.1.3. Modelo de Factores Múltiples de Riesgo

Según este modelo múltiples factores influyen en que los pacientes con trastorno mental severo inicien el consumo de sustancias. Los factores de riesgo comunes incluyen: el aislamiento social, las habilidades interpersonales pobres, las habilidades cognitivas pobres, fracaso académico, pobreza, carencia de las responsabilidades en el papel del adulto, carencia de actividades diarias estructuradas, asociación con los subgrupos marginales y el vivir en vecindades con altos índices de disponibilidad de droga (Anthony & Helzer, 1991, Berman & Noble, 1993, Jones et al., 1994). Si el efecto acumulativo de los factores de riesgo múltiples, incluyendo la disforia, aumenta la probabilidad del trastorno adictivo, el mecanismo sería secundario al trastorno mental severo. Hay poca evidencia cuantitativa directa para el modelo múltiple del factor de riesgo (Mueser et al., 1998).

2.2.2.2. Modelo de la Supersensibilidad

Este modelo deriva de los modelos de vulnerabilidad-estrés propuestos por Liberman et al. (1986) y Zubin and Spring (1977) para la esquizofrenia.

Según este modelo, la vulnerabilidad psicobiológica, determinada por una combinación de acontecimientos genéticos y ambientales tempranos, obra recíprocamente con el estrés ambiental precipitando el inicio de un trastorno psiquiátrico, o como disparador de una recaída.

Esta sensibilidad puede inducir con más probabilidad en pacientes con trastorno mental severo a experimentar consecuencias negativas al usar cantidades relativamente pequeñas de sustancias. Por ejemplo el consumo de cannabis puede precipitar cuadros psicóticos agudos e incrementar el riesgo de esquizofrenia en personas vulnerables (Hall & Degenhardt, 2000; Richtand, Woods, Berger, & Strakowski, 2001).

Varios estudios han observado que los pacientes con esquizofrenia son propensos al abuso de cantidades más bajas de drogas que pacientes con trastornos de la personalidad (TP), (Bizzarri et al., 2009). Así, las cantidades bajas de uso de la sustancia parecen aumentar vulnerabilidad a las recaídas en pacientes con trastorno mental severo (Drake & Wallach, 1993). La principal limitación de este modelo es que los estudios solo se han centrado en pacientes esquizofrénicos, limitando los hallazgos a este grupo diagnóstico.

2.2.3. Modelo de Trastorno Psiquiátrico Secundario al Consumo de Sustancias

Este modelo supone que los TUS precipitan trastornos mentales severos en individuos que tal vez, no hubieran desarrollado estos trastornos. Este modelo indica, que ciertas sustancias actúan en los sistemas de neurotransmisión implicados en el origen de los trastornos psicóticos (Rodríguez-Jiménez, Bagny-Linfante, y Palomo-Alvarez, 2009). La administración continuada de drogas provocaría cambios neuroadaptativos que conducirían a un trastorno psiquiátrico (Brady & Sinha, 2005; McEwan, 2000). La mayoría de estudios en este sentido, se han centrado en el consumo de cannabis y desarrollo de la esquizofrenia (Rodríguez-Jiménez, Martínez-Gras, Ponce, Jiménez-Arreiro,

y Palomo, 2007) aunque también se han realizado estudios al respecto considerando otras sustancias sin resultados evidentes (Baker et al., 2004; Margolese, MaLchy, Negrete, Temper, & Gill, 2004). En el caso de alcohol, las investigaciones han evidenciado que su consumo puede empeorar síntomas y precipitar recaídas en la esquizofrenia pero sin ser un factor causal de la misma, suponiendo este hecho una limitación importante para este modelo (Potvin, Sepehry, & Stip, 2007).

2.2.4. Modelo Bidireccional

Estos modelos proponen una interacción continua entre los TUS y la patología psiquiátrica, de la siguiente manera:

- Cualquiera de los dos trastornos puede incrementar la vulnerabilidad del otro trastorno.
- El TUS puede disparar el trastorno mental severo en un sujeto vulnerable.
- El trastorno mental severo se puede mantener y agravar por el uso continuado de sustancias.

Estos modelos a pesar de intentar ser integradores con respecto a los descritos anteriormente, apenas tienen evidencia científica que los apoye (Mueser et al., 1998).

2.3. Tipología de Zimberg

Dadas las complejas interacciones entre patologías psiquiátricas y TUS, esta tipología tiene como objetivo el establecimiento de criterios claros a la hora de identificar a los pacientes con PD, así como planificar el tratamiento de estos pacientes de forma más efectiva (Zimberg, 1999). A continuación, se describen según este autor los subgrupos de PD:

2.3.1. Tipo I: Trastorno psiquiátrico primario

El trastorno psiquiátrico es anterior al uso de la sustancia, de manera que el curso del trastorno por abuso o dependencia será contingente a las variaciones del trastorno psiquiátrico.

2.3.2. Tipo II: Trastorno por uso de sustancias primario.

El TUS es anterior a la aparición del trastorno psiquiátrico, existiendo una clara relación entre ambos. Los síntomas psiquiátricos solo estarán presentes, durante las fases activas del uso de la sustancia o dentro de las tres primeras semanas de abstinencia.

2.3.3. Tipo III: Trastorno Dual primario

En este tipo, Zimberg describe cuatro posibilidades:

1. El TUS y el trastorno psiquiátricos son diagnósticos independientes donde no coinciden el uno con el otro, ni en el inicio ni en el curso.
2. El TUS y el trastorno psiquiátrico son crónicos y severos, sin comienzo inequívoco y con cursos que se superponen.
3. El trastorno psiquiátrico comienza claramente antes que el TUS, pero los dos cursan de forma independiente, sin que uno afecte al otro.
4. El TUS es claramente anterior al trastorno psiquiátrico, pero ambos mantienen cursos diferentes sin que se afecten mutuamente.

CAPITULO 3

EPIDEMIOLOGÍA DE LA PATOLOGÍA DUAL

3.1. Introducción

La investigación epidemiológica sobre abuso o dependencia a sustancias y su comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, ha sido compleja y poco concluyente. Varios factores han contribuido a ello, por un lado la conducta adictiva hasta hace relativamente poco tiempo no ha sido considerada como enfermedad sino como problema social. Otro aspecto es que desde la literatura científica, existe una amplia variabilidad en las tasas de prevalencia obtenidas dependiendo de las herramientas metodológicas empleadas, selección del diagnóstico primario y características de la muestra.

Apenas existen datos sobre prevalencia de PD en nuestro país. La información que disponemos viene principalmente dada de estudios comunitarios del ámbito americano y desde muestras clínicas. Los estudios realizados en atención especializada y hospitalaria, suelen ofrecer cifras de prevalencia superiores a los de la población general (Ogloff, Lemphers, & Dwyer, 2004) posiblemente debido al acuerdo general de que la comorbilidad entre trastornos mentales y adictivos favorece la búsqueda de tratamiento (Compton, Thomas, Stinson, & Grant, 2007).

En cuanto a las diferencias de género, existen poco datos al respecto (Laia, Roncero, López-Ortíz, y Casas, 2011) aunque la mayoría de los autores comparten que la PD se da con más frecuencia en hombres con respecto a las mujeres (Rodríguez-Jiménez et al., 2008). Otros, en cambio indican que las mujeres tienen más riesgo a la hora de desarrollar ambos trastornos (Chian, Chan, Chang, Sun, & Chen, 2007).

En general los resultados de los estudios epidemiológicos muestran una alta prevalencia de patología psiquiátrica en los TUS, además de señalar asociaciones etiológicas entre ellos, sobre todo de forma más significativa en la dependencia de alcohol y otras drogas (Compton, Thomas, Conway, & Colliver, 2005).

De los estudios epidemiológicos realizados sobre prevalencia de trastornos psiquiátricos más importantes se destacan los estudios comunitarios ECA, “National Comorbidity Survey”, NCS “National Comorbidity Survey”, NCS-R “National Comorbidity Survey Replication” y NESARC “National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions”.

En nuestro país se señala el estudio ESEMed-España (2006), sobre prevalencia de trastornos mentales en población general y más recientemente en población clínica analizando la presencia y características de PD el estudio en la Comunidad de Madrid de Arias et al. (2013).

La mayoría de los datos disponibles sobre prevalencia de PD en pacientes diagnosticados de TUS provienen del ámbito de la atención ambulatoria especializada. En líneas generales se estima que casi el 40% de las personas con trastorno por consumo de alcohol y más del 50% por consumo de otras drogas recibe en algún momento de su vida un diagnóstico psiquiátrico (Compton et al., 2007).

A continuación se comentan los resultados sobre comorbilidad de los estudios epidemiológicos en Salud Mental más importantes realizados hasta la fecha.

3.2. Principales Estudios Epidemiológicos Comunitarios sobre Comorbilidad Psiquiátrica

3.2.1. Estudio ECA “National Comorbidity Survey”

Realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental de los EE.UU entre 1980 y 1984. Este estudio evaluó a 20.291 sujetos incluyendo también población clínica en 5 comunidades de EE.UU. A pesar de su antigüedad sigue siendo un referente en los estudios epidemiológicos en psiquiatría. En él se evalúa la incidencia y prevalencia de trastornos mentales bajo criterios diagnósticos del DSM-III. Además se miden las tasas de comorbilidad de alcohol y otras drogas con otros trastornos mentales en población de EE.UU. En este estudio se incluyó tanto a individuos de la población general como aquellos que recibían tratamiento por problemas por uso de alcohol, otras drogas y otros trastornos mentales. El instrumento utilizado fue el Diagnostic Interview Schedule

(DIS), el cual evalúa el diagnóstico de la patología psiquiátrica y TUS en la misma prueba. Se realizaron evaluaciones en el último mes, a los seis meses y al año desde la primera entrevista.

Según indican (Regier et al., 1990), los resultados de este estudio son los siguientes:

En la población general encuestada:

- Un 54.1% de la población general presentó al menos un trastorno mental a lo largo de su vida. El 65.9% de ellos presentaron un TUS.
- El 22.5% cumplían criterios para un trastorno mental excluyendo un TUS.
- Un 16.2% de la población desarrolló un trastorno por uso de sustancias a lo largo de su vida. De estos, un 3.1% fueron por uso de alcohol, el 1.5% otras drogas y un 1.7% combinaba el uso de alcohol y con otras sustancias.

Población con trastorno por uso de sustancias.

- Los trastornos por uso de alcohol presentan tasas de comorbilidad más elevadas en comparación con otros TUS.
- Un 13.5 % presentaban un trastorno por uso de alcohol, de ellos un 7.9 con criterios de dependencia y un 5.6% con criterios de abuso.
- En cuanto al TUS un 6.1% lo presentaba al año de la evaluación. De estos, un 3.5% cumplían criterios de dependencia y un 2.6% criterios de abuso.

Población con trastorno mental

- Un 1.5% desarrollaron esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme, el 8.3% un trastorno afectivo, un 14.6% trastorno de ansiedad, el 2.6% un TAP y un 1.7% un trastorno cognitivo.

Comorbilidad de trastorno mental con trastorno por uso de sustancias.

- El 22.3% de los individuos con trastorno mental presentaban un trastorno por consumo de alcohol, el 14.7% un trastorno por uso de otras sustancias y el 28.9% con cualquier otro trastorno adictivo.
- De los individuos con esquizofrenia, un 47% cumplía con los criterios de TUS (33.7% para el alcohol y un 25.7% para cualquier otra droga).
- En sujetos con TAP un 83.6% presentaron un TUS (73.6% para alcohol y 42% para otras drogas).
- En los trastornos de ansiedad un 23.7% tenían un TUS (17.9% para el alcohol y 11.9% para otras drogas). En trastornos más específicos, encontraron que para los trastornos fóbicos el 22.9% presentaba además un TUS (17.3% para alcohol y 11.2% para otras sustancias). En el trastorno de pánico el 35.8% tenían un trastorno adictivo (28.7% para alcohol y 16.7% para otras drogas) y en trastorno obsesivo-compulsivo el 32.8% presentaba un TUS siendo el 24% para el alcohol y un 18.4% para otras sustancias.
- En cuanto a los trastornos afectivos, el 32% desarrollaron un TUS comorbido (21.8% para alcohol; 19.4% para otras drogas). En el trastorno bipolar, el 56.1% presentaron un TUS (43.6% alcohol y 33.6% para otras drogas). En depresión mayor el 27.2% reflejaron un TUS (16.5% para el alcohol y 18% para otras drogas) y en cuanto al trastorno distímico el 31.4% tenían un trastorno adictivo (20.9% para el alcohol y 18.9% para otras sustancias).

Comorbilidad de trastorno por uso de sustancias con un trastorno psiquiátrico.

- En los trastornos por uso de alcohol, el 36.6% tenían otro diagnóstico psiquiátrico, un 21.1% presentaban otro trastorno por uso de drogas y un 45% un trastorno mental.
- La prevalencia de esquizofrenia en estos sujetos fue del 3.8%, con un riesgo del 3.3% al compáralos con población no consumidora y del 6.8% al compararlos con los TUS. Un 19.4% presentaron un trastorno de ansiedad, el 14.3% un TAP y un 13.4% un trastorno afectivo.

- En sujetos con TUS, el 53.1% presentaron otro trastorno mental comorbido, un 47.3% un trastorno por uso de alcohol y el 71.6% con ambos trastornos combinados. Por lo que aquellos con antecedentes de drogas que no sea el alcohol, presentaron cuatro veces más riesgo de desarrollar un trastorno mental. El 6.8% tenían un diagnóstico de esquizofrenia, el 24.4% de trastornos afectivos, un 28.3% trastornos de ansiedad, y el 17.8% un TAP.
- En consumidores de cocaína, el 76.1% llegaron a manifestar otros trastornos psiquiátricos, con riesgo 11 veces mayor al de la población normal. En adictos a la marihuana el 50.1% presentaban otra patología psiquiátrica, en consumidores de opiáceos el 65.2% tenían un diagnóstico de trastorno mental, en dependientes de barbitúricos encontraron una prevalencia de patología psiquiátrica del 74.7%, en consumidores de anfetaminas el 62.9% tenían un trastorno mental asociado y en consumidores de alucinógenos el 69.2% también presentaban otro trastorno mental.

Algunas de las conclusiones que se pudieron obtener de este estudio fueron:

- Las tasas de prevalencia de trastorno adictivo son mayores en muestras de pacientes psiquiátricos. La presencia de trastorno mental se asocia con un riesgo dos veces mayor de presentar un trastorno por uso de alcohol y de cuatro veces mayor para presentar un trastorno por uso de otras drogas. El consumo diario de alcohol y cannabis duplica el riesgo de desarrollar sintomatología psicótica.
- Las posibilidades de desarrollar un trastorno adictivo son 4.6 veces mayor en la esquizofrenia que para el resto de la población. Para el desarrollo de un trastorno por uso de alcohol el riesgo es de tres veces mayor y seis veces mayor para otras drogas.
- En los trastornos afectivos se encuentran las tasas más graves de prevalencia de dependencia, sobre todo en el trastorno bipolar, en donde el riesgo de presentar un TUS es más del doble que en cualquier otro trastorno afectivo.

3.2.2. Estudio NCS” National Comorbidity Survey”

Estudio realizado entre los años 1990 y 1992 sobre incidencia, prevalencia y factores de riesgo de la patología mental, bajo criterios diagnósticos del DSM-III-R (1987). La muestra estudiada estuvo compuesta por 8.098 sujetos civiles estadounidenses de edades comprendidas entre los 15 y 54 años, a los que se les aplicó la Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Los resultados indicaron que el 51.4% presentaron un trastorno por abuso de alcohol y otras drogas a lo largo de la vida y el 28.8% en los últimos 12 meses. De estos un 42.7% cumplían criterios para un trastorno mental comorbido. De los individuos con trastorno mental el 14.7% presentaron un trastorno por uso de alcohol u otras drogas. Recibían tratamiento especializado el 19.8% de los sujetos con trastorno mental y TUS (alcohol 14.3%; otras drogas 7.8%), el 55% de los sujetos con trastorno por uso de alcohol y patología psiquiátrica, y un 64% de individuos con TUS comorbido con otro trastorno mental (Kessler et al., 1994).

3.2.3. Estudio NCS-R “Comorbidity Survey Replication”

”

Este estudio estima la prevalencia y edad de inicio de la patología psiquiátrica según criterios DSM-IV (1994), en un intento de replicar el estudio NCS realizado entre febrero de 2001 y abril de 2003.

La evaluación se realiza sobre 9.282 individuos mayores de 18 años de habla inglesa en EE.UU. El instrumento utilizado es el World Health de la Organization World Mental Health Survey (WMH-CIDI), version Composite International Diagnostic Interview (Kessler, Ustun, 2004). Las entrevistas se llevaron a cabo por entrevistadores profesionales del Instituto para la Investigación Social de la Universidad de Michigan. La tasa de respuesta fue del 70.9%. La encuesta fue administrada en dos partes. La parte I incluyó una evaluación de diagnóstico básico de todos los encuestados y la parte II incluyó preguntas sobre factores de riesgo, consecuencias, otros correlatos y trastornos adicionales. La evaluación de los TUS incluyó los criterios de abuso y dependencia para alcohol y otras drogas.

Las estimaciones de prevalencia a lo largo de la vida fueron las siguientes (Kessler et al., 2003):

Un 28.8% de los encuestados presentaron a lo largo de la vida trastornos de ansiedad, un 20.8% trastornos del estado de ánimo, un 24.8% trastorno del control de los impulsos, un 14.6% TUS y el 46.4% otros trastornos mentales. La edad media de inicio de los trastornos de ansiedad y del control de los impulsos fue los 11 años, muy anterior por ejemplo, que para los TUS con una edad media de inicio a los 20 años y los trastornos del estado de ánimo con una edad media de inicio a los 30 años. Las conclusiones de este estudio indican que casi la mitad de los estadounidenses reunían criterios para el diagnóstico de un trastorno del DSM-IV en algún momento de su vida, con la primera aparición por lo general en la infancia o la adolescencia.

En cuanto al abuso de alcohol (13.2%), a lo largo de la vida fue uno de los más prevalentes después del trastorno depresivo mayor en un 16.6% de los casos. Los varones con un nivel educativo bajo presentaron mayor riesgo para el consumo de sustancias. La prevalencia estimada de TUS fue considerablemente menor en el NCS-R que en el NCS. Posiblemente por que en el DSM-IV, *los* criterios son más estrictos que los criterios del DSM-III-R, para establecer el diagnóstico de abuso y dependencia (Kessler et al., 2003). Este estudio incluye un seguimiento de individuos entre los 15-24 años, que volverían a evaluarse a los diez años, para intentar determinar la relación entre las enfermedades psiquiátricas y los TUS. Más de la mitad de los casos presentaron criterios para la comorbilidad para dos o más trastornos, con mayor severidad cuando presentaban a partir de tres trastornos.

3.2.4. Estudio NESARC “National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions”

Los primeros resultados de este estudio comenzaron a publicarse en el año 2004. En ellos, se describe los datos sobre prevalencia, patrones de consumo y comorbilidad de los TUS, con otros trastornos psiquiátricos siguiendo criterios DSM-IV. La población general estudiada son 43.000 personas estadounidenses en los últimos 12 meses entre el año 2001 y el año 2002. Para valorar el abuso o dependencia del alcohol y otras drogas se utilizó el *Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedu-*

le-DSM-IV(AUDADIS-IV) del National Institute on Alcohol Abuse (NIAAA). Esta entrevista estructurada incluye una extensa lista de preguntas sobre síntomas sobre abuso y dependencia de alcohol y drogas bajo criterios del DSM-IV.

Grant et al. (2004), indican los siguientes resultados obtenidos en este estudio:

- Un 2.0% de la población presentaron un TUS en los últimos 12 meses previos a la encuesta. De ellos el 1.4% con criterios de abuso y el 0.6% con criterios de dependencia.
- El 10.3% de los sujetos presentó un TUS en algún momento de su vida. De ellos el 7.7% con criterios de abuso y el 2.6% de dependencia.
- Ser varón soltero, viudo o divorciado, nativo de Norteamérica, con una edad entre los 18 y 44 años y bajo nivel socioeconómico, supuso una mayor tasa de prevalencia de abuso y dependencia en esta población.
- Principalmente fueron los trastornos afectivos y de ansiedad los que mayormente se vincularon al TUS. Un 22% de los individuos con trastornos del humor y un 16% de individuos con trastornos de ansiedad presentaron TUS, siendo la comorbilidad mayor entre las mujeres que entre los varones (Compton, et al., 2007).

3.3. Principales Estudios Epidemiológicos Españoles

3.3.1. Estudio ESEmed España

Se trata de un estudio epidemiológico comunitario realizado entre septiembre de 2001 y septiembre de 2002 en población española sobre trastornos mentales, principalmente del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, abuso y dependencia de alcohol, donde también se incluyen edad de inicio del trastorno y factores de riesgo sociodemográficos asociados. Este estudio forma parte de un proyecto Europeo (The ESEMeD-MHEDEA investigators) coordinado por la World Mental Health Surveys de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se estimaron prevalencias durante el último año y a lo largo de la vida de los principales trastornos en 5.473 sujetos españoles no institucionalizados mayores de 18 años. El instrumento de encuesta domiciliaria utilizado fue la

versión del Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI) desarrollada para la iniciativa Encuestas de Salud Mental de la OMS (WHO World Mental Health Surveys), siguiendo criterios diagnósticos CIE-10 y DSM-IV. La tasa de respuesta fue del 78.6%.

Como indican Haro et al. (2006), los resultados de este proyecto fueron los siguientes:

- Un 19.5% de los individuos presentaron un trastorno mental en algún momento de su vida y un 8.4% en los últimos 12 meses.
- El episodio depresivo mayor fue el trastorno más prevalente, con un 3.9% en el último año y un 10.5% a lo largo de la vida, seguido de la fobia específica (4.52%), distimia (3.65%) y trastorno por abuso de alcohol (3.55%).
- En el trastorno por abuso o dependencia de alcohol prevalecían los varones (6.47%) sobre las mujeres (0.96%). El 88% se inician en el consumo antes de los 40 años.
- Ser mujer, estar separado, divorciado o viudo y laboralmente desempleado se obtuvieron como factores de riesgo para desarrollar un trastorno mental.
- Los trastornos que aparecen a edades más tempranas fueron la fobia social, agorafobia y fobia específica siendo más tardíos el episodio depresivo mayor, distimia y trastorno de angustia.

3.3.2. Estudio piloto sobre la prevalencia de Patología Dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. Asociación Española de Patología Dual (AEPD)

Estudio retrospectivo, realizado por Szerman et al. (2011) con el objetivo principal de valorar la presencia de PD en una muestra de 400 pacientes en tratamiento en la red de Salud Mental o de Drogodependencias de la Comunidad de Madrid. Los datos de este estudio sirvieron para diseñar un estudio transversal posterior que se comentará más adelante. Para ello se analizaron las historias clínicas de los pacientes en tratamiento en 20 centros asistenciales de la Comunidad de Madrid. Los resultados indicaron la prevalencia de un 75% de sujetos con TUS, de los que un 34% cumplían criterios CIE-10 para otro trastorno psiquiátrico. Se obtuvieron diferencias en la prevalencia entre las dos redes asistenciales. En la red de drogas la prevalencia de PD fue superior al de la red de

Salud Mental (36.78% frente 28.78% respectivamente). Se obtuvo una asociación significativa entre el diagnóstico de PD y la dependencia al alcohol y la cocaína. Específicamente los trastornos del humor, con la dependencia al alcohol y los Trastornos de la Personalidad (TP), con la dependencia a cocaína. Los TUS más frecuentes en PD fueron para el alcohol (57.3%), cocaína (52.94%) y heroína (33.8%). Los trastornos más frecuentes asociados al trastorno adictivo fueron los trastornos del humor (49.26%), los TP (33.82%) y la esquizofrenia (9.56%).

Rodríguez-Jiménez et al. (2008) en un estudio anterior analizó la PD en el ámbito hospitalario. Estos autores realizaron un estudio retrospectivo de 257 pacientes ingresados en una Unidad Psiquiátrica hospitalaria de un Hospital en Madrid. Excluyendo al tabaco el 24.9% cumplía criterios diagnósticos de PD. El trastorno más frecuente fue la esquizofrenia y las sustancias mayormente consumidas fueron el alcohol (78.1%), cannabis (62.5%) y cocaína (51.6%).

3.3.3. Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con Patología Dual en tratamiento en las redes de Salud Mental y Atención al Drogodependiente

En este estudio se estima la prevalencia de las diferentes patologías y TUS, de una muestra de 837 pacientes en tratamiento en las dos redes de atención dirigidas a este tipo de pacientes de la Comunidad de Madrid (208 pertenecientes a la red de Salud Mental y 629 a la red de Drogodependencias). El instrumento utilizado de valoración de los trastornos clínicos fue la entrevista MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), que puede evaluar siguiendo criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y criterios CIE-10 (Sheehan et al., 1998; versión 5,0, Bobes, Gibert, Soto y Soto, 2000). Se utilizó también el cuestionario PDQ4+ (Personality Disorder Questionnaire) para la valoración de los TP (Personality Disorder Questionnaire, Adaptación Española de Calvo, Caseras, Gutierrez, y Torrubia, 2002). Los resultados indicaron que el 61.8% de los pacientes obtuvieron un diagnóstico de PD, un 23.2% presentaron TUS sin PD y el 15.1% tenían un trastorno mental sin historia de TUS. El grupo dual se comparó con el resto de los grupos obteniendo los siguientes resultados (Arias et al., 2013):

- Los pacientes con PD, al compararlos con los pacientes con TUS sin PD, presentaron menos proporción de varones (78.1% frente a 90.2%), con peor situación laboral, siendo la cocaína (53%) y el alcohol (50.9%) las drogas más usadas y con mayor gravedad en el consumo en este grupo.
- Se observaron diferencias significativas en todas las variables analizadas entre el grupo de duales y aquellos con trastorno mental sin TUS. Los pacientes duales presentaron una mayor prevalencia de trastornos en el Eje I y Eje II, mayor riesgo y gravedad de suicidio (40.2%) que los pacientes con trastorno mental sin historia de consumo (16.7%).
- Los trastornos más frecuentes encontrados en los pacientes duales fueron el trastorno bipolar (31.3%) y los trastornos de ansiedad (57.4%). Los TP que mayormente reflejaron fueron el paranoide (24%), depresivo (27.9%), antisocial (19.3%) y límite (25.5%).
- Los pacientes duales respecto a los pacientes con trastorno mental eran más jóvenes, con mayor predominio de varones, vivían con su familia de origen, tenían inferior nivel educativo, peor situación laboral y mayor prevalencia de hepatitis B/C y VIH.

CAPITULO 4

EVALUACIÓN DE LA PATOLOGÍA DUAL

4.1. Introducción

La evaluación en PD presenta una serie de dificultades a la hora de realizar el diagnóstico diferencial de un trastorno mental comorbido con un TUS. Sintomatología propia de algunos trastornos mentales se solapan con los efectos de la intoxicación y abstinencia del consumo de sustancias. Ante la similitud de síntomas se debe examinar detalladamente la historia toxicológica del paciente con el fin de identificar la presencia o no de PD. Es importante determinar si el inicio de la psicopatología está vinculado al consumo de sustancias, si la aparición de síntomas se da en una fase de intoxicación, de abstinencia o si son inducidos por el consumo. Además se debe establecer una relación temporal entre ambas patologías.

San-Molina (2003) indica algunos datos de la historia clínica que pueden sugerir que la psicopatología es independiente del TUS:

- La psicopatología ha comenzado antes que el consumo regular de sustancias.
- Los síntomas y problemas que el sujeto presenta suelen ser distintos a los que presentan las personas que muestran abuso o dependencia de drogas.
- Si el trastorno continúa tras varias semanas de abstinencia es posible que no sea inducido.
- La existencia de antecedentes familiares con el mismo trastorno.
- El fracaso terapéutico tanto a la hora de reducir la conducta adictiva como otros trastornos psiquiátricos.
- Pueden observarse también efectos secundarios excesivos como el uso de fármacos tras un periodo de abstinencia, respuesta inexistente cuando se trata de un trastorno no inducido.

En la práctica clínica suele existir una tendencia a sobrediagnosticar trastornos mentales en pacientes drogodependientes, así como a subestimar el diagnóstico de TUS en pacientes psiquiátricos (Weaver et al., 2003; Weiss, Najavits, & Mirin, 1998). Las

características de los pacientes duales cambian con el entorno clínico. Los profesionales en adicciones pueden tener mayor capacidad de detección de trastornos mentales, que los profesionales de salud mental a la hora de detectar trastornos adictivos (Szerman, et al., 2011). Es muy posible que los pacientes suelen ocultar al clínico el consumo. Es frecuente que los pacientes con PD sean reticentes a hablar de su consumo, sobre todo si se tratan de sustancias ilegales, principalmente por temor a sanciones y la no aceptación en su círculo social y familiar.

Solomon (1996) indica una serie de indicios sobre el posible consumo de drogas en pacientes psiquiátricos:

- El fracaso terapéutico.
- La eficacia y cumplimiento en la toma de medicación.
- Absentismo laboral, sobre todo lunes a primera hora.
- Conductas descontextualizadas, por ejemplo la desinhibición experimentada por el paciente con una intoxicación leve.
- Ausencia de profundidad y vitalidad en la sesión de psicoterapia, presentan ansiedad o implicación inadecuada con los sucesos de la vida.
- Los sucesos vitales del paciente, que son acontecimientos que difieren de otra persona que no consume drogas.
- Aparición de conflicto de forma súbita entre el personal de la unidad y el paciente pudiendo por ejemplo confundir determinadas respuestas propias de pacientes con trastorno límite de la personalidad con el efecto del consumo de algunas sustancias.

4.2. Criterios Diagnósticos del Trastorno Por Uso de Sustancias

4.2.1. Clasificación Internacional de las Enfermedades, 10º edición CIE-10 (OMS, 1992)

Dado que esta investigación utiliza los criterios CIE-10 para el diagnóstico de síndrome de dependencia, se detallan a continuación los criterios diagnósticos para el consumo de sustancias de esta clasificación.

Los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas ocupan las secciones F10-F19 de esta clasificación, incorporando las siguientes sustancias: alcohol, opioides, cannabinoides, sedantes e hipnóticos, cocaína, estimulantes (incluyendo la cafeína), alucinógenos, tabaco, disolventes volátiles y múltiples sustancias u otras sustancias psicotropas.

Para cada sustancia se consideran los siguientes diagnósticos:

4.2.1.1. F1x.0 Intoxicación Aguda

Se trata de un estado transitorio consecutivo a la ingestión de la sustancia que produce alteraciones en el nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas. Se trataría de un fenómeno transitorio cuya intensidad disminuiría con el tiempo, con una recuperación completa salvo que exista tejido cerebral dañado. La clínica será distinta según la sustancia consumida. Según las complicaciones, se puede clasificar en: no complicada, con traumatismo o lesión corporal, con otra complicación de índole médica, con *delirium*, con distorsiones de la percepción, con coma y con convulsiones o con intoxicación patológica.

4.2.1.2. F1x.1 Consumo perjudicial

Se trata de una forma de consumo que afecta a la salud física o mental. Las formas perjudiciales de consumo suelen ser criticadas por terceros y suelen dar lugar a consecuencias sociales negativas, aunque la presencia de estas críticas y consecuencias no son en sí mismas indicativas de consumo perjudicial. El diagnóstico no puede hacerse en presencia de dependencia, trastorno psicótico u otras formas específicas de trastornos relacionados con las drogas.

4.2.1.3. F1x.2 Síndrome de dependencia

Se trata de una serie de manifestaciones fisiológicas y psicológicas en las que el consumo de droga adquiere la máxima prioridad para el sujeto. La característica principal de la dependencia es el deseo y la restauración del cuadro tras la recaída durante un periodo de abstinencia. El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo, han estado presentes al menos tres de los siguientes rasgos:

- a) Deseo intenso o vivencia de compulsión para consumir la sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de la sustancia, controlar el comienzo, poder finalizarlo o controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de síndrome de abstinencia que ocurren tras la disminución o cese del consumo; se confirman porque éstos son los característicos del síndrome de abstinencia o porque se consume la sustancia para aliviarlos o evitarlos.
- d) Tolerancia, indicada por el aumento en la dosis para alcanzar los mismos efectos que originariamente producían dosis más bajas.
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f) Persistencia en el consumo a pesar de evidentes consecuencias perjudiciales.

El síndrome de dependencia puede especificarse más con los siguientes códigos:

- F1x.20 En la actualidad en abstinencia.
- F1x.21 En la actualidad en abstinencia en un medio protegido.
- F1x.22 En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado.
- F1x.23 En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes.
- F1x.24 Con consumo actual de la sustancia.
- F1x.25 Con consumo continuo.
- F1x.26 Con consumo episódico (dipsomanía).

4.2.1.4. F1x.3 Síndrome de Abstinencia

Se trata de un conjunto de síntomas que aparecen tras la disminución o cese brusco de la dosis de consumo. El inicio, la duración y la intensidad del cuadro dependerán de la dosis consumida y del tiempo transcurrido desde la última dosis. Los síntomas varían de acuerdo con la sustancia administrada. Los síntomas de ansiedad y depresión son frecuentes en este cuadro. Todos ellos desaparecen con un nuevo consumo de droga o cuando remite el síndrome de abstinencia. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

4.2.1.5. F1x. 4 Síndrome de Abstinencia con delirium

Se diagnostica cuando un síndrome de abstinencia se complica con un delirium. Como en el caso de la abstinencia al alcohol con un delirium tremens. Se trata de un estado tóxico-confusional acompañado de trastornos somáticos, de corta duración y que a veces pone en peligro la vida del sujeto. El diagnóstico de *delirium trémens* puede concretarse dependiendo de que aparezcan convulsiones o no.

4.2.1.6. F1x.5 Trastorno psicótico

Se tratan de trastornos psicóticos que se presentan en el contexto del consumo o inmediatamente después. Los trastornos psicóticos son debidos al consumo de sustancias cuando se dan tres condiciones:

1. El inicio de los síntomas se produce durante el consumo o en las dos primeras semanas.
2. Los síntomas psicóticos deben persistir más de 48 horas.
3. La duración del trastorno no debe exceder los 6 meses.

El trastorno psicótico puede subdividirse en:

- F1x.50 Esquizofreniforme.
- F1x.51 Con predominio de ideas delirantes.
- F1x.52 Con predominio de las alucinaciones.
- F1x.53 Con predominio de síntomas polimorfos.
- F1x.54 Con predominio de síntomas depresivos.
- F1x.55 Con predominio de síntomas maniacos.
- F1x.56 Trastorno psicótico mixto.

4.2.1.7. F1x.6 Síndrome amnésico

El síndrome amnésico inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas deben satisfacer las pautas generales del síndrome amnésico orgánico.

Los requisitos para el diagnóstico son:

- a) Trastorno de memoria para hechos recientes y trastorno del sentido del tiempo.
- b) Ausencia de la alteración de la evocación de recuerdos inmediatos, alteración menor de la conciencia y en general, de las funciones cognitivas.
- c) Antecedentes o la presencia objetiva de un consumo crónico de alcohol o de otras sustancias psicótropas.

4.2.1.8. F1x.7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas

Son ser trastornos cognoscitivos, afectivos de la personalidad o del comportamiento, debidos al consumo de alcohol u otras sustancias psicótropas, que persisten más tiempo del de la actuación de la sustancia.

Puede subdividirse en cinco categorías:

- F1x.70 Con reviviscencias (“Flashbacks”).
- F1x.71 Trastorno de la personalidad o del comportamiento.
- F1x.72 Trastorno afectivo residual.
- F1x.73 Demencia inducida por alcohol u otras sustancias psicótropas.
- F1x.74 Deterioro cognoscitivo persistente.
- F1x.75 Trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.

4.2.1.9. F1x.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento y F1x.9 trastorno mental y del comportamiento sin especificación

Se codifican aquí los trastornos en los cuales el consumo de una sustancia puede identificarse como responsable directo del cuadro clínico que contribuye a dicha situación, pero en los que no se encuentran pautas suficientes para poder ser incluidos en ninguno de los trastornos descritos anteriormente.

4.3. Diferencias entre CIE-10 y DSM-5

En la clasificación CIE-10 se incluyen los trastornos para 10 grupos de sustancias. La diferencia con la clasificación Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5, APA, 2013) es que en esta, el trastorno por consumo de cafeína no se tiene en cuenta dentro del trastorno por consumo de otros estimulantes como ocurre en la CIE-10. Otra diferencia es que el trastorno por consumo de cocaína se incluye dentro del grupo de trastornos por estimulantes en el DSM-5.

La CIE-10, incorpora en el apartado dedicado a cada sustancia, los trastornos relacionados con ella, tanto la dependencia como los inducidos. Dentro de los trastornos que podríamos llamar inducidos, la CIE-10 se centra en los trastornos psicóticos y los que cursan con deterioro cognitivo. Se codifica el diagnóstico de consumo perjudicial cuando el consumo afecte a la salud física y no exista un diagnóstico de dependencia, trastorno psicótico u otras formas específicas relacionados con alcohol u otras sustancias psicótropas.

En el DSM-5, los trastornos relacionados con las sustancias se dividen en trastornos por consumo (con niveles de gravedad: leve, moderado y grave, sin distinguir dentro de ellos entre abuso y dependencia tal y como lo hacía en el DSM-IV-TR, 2002), y trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos (intoxicación, abstinencia y otros trastornos inducidos). De estos últimos, la intoxicación y el síndrome de abstinencia se encuentran recogidos en el apartado dedicado a la sustancia, mientras que los otros trastornos inducidos, igual que en el DSM-IV-TR se incluyen en el apartado con el que se comparten características clínicas: psicóticos, depresivos, ansiosos, insomnio, sexuales y neurocognitivos.

En los criterios para la *intoxicación*, en el DSM-5 incluye síntomas específicos para cada sustancia, además de no aplicarse los criterios de intoxicación al tabaco. En relación a la *abstinencia*, en el DSM-5 se especifica también los síntomas característicos del síndrome de abstinencia en cada sustancia, mientras que en la CIE-10 solo realiza la distinción bajo criterios de no complicado y con convulsiones. En la CIE-10 se incluye el diagnóstico de síndrome de abstinencia con delirium donde se codificaría el delirium tremens inducido por alcohol.

A diferencia del CIE-10, que clasifica la ludopatía dentro de los trastornos del control de los impulsos, el DSM-5 incluye el juego patológico dentro del capítulo de trastornos adictivos, clasificándolo dentro de los llamados trastornos no relacionados con sustancias.

4.4. Criterios diagnósticos de comorbilidad con un Trastorno por Uso de Sustancias

En los últimos cincuenta años, la dependencia a sustancias ha sido considerada de diferentes formas y los criterios de comorbilidad con otros trastornos mentales han ido cambiando con el tiempo.

En la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-I, 1952), las adicciones estaban incluidas dentro de las alteraciones de la personalidad. El *National Council on Alcoholism (1972)*, publicó los primeros criterios diagnósticos, considerando el fenómeno de tolerancia y abstinencia como imprescindible para el diagnóstico de dependencia, y no es hasta el DSM-III-R, cuando estos dejan de serlo.

En cuanto a los criterios de comorbilidad entre TUS y otros trastornos mentales bajo los criterios de Feighner (1972), se consideraba la edad de inicio para diferenciar entre trastorno primario y secundario. En el DSM-III y DSM-III-R (APA, 1980, 1987), el criterio de organicidad del trastorno mental, diferenciaba los TUS de otros trastornos mentales. En la cuarta edición del DSM (APA, 1994) se utilizaron las categorías “primario” (aquellos trastornos que no son inducidos por sustancias ni son consecuencia de una enfermedad médica) “efectos esperados” (síntomas que se producen por el consumo o abstinencia) e “inducido por sustancias” (síntomas más graves a los provocados por una intoxicación o síndrome de abstinencia) para establecer la comorbilidad entre un TUS y otro trastorno mental. En el DSM-IV-TR y DSM-5 diferencian entre trastornos relacionados con sustancias y trastornos inducidos por estas (APA, 2000, 2013).

La CIE-10, diferencia entre trastorno primario y trastorno debido al consumo de sustancias para los trastornos psicóticos; síndrome amnésico; trastorno psicótico residual; trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol y otras sustancias psicótropas; otros trastornos mentales y del comportamiento; y trastorno mental y del comportamiento sin especificación.

4.5. Principales Instrumentos Diagnósticos en Adicciones y Patología Dual

El consumo de sustancias se puede evaluar a través de pruebas toxicológicas bioquímicas para detectar de forma actual su uso o a través de la entrevista clínica donde se valorarían la historia de consumo. Lo recomendable es complementar la información a través de otras fuentes colaterales como los familiares o personas que hayan tenido un contacto regular con el consumidor.

4.5.1. Instrumentos para el diagnóstico de consumo de sustancias

4.5.1.1. Análisis bioquímicos

Estas pruebas no documentan las consecuencias del consumo, pero pueden detectar qué usuarios han usado recientemente drogas. Se trataría de la detección de la sustancia en muestras biológicas (orina, pelo, sangre etc.). Los resultados en cuanto a la presencia de sustancia dependen de varios factores como el tipo de sustancia, la dosis consumida, frecuencia de uso, el tipo de muestra biológica, diferencias individuales en el metabolismo de la droga, momento de la extracción de la muestra y la sensibilidad del método utilizado. Aunque estos análisis nos muestran datos objetivos de la presencia de consumo, no significan que sean infalibles y puedan superar al juicio clínico. Estos métodos tienen la limitación de que no distinguen entre uso puntual y habitual, es decir son poco eficaces para el diagnóstico de dependencia, además de la posibilidad de falsos negativos. Los más fiables son los que determinan concentraciones de la sustancia en la sangre o en la orina (Fernández y Touriño, 2006).

4.5.2. Instrumentos de evaluación de los Trastornos por Uso de Sustancias

Existen una amplia gama de entrevistas y cuestionarios a la hora de evaluar el TUS. A continuación se detallan desde los más generales a los más específicos según el tipo de sustancia y considerando los más usuales en la práctica clínica.

4.5.2.1. Adicción Severity Index ASI-6

Versión actualizada del ASI5. Elaborada por Alterman, Cacciola, Habing and Lynch, (2007) y validado por Díaz-Mesa et al. (2010). Se trata de una entrevista semiestructurada con criterios operativos claros de evaluación y puntuación. Consta de 257 ítems que se agrupan en 8 secciones. Las dos primeras son de información general y no constituyen la escala propiamente dicha. En las 6 secciones restantes el entrevistador valorará la gravedad de la situación del paciente. Las secciones evalúan los siguientes aspectos:

- Sección 1: demografía del paciente.
- Sección 2: alojamiento restringido o supervisado durante los últimos seis meses.
- Sección 3: salud física.
- Sección 4: empleo y apoyos.
- Sección 5: drogas/alcohol.
- Sección 6: aspectos legales.
- Sección 7: familia/social.
- Sección 8: status psiquiátrico.

El evaluador recoge mediante esta prueba información objetiva y subjetiva de la situación del paciente. Se trata de un instrumento heteroaplicado que requiere entrenamiento previo para su administración.

4.5.2.2. Cuestionario CAGE

Diseñado por Ewing (1984) para evaluar el diagnóstico precoz de los problemas relacionados con el alcohol. Su nombre hace referencia a las preguntas que lo componen en inglés: *Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener*. Se trata de un cuestionario heteroaplicado compuesto por cuatro ítems, tres de ellos exploran los aspectos subjetivos de la persona en relación con el consumo de alcohol, y el último mide aspectos relacionados con la abstinencia alcohólica. En la validación española un punto de corte de dos se obtiene una sensibilidad del 96% y una especificidad del 100% para la detección del alcoholismo (Rodríguez-Martos, Navarro, Vecino, y Pérez, 1986). Una de las limitaciones

de esta prueba es que no evalúa el consumo de riesgo y los índices de sensibilidad y especificidad en población psiquiátrica no son muy altos.

4.5.2.3. Test AUDIT “Alcohol Use Disorders Identification Test”

Este test fue diseñado por Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente and Grant (1993). Identifica los trastornos por uso de alcohol, detectando tanto el consumo de riesgo como el perjudicial y sus consecuencias en el último año. De administración autoaplicada, está compuesto por diez ítems que exploran el consumo de alcohol del sujeto así como los problemas derivados de éste. Los tres primeros ítems se refieren a la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, las tres siguientes al comportamiento y actitud hacia el consumo, las dos siguientes a las reacciones adversas y las dos últimas evalúan los problemas relacionados con el consumo (Rubio, Bermejo, Cabellero, y Santo Domingo, 1998).

4.5.2.4. DAST “Drug Abuse Screening Test”

Se trata de un cuestionario elaborado por Skinner (1982) y compuesto por 28 ítems, relacionados con problemas asociados al consumo de drogas, disminución del control debido al consumo y síntomas neuroadaptativos de la dependencia de sustancias. De administración autoaplicada, ofrece un índice cuantitativo sobre problemas relacionados con el consumo de drogas. Identifica el abuso de drogas o la dependencia a diferentes sustancias psico-activas y detecta el grado de problemas que se relacionan con el trastorno por consumo. Esta prueba ha mostrado sensibilidad y especificidad para la detección de TUS. Una puntuación cinco como punto de corte puede indicar un posible TUS. Conforme aumenta la puntuación aumentan los problemas relacionados con las drogas.

4.5.2.5. ADS “Escala de Dependencia Alcohólica”

Cuestionario elaborado por Skinner (1984). Evalúa la gravedad de los síntomas de la dependencia del alcohol. Está compuesto por 25 ítems, de administración autoaplicada, con una duración de diez minutos. Proporciona una medida cuantitativa de la gravedad de la dependencia del alcohol en consonancia con el concepto de dependencia. La puntuación total puede variar de 0 a 47. Cuanto mayor sea la puntuación mayor será la

dependencia. El uso de la ADS se aplica sobre todo en muestras clínicas de adultos, aunque también ha sido utilizado en población general y contextos penitenciarios.

4.5.3. Instrumentos de evaluación en Patología Dual

A continuación se señalan los instrumentos que pueden utilizarse para evaluar los aspectos que integran la PD.

4.5.3.1. La Entrevista Clínica

La entrevista diagnóstica es uno de los principales instrumentos que permite llegar a un adecuado conocimiento del paciente y su problema, además de ser el punto de partida para realizar un diagnóstico e intervención terapéutica. La entrevista debe tener una naturaleza multidimensional que permita valorar el TUS y los trastornos asociados en diferentes aspectos. Se examinarán todos los aspectos que tengan que ver, con el motivo de la demanda, historia de consumo (tipo de sustancia, edad de inicio, frecuencia cantidad, forma de administración, periodos de abstinencia), así como todos aquellos aspectos que pudieran descartar o confirmar trastornos mentales asociados al consumo (antecedentes psicopatológicos y médicos y el papel etiológico que ha jugado el consumo en el desarrollo de la patología psiquiátrica, antecedentes psiquiátricos familiares y datos psicobiográficos relevantes). La situación familiar, social, laboral y legal, así como motivación también deben tenerse en cuenta a la hora de diseñar las condiciones de la intervención terapéutica.

A continuación, se describen algunas de las entrevistas más utilizadas en la evaluación de PD:

4.5.3.1.1. DIS “Diagnostic Interview Schedule”

Se trata de una entrevista estructurada de diagnóstico psiquiátrico, que fue utilizada en el estudio comunitario epidemiológico ECA y elaborada por Robins et al. (1981). Puede ser aplicada por entrevistadores poco experimentados. El tiempo de administración está entre los 90-120 minutos en personas consumidoras de sustancias y

diferencia entre trastorno inducido o no inducido, según la información que aporte el entrevistado o el juicio del clínico (Robins et al., 2000).

4.5.3.1.2. CIDI “Composite International Diagnostic Interview”

Esta prueba creada por un grupo de expertos de la OMS con el fin de adaptar los diagnósticos ofrecidos por la DIS a sus criterios diagnósticos. Puede ser aplicada por entrevistadores sin experiencia diagnóstica. Está basada en criterios DSM-IV y CIE-10. En 1998 se creó la WHO-CIDI por el ICPE y el WMH-Survey, versión mejorada que incluye varios módulos diagnósticos, con 22 secciones diagnósticas que valoran los siguientes trastornos (depresión mayor, manía, trastorno de pánico, fobia específica, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de abuso y dependencia de alcohol, nicotina y otras drogas, TDAH, trastorno oposicionista desafiante, desordenes de conducta, trastorno de ansiedad por separación, trastorno explosivo intermitente, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno premestruar, juego patológico, neurastenia, TP y trastornos psicóticos. Además valoran en cinco secciones aquellos aspectos importantes del sujeto (Kessler et al., 2004):

- Sección III: Trastornos físicos y del comportamiento.
- Sección IV: Tratamientos.
- Sección V: Factores de riesgo.
- Sección VI: Sociodemografía.
- Sección VII: Metodología.

El tiempo de aplicación es aproximadamente 75 minutos.

4.5.3.1.3. SCAN. “Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry”

Se trata de un conjunto de instrumentos creados por la OMS (1992) con el fin de diagnosticar trastornos mentales en la vida adulta. Las puntuaciones obtenidas generan diagnósticos CIE-10 y DSM-IV. Originalmente esta prueba es llamada PSE (Present State Examination) y desde la décima versión (PSE-10), el nombre aceptado ha sido

SCAN. Esta prueba está compuesta por 28 secciones y 1.872 ítems. En la aplicación se seleccionaran las secciones, según las características del usuario. Las secciones 11 y 12 están destinados a la medición de los trastornos por uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas respectivamente. No existen datos actuales sobre fiabilidad y validez de esta prueba en consumidores de sustancias (Torrens, Mestre, y Díaz, 2010).

4.5.3.1.4. SCID-IV “Structured Clinical Interview”

Consiste en una entrevista semiestructurada diseñada por First, Spitzer, Gibbon and Williams (1999a) que permite realizar diagnósticos según criterios DSM-IV o CIE-10. El tiempo de administración se sitúa entre una y dos horas y debe ser aplicada por profesionales con experiencia. Existen dos versiones: SCD-I (para valorar los trastornos del eje I) y la SCID-II (valora los trastornos del eje II). Permite realizar el diagnóstico de trastorno primario y el inducido por sustancias.

4.5.3.1.5. AUDADIS-IV “Disabilities Interview Schedule”

Entrevista estructurada del National Institute on Alcohol Abuse (NIAAA), que puede ser utilizada por profesionales poco expertos en estudios comunitarios. El tiempo de aplicación es aproximadamente de 1 a 2 horas. Usa criterios DSM-IV para el diagnóstico por uso de sustancias (trastorno por uso y dependencia de alcohol, sedantes, tranquilizantes, opiáceos excluyendo a la heroína y metadona, estimulantes, alucinógenos, cannabis, cocaína e inhalantes) y trastornos psiquiátricos (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno maniaco, trastorno hipomaniaco, trastorno de pánico con o sin agorafobia, trastorno de fobia específica y trastorno de ansiedad generalizada). Distingue entre trastorno independiente y trastorno inducido. Presenta índices de fiabilidad aceptables para el diagnóstico de abuso y dependencia del alcohol, trastorno depresivo mayor y trastorno distímico e índices pobres para los trastornos de ansiedad (Grant et al., 2003). Recientemente se están publicando investigaciones sobre la validez de la versión (AUDADIS-V) para los criterios diagnósticos del DSM-V (Grant et al., 2015; Hasin et al., 2015).

4.5.3.1.6. PRISM-IV“Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders”

La PRISM-IV (Hasin et al., 2003, adaptación española Torrens, Serrano, Astals, Pérez-Domínguez, y Martín-Santos, 2004) es el instrumento diseñado con criterios DSM-IV más utilizado en adicciones para el estudio de la comorbilidad en sujetos drogodependientes. Se trata de una entrevista estructurada capaz de diferenciar entre un trastorno mental primario, un trastorno mental inducido por sustancias y los efectos esperados durante la intoxicación o abstinencia. Este instrumento se caracteriza por los siguientes aspectos:

- Tiene en cuenta a lo largo de toda la entrevista variables como la frecuencia y duración de los síntomas, criterios de exclusión y guías de resolución en caso de dudas.
- Sitúa las secciones sobre alcohol y otras drogas al inicio de la entrevista.
- Permite hacer un seguimiento de la comorbilidad a través de una anamnesis más estructurada sobre el alcohol y otras drogas.
- Evalúa 20 trastornos del Eje I (trastorno por abuso de sustancias para el alcohol, cannabis, alucinógenos, opiáceos y estimulantes; depresión mayor, episodio maniaco, trastorno bipolar I, trastorno afectivo con síntomas psicóticos, episodio hipomaniaco, trastorno bipolar, II, distimia, trastorno ciclotímico; trastorno de pánico, fobia simple, fobia social, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de estrés postraumático; esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico no especificado; anorexia bulimia, trastorno por atracones) y 2 trastornos del Eje II (trastorno límite y TAP), además de trastornos inducidos por sustancias (depresión mayor, manía, psicosis, trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada).

El tiempo destinado para realizar la entrevista es aproximadamente dos horas, dependiendo de la complejidad de la historia clínica del evaluado. La fiabilidad test-retest de esta prueba se confirma para la mayoría de los diagnósticos de trastorno por dependencia a sustancias, para el trastorno depresivo primario e inducido, algunos de

los trastornos primarios de ansiedad, trastorno psicótico primario y los inducidos en los últimos doce meses, trastornos de la conducta alimentaria y para el trastorno límite y TAP (Torrens, et al., 2010).

4.5.3.1.7. PHQ “Patient Health Questionnaire”

Se trata de una versión autoadministrada del (PRIME-MD) “Primare Care Evaluation of Mental Disorders, (Spitzer et al., 1994) adaptación española de Diez-Quevedo, Rangil, Sánchez-Planell, Kroenke and Spitzer, (2001). Esta entrevista evalúa cuatro diagnósticos del DSM-IV:

1. Depresión mayor.
2. Trastorno de pánico.
3. Otros trastornos de ansiedad.
4. Bulimia.

También evalúa cuatro síndromes subumbrales:

1. Otros trastornos depresivos.
2. Abuso/dependencia de alcohol.
3. Trastornos somatomorfos.
4. Trastorno de la alimentación en atracones.

Esta prueba no ha sido validada en pacientes con TUS.

4.5.3.1.8. DALI “Dartmouth Assesment of Life Style Instrument “

Detecta el desorden por uso de drogas en pacientes con trastornos mentales severos. Los autores (Rosenberg et al., 1998) seleccionaron los mejores ítems de 10 instrumentos de cribado actuales y construyeron un nuevo instrumento. Es una entrevista de 18 preguntas, breve que muestra una buena detección de los trastornos por uso de alcohol, cannabis y cocaína. El tiempo de administración es de seis minutos. Las tres primeras preguntan miden riesgos y no se puntúan, las quince restantes componen dos subescalas una para el uso alcohol y la otra para la cocaína y cannabis. Las puntuaciones superiores a dos para el alcohol y de uno para otras drogas, implica un elevado riesgo de padecer un TUS. Esta prueba se ha utilizado en pacientes psiquiátricos agudos y crónicos ingresados por problemas legales.

CAPITULO 5

PATOLOGÍA DUAL Y ALCOHOL

5.1. Introducción

Según el informe mundial de la OMS (2014) existe una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, siendo uno de los factores de riesgo más comunes para el desarrollo de enfermedades infecciosas, no transmisibles y traumatismos. Este informe también hace hincapié en que más allá de las consecuencias sanitarias, el consumo nocivo de alcohol provoca pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto. El consumo patológico de alcohol, es un problema importante de salud en todo el mundo. Datos del 2012, informan que un 3.3% de personas murieron en el mundo por el consumo nocivo de alcohol.

En la conducta suicida, el consumo abusivo de alcohol supone un factor de riesgo para el suicidio, existiendo una tasa elevada de comportamientos suicidas y suicidios consumados en personas con este trastorno (APA, 2013). Según un meta-análisis realizado en 2004, las personas dependientes de alcohol tienen un riesgo diez veces mayor de suicidio consumado que aquellas personas sin dependencia a esta sustancia (Wilcox, Conner, & Caine, 2004).

EL DSM-5 define el trastorno por consumo de alcohol como una agrupación de síntomas de físicos y de conducta entre los que están la abstinencia, tolerancia y el deseo intenso de consumo. Diferencia entre el trastorno por consumo de alcohol de los trastornos inducidos, donde se situarían la intoxicación por alcohol y la abstinencia de alcohol. El curso de este trastorno es variable con periodos de remisión y recaída (APA, 2013).

La gran dificultad para mantener la abstinencia, y el riesgo de recaída supone una amenaza continua después de muchos años de abstinencia en el consumo de esta sustancia (Dawson, Goldstein, & Grant, 2007). Antes de los 14 años el consumo de alcohol predice un peor estado de salud en el futuro, además de asociarse con un mayor

riesgo para el desarrollo de dependencia y abuso en edades más tardías (Sartor, Lynskey, Heath, Jacob, & True, 2007), accidentes de tráfico y lesiones físicas (Cherpitel, 2013). Datos españoles informan de que se trata de la sustancia que menos peligrosa se percibe, y menos del 50% de los encuestados considera que tomar 5 o 6 copas durante un fin de semana puede producir problemas (EDADES, 2015).

De entre todas las sustancias, el alcohol es la que mayor “daño” causa a terceras personas del entorno del bebedor (Nutt, King, & Phillips, 2010). Este “daño” abarca desde el síndrome alcohólico fetal, experiencias traumáticas tempranas, hasta episodios de abuso, agresión y accidentes relacionados con la intoxicación (Guardia, 2012).

5.2. Epidemiología del Trastorno por Uso de Alcohol

Unos 23 millones de europeos al año presentan dependencia del alcohol (Rosón, 2008). En España, el alcohol sigue siendo una de las sustancias más consumidas por los estudiantes entre 14 y 18 años y adultos entre los 15 y 65 años, seguidas del tabaco, hipnosedantes y cannabis (ESTUDES, 2012; EDADES, 2015). El 78.3% de los encuestados manifestaron que habían consumido alcohol y dos de cada 10 personas se habían emborrachado durante el último año. El 15.5% entre los 15 y 65 años ha presentado un patrón de consumo perjudicial de alcohol en forma de atracón (Bingedriking), que produce un cuadro de intoxicación aguda y se relaciona con un mayor riesgo de lesiones, accidentes y agresiones. Este porcentaje sobre todo se concentra en adultos jóvenes entre 15 y 29 años. Así mismo, se inicia en edades tempranas, sobre los 16.7 años de media, siendo una de las sustancias junto al tabaco que más tempranamente se consume en nuestro país y que menos peligrosa se percibe (EDADES, 2015).

La gran facilidad de acceso al alcohol, su integración cultural, junto con el bajo precio y propiedades psicoactivas probablemente se relaciona con esta prevalencia tan elevada en nuestro país (Bravo de Medina, Echeburúa, y Aizpiri, 2007).

El 4.9% de los encuestados presentaría un consumo problemático de los cuales el 4.5% serían consumos de riesgo y un 0.4% una posible dependencia. El consumo intensivo de alcohol se asocia estadísticamente con el consumo de otras sustancias. En España, el 40.7% de consumidores de sustancias psicoactivas, consumen dos o más sus-

tancias estando el alcohol presente en el 90% de los casos de los consumos (EDADES, 2015).

Aunque el consumo de alcohol sigue siendo mayor en hombres (7.4% varones frente un 2.3% en mujeres) en las mujeres, existe una tendencia al aumento constante del consumo (OMS, 2014). Según los datos aportados por el estudio EDADES (2015), los últimos datos indican que los hombres realizan una mayor cantidad de ingesta de alcohol que las mujeres (83.2% frente a un 73.4% respectivamente). Los hombres presentan una mayor tasa en el consumo de alcohol, pero existen evidencias de que las mujeres pueden ser más vulnerables a los efectos nocivos de esta sustancia en comparación con los hombres, debido principalmente a una menor metabolización, ya que las mujeres tienen un menor nivel de agua y más grasa corporal en comparación con los hombres (OMS, 2014).

Los estudios epidemiológicos indican diferencias de género en cuanto al patrón de consumo en las diferentes sociedades. Aun así, las mujeres tienden a beber más en casa y a escondidas, de inicio más tardío en el consumo, en cuanto a la etiología del trastorno suelen tener más relevancia el fracaso de la vida afectiva, muestran una mayor incidencia que los hombres a experimentar trastornos psicossomáticos y depresión, con mayores conflictos de convivencia, mayor rechazo social y mayor resistencia a buscar tratamiento (Bravo de Medina, Echeburúa, y Aizpiri, 2008).

5.3. Comorbilidad Psicopatológica Asociada al Alcoholismo

En los últimos años la presencia de psicopatología en consumidores de sustancias es una de las áreas que más investigación ha generado (Pérez, de Vicente, García Romero, y Oliveras, 2008).

La OMS define el diagnóstico dual como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico (OMS, 1995).

Según estudios existen altas tasas de comorbilidad psiquiátrica en las personas dependientes de alcohol, en un rango entre el 30-75% (Ávila y González, 2007; Penick, et al., 1994; Tomasson & Vaglum, 1995). Otros datos indican que aproximadamente el 44% de los pacientes con problemas del consumo de alcohol admitidos a tratamiento presentan al menos un trastorno mental asociado (Inaba & Cohen, 2007).

Rodríguez-Jiménez, et al. (2008) encontraron que un 78% de pacientes psiquiátricos hospitalizados presentaba un diagnóstico de dependencia al alcohol.

Los diferentes estudios epidemiológicos como ECA, NESARC, NCS, y NCS-R sobre comorbilidad psiquiátrica han detectado diferentes trastornos que aumenta el riesgo de alcoholismo. Principalmente trastornos afectivos, de ansiedad y TP, además de otras adicciones, se presentan conjuntamente con un trastorno de dependencia al alcohol (Guardia, 2012).

Los diagnósticos psiquiátricos que se asocian con mayor frecuencia al consumo de alcohol es el trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad (APA, 2013), trastorno límite de la personalidad (Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin, & Burr, 2000; Verheul, et al., 2000), TAP (APA, 2013), además de otros trastornos adictivos y la manía (Pascual, Guardia, Pereiro, y Bobes, 2013).

En cuanto al sexo, estudios sugieren que el sexo femenino presentan una mayor probabilidad de comorbilidad psiquiátrica y sintomatología emocional, junto con un trastorno por consumo de alcohol, en comparación con hombres con este mismo trastorno de dependencia (Kerr-Correa, Igami, Hiroce, & Tucci, 2007; Mann, Hintz, & Jung, 2004; Nolen-Hoeksema, 2004; Landa, Fernández-Montalvo, López-Goñi, y Lorea, 2006; Zillberman, Tavares, Blume, & Guebaly, 2003).

El estudio epidemiológico NSC, indica que el 86% las mujeres con dependencia de alcohol y el 72.4% de las que presentan un diagnóstico de abuso desarrollan otro trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida (Kessler, et al., 1994, 1997).

Sánchez, Álvarez y Rodríguez (2012) compararon 100 pacientes alcohólicos con patología psiquiátrica con 284 pacientes sin ella, con el fin de estudiar la evolución a los dos años de tratamiento. Existe un porcentaje mayor de mujeres (47%) con PD en comparación con el porcentaje del sexo femenino (10.56%) de la muestra de alcohólicos sin PD. La tasa de recaída y abandono del tratamiento fueron mayores en el grupo de PD que en la muestra solo de alcohólicos. Los trastornos psiquiátricos más asociados al alcoholismo fueron los TP en un 30%, adaptativos con un 24%, trastornos depresivos con un 22%, de ansiedad con el 18%, esquizofrenia con un 11% y trastorno bipolar con el 9%.

En un estudio descriptivo realizado por Esper, Corradi-Webster, Carvalho y Furtado (2013) en 27 mujeres con diagnóstico de dependencia al alcohol que recibían tratamiento ambulatorio en una unidad psiquiátrica, informaron que el 76.2% tenía un diagnóstico psiquiátrico adicional al consumo principalmente los TP, trastornos de ansiedad y trastornos psicóticos.

Existen también altas tasas de comorbilidad de abuso y dependencia de alcohol en personas con otros TUS (Grant et al., 2004; Stinson et al., 2005). Diversos estudios sugieren una alta prevalencia de consumidores de alcohol y cocaína conjuntamente (Flannery, Morgenstern, McKay, Wechsberg, & Litten, 2004; Pastor, Llopis, y Baquero, 2003; Rousanville & Carroll, 1991).

Según un estudio realizado por Latvala et al. (2009) el 90% de las personas entre 15-35 años que abusan de drogas ilegales suelen presentar además un problema de consumo de alcohol. Además parece que la presencia de un trastorno de dependencia al alcohol aumenta la probabilidad de que se desarrolle otro TUS y viceversa (Goldstein, Dawson, & Chou, 2012; Schuckit, Smith, & Kalmijn, 2014; Teesson et al., 2010).

Langas, Malt and Opjordsmo (2012) encontraron diferencias significativas en Ansiedad Social utilizando el SCL90-R al comparar una muestra de pacientes con TP y consumo de sustancias con una muestra de pacientes solo con un diagnóstico de TP. Los síntomas afectivos y de ansiedad fueron los más destacables en la muestra de PD.

Bravo de Medina et al. (2008) analizaron la sintomatología clínica además de las dimensiones y TP, en función del sexo en un grupo de 158 pacientes con dependencia al alcohol. Se encontraron diferencias significativas en las variables Obsesión-Compulsión y Ansiedad fóbica del SCL90-R, presentando las mujeres una sintomatología psicopatológica más grave en comparación con los hombres, principalmente de tipo ansioso-depresiva.

Estos mismos autores, en un estudio previo describieron las características psicopatológicas y dimensiones de la personalidad de una muestra de pacientes dependientes de alcohol, comparándola con una muestra clínica de pacientes psiquiátricos sin adicción y otra muestra de controles sanos. Entre otras pruebas utilizaron el SCL90-R para medir sintomatología psicopatológica. Los resultados indicaron que los pacientes dependientes de alcohol y el grupo clínico presentaba una mayor sintomatología ansioso-depresiva que el grupo control sano (Bravo de Medina et al., 2007).

Pérez-Gálvez, De-Vicente-Manzanaro, García-Fernández, Romero-Escobar y Oliveras-Valenzuela (2008) determinaron la prevalencia de psicopatología en una muestra de 518 sujetos adictos al alcohol en tratamiento ambulatorio. Utilizaron el SCL90-R, para medir la psicopatología y realizaron comparaciones de los perfiles según el sexo de los pacientes. Los resultados mostraron una elevada prevalencia de psicopatología en la muestra entre un rango del 58.9%-81.3%, siendo esta superior entre las mujeres alcohólicas. El perfil presentado por estas refleja puntuaciones más elevadas en las escalas Psicoticismo, Obsesión-Compulsión, Ideación Paranoide, Sensibilidad interpersonal e Intensidad media de los síntomas (GSI). En ambos grupos se observó un perfil similar al presentado por la patología psicótica.

En cuanto al pronóstico de la adicción al alcohol, parece que puntuaciones altas en Sensibilidad Interpersonal, Ansiedad, Ansiedad fóbica e Índice global de severidad (GSI) están asociadas al riesgo de recaída (Lucht, Jahn, Barnow, & Freyberger, 2002), así como puntuaciones bajas en Ansiedad, Depresión y GSI se asocian a un mayor tiempo de abstinencia (Sander & Jux, 2006).

5.3.1. Trastorno por Uso de al Alcohol y Comorbilidad con Trastornos Afectivos y de Ansiedad

Existen estudios que informan que hasta un 76% de las personas con TUS presentan síntomas de ansiedad y un 79% de depresión (Burns & Teeson, 2002; Degenhardt, Hall, & Lynskey, 2001; Lubman, Allen, Rogers, Cementon, & Bonomo, 2007). Según Boschloo et al. (2011) esta co-ocurrencia de ambos trastornos específicamente con el alcohol no se da al azar.

Estudios en dependientes de alcohol informan de que estos presentan una baja autoestima (Hauser, Szczepanska, & Glodowska, 1994), son más ansiosos y depresivos con elevado neuroticismo, ansiedad y depresión (Chaudhury et al., 2010).

También el estrés durante mucho tiempo ha sido considerado como un antecedente del consumo de alcohol y como un factor importante en el desarrollo del abuso de alcohol y dependencia (Armelit, Todd, & Mohr, 2005; Cole, Tucker, & Freedman, 1991).

En cuanto al estilo de afrontamiento a la hora de hacer frente a situaciones estresantes, el estilo evitativo es el que se asocia con mayores niveles de consumo de alcohol (Moussas, Dandouti, Botsis, & Lykouras, 2006), consecuencias negativas (McCreary & Sadava, 1998) y recaídas (Waisberg, 1990).

La prevalencia de trastornos de ansiedad en dependientes de alcohol según estudios revisados pueden variar entre el 55-65% (Driessen, Meier, Hill, Wetterling, & Lange 2001; Tomasson & Vaglum, 1995), además de predecir un mal resultado en el tratamiento de la dependencia después de seis meses (Driessen et al., 2001).

Grant et al. (2004) informaron de los resultados en el estudio NESARC (2004) según el cual, el 33% de los pacientes que se encontraban en tratamiento por alcoholismo presentaban un trastorno de ansiedad independiente.

Existe una relación causal entre los trastornos de ansiedad y la dependencia al alcohol (Boschloo et al., 2011). La ansiedad puede jugar un papel importante tanto en el inicio como en el mantenimiento de la conducta adictiva del alcohol. Algunas personas utilizan el alcohol para aliviar síntomas de ansiedad que preceden al consumo. El diagnóstico preciso de trastornos de ansiedad es complicado ya que en alcohólicos los síntomas de ansiedad también pueden deberse a la abstinencia o estados de craving (Thevoset al., 1991). Los síntomas de ansiedad pueden llegar a convertirse en potentes estímulos condicionados que impulsarían a la persona dependiente de alcohol hacía un nuevo consumo. Por tanto, la presencia de un trastorno de ansiedad en pacientes alcohólicos abstinentes puede ser un importante factor de riesgo para la recaída en el consumo.

La investigación indica que la fobia social sería uno de los trastornos que precedería al alcoholismo sobre el resto de trastornos de ansiedad (Falk, Yi, & Hilton, 2008).

El trastorno de estrés post-traumático (TEP), es un trastorno también bastante asociado al consumo excesivo de alcohol. Estudios recientes indican que en la mayor parte de los pacientes, el consumo problemático de alcohol precede al TEP, indicando que el consumo excesivo de alcohol puede ser un factor de riesgo para la aparición de TEP en personas vulnerables (Cortes et al., 2013; Fetzner, McMillan, Sareen, & Asmundson, 2011).

En cuanto a la depresión, estudios indican una variabilidad en la prevalencia en alcohólicos entre el 24 y el 70% (Schneider et al., 2001). Estudios han reportado altas tasas de comorbilidad de depresión, trastornos de ansiedad y la dependencia del alcohol (Boschloo et al., 2011; Burns & Teesson, 2002; De Graaf, Bijl, Smit, Vollebergh, & Spijker, 2003; Echeburúa, Bravo de Medina y Aizpiri, 2008; Hasin, Stinson, Ogburn, & Grant, 2007; Kessler et al., 1997; Ross, 1995).

Schukitet al. (1997) encontraron que en pacientes dependientes de alcohol, existe un predominio de la depresión inducida por el alcohol en hombres, mientras que en mujeres dependientes es más probable encontrar trastornos depresivos independientes del consumo.

Algunos estudios sugieren que en mujeres la presencia de depresión parece ser un factor de riesgo para padecer un problema de uso de alcohol (Lorenzo, 1994; Petrakis, González, Rosenheck, & Krystal, 2002).

Los resultados obtenidos en el estudio NESARC en pacientes que presentaban un diagnóstico de depresión mayor, estimaron que un 14% presentaron trastorno por uso de alcohol a los 12 años de seguimiento, y de aquellos que presentaron antecedentes de trastorno depresivo mayor, el 40% presentaron un trastorno relacionado con el consumo de alcohol (Grant et al., 2004).

Según Sher et al. (2005) existe una mayor tasa de ideación suicida en sujetos con antecedentes de trastorno por uso de alcohol, al compararlos con sujetos que no presentan estos antecedentes.

En cuanto al componente genético, según recoge la investigación realizada, familiares de pacientes alcohólicos pueden tener mayor probabilidad de presentar trastornos depresivos y de ansiedad en comparación con los que no presentan antecedentes familiares de alcoholismo, siendo las tasas de prevalencia más altas en las mujeres (Raucher-Chéné et al., 2012). Algunos datos indican que los trastornos depresivos y de ansiedad predicen el consumo de alcohol (Marquenie et al., 2007) y otros por ejemplo, afirman que un 40% de los pacientes alcohólicos presentan un trastorno depresivo (Guardia, 2012).

Para realizar el diagnóstico diferencial entre un trastorno depresivo independiente y un trastorno depresivo inducido por alcohol, es necesario explorar la presencia del trastorno antes del inicio de la conducta adictiva, así como su presencia o no, en periodos prolongados de abstinencia, ya que la sintomatología depresiva puede ser aliviada con el alcohol (Casas, Pérez, Salazar, y Tejero, 1992; Santo-Domingo y Rubio, 2000;) y el alcohol en sí mismo también puede producir depresión (Casas y Guardia, 2002; Crum, Storr, & Chan, 2005; Feurlein, 1982; Marmorstein, 2009; Schuckit, Tipp, Bulcholz, Nurenberger, & Hesselbrock, 1997).

Otro trastorno afectivo como el trastorno bipolar, es uno de los trastornos psiquiátricos más asociados al alcoholismo, pudiendo ser considerado como un factor de riesgo para el desarrollo de consumo de sustancias (Guardia, 2012).

Estudios epidemiológicos NCS, ECA, NESARC, indican que sujetos diagnosticados de trastorno bipolar presentan una probabilidad cinco veces mayor de presentar un trastorno de abuso/dependencia por alcohol que aquellos que no presentan el diagnóstico de trastorno bipolar (Hasin, Goodwin, Stinson, & Grant, 2005; Kessler et al., 1994; Regier et al., 1990). En el estudio ECA los pacientes con trastorno bipolar tenían las tasas más altas de trastornos por uso de alcohol (46%) y de TUS (41%). Además, en este mismo estudio los pacientes con fases de manía presentaron seis veces mayores posibilidades de padecer un trastorno por uso de alcohol, que aquellos que no presentaron un diagnóstico psiquiátrico (Regier et al., 1990).

En el estudio posterior NSC, los pacientes con dependencia al alcohol, presentaban un riesgo significativo de padecer diagnóstico de manía a lo largo de su vida (Kessler et al., 1996).

En el estudio NESARC se estimó una prevalencia del 58% a lo largo de la vida de trastorno por uso de alcohol, en pacientes bipolares tipo I (Grant et al., 2004). Los síntomas maníacos o hipomaniacos aumentan el riesgo de dependencia tanto de alcohol como de benzodiazepinas (Merikangas et al., 2008). El alcoholismo también se asocia con una mayor tasa de intentos de suicidio en el trastorno bipolar (Potash et al., 2000). Ciclotímicos depresivos presentan una mayor sensibilidad interpersonal, evitación de relaciones, reactividad y labilidad emocional (Perugi, Toni, Traverso, & Akiskal, 2003).

Vyssoki et al. (2011) estudiaron el impacto del temperamento en el curso de la dependencia al alcohol. Los resultados indicaron que el temperamento ciclotímico incrementa la vulnerabilidad del desarrollo temprano del abuso y dependencia al alcohol.

El diagnóstico de trastorno bipolar en un paciente dependiente de alcohol puede pasar frecuentemente desapercibido, ya que suelen aparecer en forma de cuadros depresivos o mixtos cuando el paciente acude a tratamiento. Por ello es importante realizar

una historia clínica exhaustiva e indagar posibles episodios de manía e hipomanía en pacientes depresivos con dependencia al alcohol (Guardia, 2012).

5.3.2. Rasgos de la Personalidad y Trastorno por Uso de Alcohol.

Existe la hipótesis, de que la personalidad, determinada por la genética, en interacción con las experiencias ambientales tempranas juega un papel importante en el desarrollo de la conducta adictiva (Villafuerte y et al., 2012). Factores de riesgo genéticos representan aproximadamente el 40-60% del riesgo de desarrollar alcoholismo (Köhnke, 2008). Estudios sugieren, que en los consumidores de alcohol que desarrollan una dependencia a esta sustancia, existen factores genéticos como el endofenotipo “bajo nivel de respuesta al alcohol” (mayor sensibilidad al alcohol) , factores externalizantes como la impulsividad, búsqueda de sensaciones, y otros de tipo internalizantes como los síntomas depresivos y de ansiedad, que aumentarían el riesgo de desarrollo de la conducta adictiva (Hill et al., 2008; Schuckit, 2009; Schuckit, et al., 2011; Slutske et al., 2002; Yip et al., 2012).

Hasta la fecha diversas investigaciones han estudiado los rasgos de personalidad en pacientes con dependencia alcohólica (Baars, Müller, Gallhofer, & Netter, 2013; Boschloo et al., 2013; Bravo de Medina et al., 2005; Echeburua, Bravo de Medina, y Aizpiri, 2007; Magid, Maclean, & Coder, 2007).

En general, son escasos los trabajos que estudian los rasgos de la personalidad en pacientes duales, centrándose principalmente la investigación en la detección de los TP con fines epidemiológicos (Marquez-Arrico y Adan, 2013).

Estudios realizados con el Personality Factor Questionnaire 16PF (Catell, et al., 1970), intentan detectar que rasgos de la personalidad son los más prevalentes en adictos a alcohol (Brien, Kleiman, & Eisenman, 1972; Nerviano, 1976; Hart & Stueland, 1980; Lorr, Nerviano & Myhill, 1985; Ross, 1995).

Hart and Stueland (1980) intentan establecer una tipología en mujeres alcohólicas según rasgos de la personalidad. Analizan una muestra de 146 mujeres adictas al alcohol en tratamiento. Para ello, mediante los resultados obtenidos en el 16PF, obtie-

nen seis perfiles según los factores de la de la personalidad de Cattell. Todos ellos tenían en común el factor Ansiedad como rasgo.

Las dimensiones de la personalidad mayormente estudiadas en pacientes con trastornos adictivos son la Impulsividad y la Búsqueda de Sensaciones. La impulsividad haría referencia a una predisposición a realizar acciones rápidas y no reflexivas en respuesta a estímulos internos y/o externos a pesar de las consecuencias negativas que podrían tener éstas tanto para la misma persona como para terceros (Barratt, Barratt, Stanford, Kent, & Felthous, 1997). En Cuanto a la Búsqueda de sensaciones Zuckerman (1979) la define como una necesidad de experimentar variadas y complejas sensaciones y el deseo de correr riesgos físicos y sociales, por el simple deseo de vivir experiencias.

La impulsividad es uno de los rasgos de la personalidad que mayormente se asocia a las conductas adictivas. La impulsividad parece ser un factor de riesgo para el inicio temprano en el consumo de alcohol (Case, 2007). Al mismo tiempo los efectos del consumo crónico de alcohol, dificultan el control de la conducta y facilitan la aparición de comportamientos impulsivos (deWit, 2009).

Existen evidencias de que dimensiones de la personalidad como niveles elevados en búsqueda de sensaciones suponen factores de riesgo para el abuso de sustancias (Hittner & Swickert, 2006; Zuckerman, 1994), al igual que niveles bajos estarían asociados al mantenimiento de la abstinencia prolongada (Fein, Di Sclafani, & Finn, 2010).

Los pacientes dependientes de alcohol, muestran altos niveles de impulsividad, búsqueda de sensaciones (Broos et al., 2012; Dick et al., 2010; Echeburúa, Bravo de Medina, y Aizpiri, 2005; Echeburúa et al., 2007; Villafuerte et al., 2012) junto con elevada sintomatología ansioso-depresiva, y un 40% de TP principalmente de tipo dependiente, paranoide y obsesivo-compulsivo (Echeburúa et al., 2005, 2007).

La impulsividad como característica de la personalidad está claramente asociada al comportamiento agresión en consumidores de alcohol y otras drogas (Bjork, Homer, Grant, & Danube, 2004; Moeller, et al., 2002; Nielsen et al., 2012; Roozen, Wetering, & Franken, 2013). Altos niveles de impulsividad se asocian con un inicio precoz y una mayor gravedad del trastorno por consumo de alcohol (APA, 2013; Dom, D'haene,

Hulstijn, & Sabbe, 2006; Dougherty, Mathias, Tester, & Marsh, 2004) además de contribuir de manera significativa al riesgo de intentos de suicidios en pacientes dependientes de alcohol (Koller, Preuss, Bottlenter, Wenzel, & Soyka, 2002). Las intervenciones que mejoran el control de la conducta y disminuyen la desinhibición son eficaces en el tratamiento de esta dependencia (Crews & Boettiger, 2009).

Bravo et al. (2007) describieron dimensiones de la personalidad en una muestra de 158 pacientes dependientes de alcohol, al compararla con otra muestra psiquiátrica sin trastorno adictivo y una muestra no clínica. Una mayor impulsividad motora, búsqueda de sensaciones, así como una mayor desinhibición, destacaron en el grupo de alcohólicos frente a las otras muestras.

La mayoría de los trabajos realizados sobre rasgos de la personalidad en adictos siguen el modelo biológico de Cloninger a través del Inventario de Temperamento y Carácter TCI, 1993 (Mandelli et al., 2012; Lukasiewicz et al., 2009; Rae, Joyce, Luty, & Mulder, 2002). El modelo psicobiológico de Cloninger (1993), asume que el temperamento y carácter provocan emociones secundarias, importantes en el desarrollo de la personalidad, además de que las diferencias individuales en la estructura de la personalidad y del desarrollo tienen una fuerte influencia en todas las formas de psicopatología, incluida el abuso de alcohol (Cloninger & Svrakic, 1997).

Cloninger (1996) define la impulsividad como la coexistencia de cuatro rasgos temperamentales heredables, los cuales serían: alta búsqueda de la novedad, baja evitación del daño, baja persistencia y alta dependencia de la recompensa. Rasgos de la personalidad relacionados con la impulsividad como alta búsqueda de la novedad como la baja evitación del daño son frecuentes en pacientes dependientes de alcohol (Magid, et al., 2007).

Cloninger (1987) propone una clasificación del alcoholismo desde su modelo psicobiológico en donde la dependencia al alcohol se explicaría desde un aprendizaje neurobiológico.

Según esta clasificación habría dos tipos fundamentales de alcohólicos:

- Tipo I: de comienzo tardío a partir de los 25 años, con episodios esporádicos de pérdida de control sobre el consumo, con respuestas a influencias ambientales, sin predisposición previa ni conductas problemáticas asociadas y con predominio de dependencia psicológica más que física.
- Tipo II: de comienzo precoz, de rápida evolución, con mayor psicopatología comorbida, asociada con dimensiones de la personalidad como la búsqueda de sensaciones, impulsividad y escasa evitación del riesgo, predisposición familiar, asociado a conductas conflictivas y problemas judiciales. Según esta clasificación el TAP se asociaría con mayor frecuencia al Tipo II (Echeburúa et al., 2008).

Seguidamente al modelo de Cloninger, el estudio de los rasgos de la personalidad en pacientes adictos se realiza a partir del modelo de los 5 Grandes de McCrae y Costa (1992) utilizando el Inventario de Personalidad de los Cinco Factores NEO-FFI (Boschloo, et al., 2013;Reno, 2004).

En un estudio reciente realizado por Boschloo et al. (2013), el consumo de alcohol se asocia a la emociabilidad negativa, desinhibición, susceptibilidad al aburrimiento y búsqueda de la aventura. En su estudio intentan comprobar si los rasgos de personalidad asociados a la depresión y a la ansiedad como diagnóstico que precede al consumo de alcohol, son diferentes de los rasgos de la personalidad relacionados con el consumo de alcohol cuando este precede a los síntomas depresivos y ansiosos. Para ello se realizó un estudio de cohorte de adultos entre los 19-65 años, con evaluaciones al inicio del estudio, a los dos años y cuatro años de seguimiento con un total de 2.981 participantes en los Países Bajos, en el periodo comprendido entre 2004-2007. Los resultados indicaron que la emocionalidad negativa (neurosis, desesperanza, obsesión, preocupación y sensibilidad a la ansiedad), la impulsividad, desinhibición (fuertemente relacionada con el alcohol), susceptibilidad al aburrimiento y búsqueda de aventura se relacionaban con el consumo de alcohol.

Otras características de la personalidad como la baja tolerancia a la frustración como predictor de recaídas y rasgos neuróticos, también se han estudiado en dependientes de alcohol (Baars et al., 2013).

Bottlender and Soyka (2005) indican que los pacientes en seguimiento después del tratamiento que recaían, puntuaban más alto en neuroticismo que los que no estaban en recaída. Otros estudios sugieren que los dependientes de alcohol suelen ser extrovertidos, alegres despreocupados y atrevidos (Chaudhury et al., 2010; Kuntsche, Fischer, & Gmel, 2008; Ruiz, Pincus, & Dickinson, 2003).

El inventario de Millon (MCMI), también es una de las pruebas entre otras, que se han utilizado en para la investigación de las dimensiones y TP en pacientes alcohólicos (Belda –Ferri, Cortés-Tomás, y Tomás-Gradoli, 2010; Bravo de Medina et al., 2007; Fernández- Montalvo et al., 2006) destacando las escalas antisocial, dependiente y compulsivo en personas dependientes de alcohol.

Está demostrado que determinados rasgos de la personalidad en alcohólicos influyen significativamente en el tratamiento (Kuntsche et al., 2008).

En cuanto a la adherencia al tratamiento López-Goñi, Fernández-Montalvo y Arteaga (2011), estudiaron la adherencia al tratamiento de pacientes adictos y su relación con los rasgos de la personalidad, no encontrando evidencias consistentes para predecir un abandono temprano del tratamiento. El 68% de la muestra tenían un diagnóstico de dependencia al alcohol. Los resultados indicaron que el porcentaje de alcohólicos (38.5%) que abandonó el tratamiento fue superior en comparación con los adictos a otras sustancias.

Los rasgos de la personalidad en alcohólicos no están claros (Boschloo, et al., 2013)- Los diagnósticos de TP fiables en pacientes con trastorno por consumo de alcohol se deben realizar cuando el evaluador tiene claro que los síntomas comorbidos no pueden ser atribuidos a contextos de intoxicación, abstinencia u otros trastornos clínicos. El diagnóstico diferencial es difícil si la persona no deja de beber y sigue tomando otras sustancias.

5.3.3. Trastornos de la Personalidad asociados al Trastorno por Uso de Alcohol

La prevalencia de TP en pacientes ambulatorios consumidores de alcohol oscila entre el 40 y 64% (Echeburúa, Bravo de Medina, y Aizpiri, 2005; Echeburúa et al., 2007; Nurnberg, Rifkin, & Doddi, 1993; Zikos, Gill, & Charney, 2010) y en pacientes hospitalizados entre el 34 y 78% (DeJong, van den Brink, Harteveld, & van der Wielen, 1993; Driessen, Veltrup, Wetterling, John, & Dilling, 1998; Preus, et al., 2009). Existe una amplia variabilidad en las tasas de comorbilidad encontradas, dependiendo seguramente del tipo de instrumento de evaluación utilizado, así como el tipo de tratamiento en el que el paciente se encuentra en el momento de la investigación.

Uno de los TP más asociado al consumo de drogas es el trastorno límite de la personalidad (Pennay et al., 2011). Según el estudio NESARC el 5.6% de la población de EE.UU presenta un trastorno límite de la personalidad, distribuyéndose en un 5.6% para los hombres y un 6.2% para las mujeres (Grant et al., 2008). Las tasas de prevalencia del trastorno límite de la personalidad en adictos en tratamiento suele estar alrededor del 48.8-65% (Trull et al., 2000) y en el sexo femenino ronda sobre el 59% (Zanarini et al., 1998). La prevalencia del trastorno por consumo de alcohol en trastorno límite de la personalidad es dos veces mayor en comparación con otros trastornos de la personalidad (Walter et al., 2009). Se ha descrito la hipótesis de la existencia de un déficit de opioides en personas con trastorno límite de la personalidad, que explicaría las altas tasa de consumo de alcohol y opiáceos con la mejoría emocional que estas personas experimentarían con el consumo de estas sustancias (New & Stanley, 2010).

A pesar de las altas tasa de comorbilidad, se ha prestado poca atención a los tratamientos para estos pacientes con PD (Gianoli, Jane, O'Brien, & Ralevski, 2012). En cuanto al tratamiento psicológico solo se ha probado la Psicoterapia Dinámica Deconstructiva (DDP) en pacientes con trastorno límite de la personalidad y trastorno por consumo de alcohol, asociándose con un menor uso de alcohol y una mayor adherencia al tratamiento (Gregory et al., 2008).

En relación al sexo, en hombres suele darse más el TAP y dependencia al alcohol, mientras que las mujeres suelen presentar trastornos afectivos, de ansiedad, y de alimentación asociados al trastorno límite de la personalidad (Grant et al., 2008).

Bravo de Medina et al. (2008) encontraron una prevalencia significativamente más alta de trastorno paranoide y narcisista en hombres, al compararlo con un grupo de mujeres en una muestra de pacientes con dependencia al alcohol. Las mujeres principalmente mostraban TP del clúster C (ansioso-temeroso) y en hombres los más prevalentes pertenecían al clúster B (dramáticos, emocionales y erráticos).

Otros TP como el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (DeJong et al., 1993; Echeburúa et al., 2007; Preuss, Johann, & Fehr, 2009; Zikos, Gill, & Charney, 2010), Paranoide (Echeburúa et al., 2007; Preuss et al., 2009), Narcisista (Preuss, et al., 2009 ; Zikos, 2010), Histriónico (DeJong et al., 1993), Pasivo-agresivo (Fernández-Montalvo, Landa, López-Goñi, Lorea, y Zarzuela, 2002) y Dependiente (DeJong et al., 1993; Echeburúa et al., 2007), también se han encontrado en muestras de alcohólicos. En cuanto al trastorno orgánico de la personalidad, este suele ser secundarios a trastornos cráneo-encefálicos, asociados frecuentemente al alcoholismo (Guardia, 2012).

La dependencia al alcohol también se asocia a rasgos y al TAP (Preuss et al., 2009; Sclafani, Finn, & Fein, 2007; Wagner, Krampe, & Stawicki, 2004). El TAP se caracteriza por la impulsividad, violencia, falta de honestidad y de respeto hacia los demás, problemas para controlar el consumo de sustancias, además de otros rasgos. Aunque el alcoholismo puede inducir a comportamientos antisociales, el diagnóstico de trastorno disocial en la infancia y adolescencia sería un requisito imprescindible para diferenciar el TAP que aparece junto a un trastorno por consumo de alcohol, del comportamiento antisocial inducido por la dependencia de alcohol (Guardia, 2012).

Otros datos indican que los trastornos antisocial, límite, narcisista y esquizotípico parecen favorecer el mantenimiento de la dependencia de alcohol, después de tres años según el estudio NESARC (Hasin et al., 2011).

La comorbilidad del alcohol con los TP en población española varían entre el 30 y 80% (Bravo de Medina et al., 2007; Martínez-González, Graña, y Trujillo, 2009; Sánchez et al., 2012)

Los TP antisocial, dependiente e histriónico parecen estar asociados con mayor frecuencia al consumo de alcohol y drogas (Evren, Kural, & Erkiran, 2006; Grant et al., 2006).

Langas et al. (2012) estudiaron la prevalencia de TP en una muestra de 61 pacientes con TUS encontrando un 46% de TP, preferentemente del clúster B, siendo el trastorno antisocial y límite los más prevalentes dentro de la muestra con un porcentaje del 16% y el 13% respectivamente.

Fernández-Montalvo et al. (2002) analizaron una muestra de 70 pacientes con dependencia al alcohol en tratamiento ambulatorio. El objetivo de este estudio fue realizar una descripción de los TP que aparecen con mayor frecuencia en el alcoholismo. Utilizando el MCMI-II de Millon, los resultados informaron que el 62.8% de los pacientes presentaban al menos, un TP. El observado con mayor frecuencia fue el pasivo-agresivo en un 34.1%, seguido del TAP y dependiente en un 20.45% de los casos. En cuanto al sexo las mujeres puntuaron significativamente más alto con respecto a los hombres, en el trastorno obsesivo-compulsivo.

Pedrero, Puerta-García, Lagares- Roibas y Sáez-Maldonado (2003) en un estudio de prevalencia e intensidad de TP en drogodependientes, utilizando el MCMI-II informaron de la presencia del trastorno, histriónico, antisocial y agresivo-sádico como los trastornos más frecuentes en el grupo de alcohólicos estudiados.

Se observa una amplia heterogeneidad en cuanto al tipo de TP, sin que hoy en día haya un acuerdo a la hora de establecer el que se asocia con mayor frecuencia a la dependencia de alcohol.

Fernández- Montalvo, Landa, López-Goñi y Lorea, (2006) describieron los TP más frecuentes en el alcoholismo en una muestra de 50 pacientes alcohólicos comparándolos con 55 sujetos de la población general. La tasa de TP en la muestra de alcohol utilizando el MCMI-II fue del 52% frente a un 18.1% en la muestra no clínica, siendo el trastorno dependiente el más prevalente en el grupo de alcohol con un 16%.

Echeburúa et al. (2008) analizaron en una muestra de 158 sujetos diagnosticados de dependencia alcohólica las dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y TP en función de la clasificación tipo I y II del alcoholismo de Cloninger. Para ello, entre otras pruebas utilizaron el SCL-90-R y el Examen Internacional TP (International Personality Disorders Examination, IPDE) de Loranger (1995), para medir las características psicopatológicas y TP respectivamente. Los resultados indicaron que la muestra global obtenía puntuaciones moderadas en las escalas del SCL-90-R y altos porcentajes de TP en ambos grupos, sobre todo el grupo de alcoholismo tipo II en un 63.5% de los casos, además de ser más impulsivos y buscadores de sensaciones. Los TP más frecuentes encontrados en el grupo tipo II fueron el trastorno obsesivo-compulsivo, narcisista, paranoide y antisocial.

5.3.4. Otros Trastornos Psiquiátricos Asociados al uso de Alcohol

Además de los comentados hasta el momento existen otros trastornos que frecuentemente se asocian y están presentes junto con un trastorno de dependencia al alcohol, entre ellos destacamos los siguientes:

5.3.4.1. Deterioro Cognitivo

El deterioro cognitivo es una de las consecuencias más frecuentes asociadas a un consumo problemático de alcohol. Principalmente afecta a la memoria, capacidad de razonamiento, aprendizaje, funciones ejecutivas, visoespaciales y de razonamiento psicomotor (Guardía, 2012). Parece que a partir de 12 gr de alcohol al día, aumenta el riesgo de deterioro cognitivo sobre todo en mujeres en comparación con personas no consumidoras (Lobo et al., 2010).

5.3.4.2. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

El TDAH a en la infancia ha sido asociado a un mayor riesgo de abuso de alcohol y drogas (Sullivan & Levin, 2001), encontrando algunos autores esta relación solo cuando en la infancia existe evidencias de la presencia de un trastorno disocial (Molina & Pelham, 2003; Molina, Pelham, Gnagy, Thompson, & Marshal, 2007).

Molina et al. (2007) realizaron un estudio en adolescentes y jóvenes entre 15 y 25 años diagnosticados de TDAH y trastorno disocial en la infancia. Los resultados indicaron que el TDAH en la infancia predijo abuso de alcohol en los adolescentes entre 15 y 17 años. En cambio el trastorno disocial predijo abuso de alcohol tanto en los adolescentes como en los jóvenes de 18 a 25 años.

La prevalencia de TP sobre todo el TAP en pacientes alcohólicos con TDAH suele ser elevada (Ohlheimer et al., 2007).

Knop et al. (2009) indicaron que la presencia de TDAH, y alteraciones de conducta en niños es un predictor frecuente para un trastorno de dependencia al alcohol posterior.

5.3.4.3. Trastornos Psicóticos

Trastornos psicóticos como la esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos, trastorno bipolar o depresión mayor con síntomas psicóticos presentan frecuentemente comorbilidad con el trastorno de dependencia al alcohol (Guardía, 2012). En un meta-análisis acerca de la prevalencia de trastornos por uso de alcohol en trastornos psicóticos se encontró que la prevalencia de los trastornos por abuso/dependencia de alcohol a lo largo de la vida se situaba alrededor del 20% (Koskinen, Löhonen, Koponem, Isohanni, & Miettunen, 2009).

La presencia conjunta de ambos trastornos repercutirá en la evolución clínica y pronóstico del paciente con trastorno psicótico y dependencia al alcohol. El consumo de alcohol agrava la sintomatología positiva y negativa y al mismo tiempo esta puede favorecer el mantenimiento de la conducta adictiva (Potvin, et al., 2007; Strakowski, Tohen, Laum, & Amador, 1994).

Además de las consecuencias comentadas, en este tipo de pacientes suelen estar afectadas muchas áreas vitales ya que presentan un mayor riesgo para el consumo de otras sustancias, problemas médicos, sociales, una menor adherencia al tratamiento, un mayor número de recaídas y reingresos psiquiátricos (Bagney, Peñas Del Pino, y Rodrí-

guez-Jiménez, 2010). Por ello es importante a realización de un buen diagnóstico y abordaje terapéutico en este tipo de pacientes.

CAPITULO 6

PATOLOGÍA DUAL Y COCAÍNA

6.1. Introducción

En el DSM-V, el trastorno por uso de cocaína estaría descrito dentro de los trastornos por consumo de estimulantes. Principalmente se caracterizaría por presentar tolerancia a través de su uso repetido y síndrome de abstinencia (hipersomnolia, disforia y aumento de apetito) que intensificarían el deseo de la sustancia o craving. El clorhidrato de cocaína es la forma más común y la forma de administración suele ser esnifada a través de las fosas nasales o disolviéndola en agua e inyectada por vía intravenosa. Es un potente estimulador del Sistema Nervioso Central. A dosis altas es más probable la aparición de ansiedad temporal intensa, ideación paranoide, y episodios psicóticos. La abstinencia se suele asociar a síntomas depresivos intensos (APA, 2013). El consumo de cocaína en EE.UU se ha ido generalizando, de manera que ya afecta a una amplia gama de estratos socioeconómicos y grupos culturales. Actualmente existe una prevalencia del trastorno por consumo de cocaína en EE.UU del 0.2% entre los adolescentes de 12 a 17 años y del 0.3% entre personas mayores de 18 años (APA, 2013).

En España, parece que existe una tendencia a la disminución continua de la demanda a tratamiento por consumo de cocaína (EDCDDA, 2014).

Las personas con trastornos por consumo de sustancias son un grupo de riesgo en cuanto a la presencia de pensamientos y conductas suicidas. En particular el consumo de cocaína es considerado como un factor de riesgo importante (Burge, Felts, Chenier, & Parrillo, 1995; Cornelius et al., 1998).

En un estudio realizado en EE.UU con 462 mujeres con dependencia a cocaína concluyó que el 50% de la muestra cumplen al menos uno de los criterios de riesgo suicida y el 32% informó de un intento de suicidio (Vaszari, Bradford, O'Leary, Abdallah, & Cottler, 2011).

Son frecuentes los tratamientos de corte cognitivo conductual para personas con adicción a la cocaína. Los grupos principalmente de prevención de recaídas suelen ser eficaces y los que mayor evidencia científica han demostrado (Secades-Villa et al., 2007).

6.2. Epidemiología del Consumo de Cocaína.

6.2.1. Consumo de Cocaína en Europa

La cocaína es la droga estimulante ilegal más consumida en Europa. Constituye un importante problema de salud pública. El consumo habitual de cocaína se ha asociado a problemas de salud cardiovasculares, neurológicos y mentales, accidentes y elevado riesgo de dependencia. Además el consumo por vía parenteral y el consumo de crack se asocian a enfermedades más graves incluidas las de transmisión infecciosa.

Según el informe EMCDDA (2014) el 4.2 %, 14.1 millones de adultos europeos entre 15 y 64 años han consumido cocaína en algún momento de su vida. Un 0.9% de adultos y un 1.7% de adultos jóvenes consumieron cocaína en el último año. La cocaína es el estimulante preferido en los países meridionales y occidentales de Europa. Los 22 años, es la edad media del primer consumo y la edad media para ponerse en tratamiento no es hasta los 34 años. Los hombres suelen ser los mayores consumidores en una proporción del 84% frente a un 16% de mujeres consumidoras. La vía de administración principalmente es esnifada en el 64% de los casos y el 30% presentan una frecuencia de consumo de dos a seis veces por semana. En cuanto a datos de mortalidad en 2012, diecinueve países notificaron muertes relacionadas con el consumo de cocaína identificándose unos 500 casos.

6.2.2. Consumo de Cocaína en España

Según la encuesta (EDADES, 2015) los datos recogidos en 2013, el 2.2% de la población general residentes en España entre 15 y 64 años han consumido cocaína en los últimos 12 meses, existiendo una tendencia descendente desde 2005. Los datos recogidos en 2013 han disminuido un 0.1 en comparación con los resultados recogidos en 2011. Los hombres siguen siendo mayores consumidores de cocaína con respecto a las

mujeres (3.3% frente 0.9% de cocaína en polvo). La proporción de consumidores entre los hombres es 3.5 veces mayor que la observada entre las mujeres en los últimos doce meses. La edad de consumo preferentemente de consumo se sitúa entre los 18 y 64 años. Concretamente la edad media de inicio de la cocaína en polvo se situaría entre los 21.3 años y la cocaína en base sobre los 23.2 años. La cocaína es la segunda sustancia después del cannabis que se asocia al consumo excesivo de alcohol. En 2013, se iniciaron en el consumo de cocaína un total de 38.551 personas de las cuales 21.784 fueron hombres y las 16.767 mujeres. Baja la percepción de riesgo y disponibilidad con respecto a 2011.

En población más joven, según la encuesta (ESTUDES, 2012/2013) un 2.2% de estudiantes entre 14 y 18 años han consumido cocaína en el último año. Los hombres consumen mayoritariamente en un 3.4% frente a un 1.6% de mujeres. La edad media de inicio del consumo de cocaína se situaría en los 15.5 años. Existe una tendencia descendente del consumo de cocaína en este grupo de edad desde 2004. La cocaína es la segunda sustancias después del cannabis que mayormente se asocia al consumo de alcohol excesivo (BingeDrinking). Aunque es una de las sustancias que mayor riesgo se percibe (ESTUDES 2012/2013). En España el 40.4% de los consumidores de cocaína reinician el tratamiento y un 42.5% lo inician por primera vez en 2012 (EMCDDA, 2014).

6.3. Cocaína y Comorbilidad Psicopatológica

Existe una elevada presencia de trastornos psicopatológicos asociados al consumo de cocaína, con una amplia literatura disponible al respecto (Campbell & Stark, 1990; Fernández-Montalvo, Lorea, López-Goñi, y Landa, 2008; López y Becoña, 2006a; Rounsaville et al., 1991). Los trastornos del estado de ánimo, los TP, de ansiedad y el consumo de alcohol son los más frecuentes según estudios en pacientes dependientes de cocaína (Araos et al., 2014; López y Becoña, 2007).

El consumo de cocaína además de provocar adicción, posee una elevada toxicidad orgánica afectando a una gran variedad de órganos e incluso pudiendo provocar la muerte. Entre las complicaciones más frecuentes de su uso destacan las alteraciones cardiovasculares (arritmias, infartos agudos de miocardio e ictus), alteraciones neurológicas (cefaleas, convulsiones, isquemias vasculitis, alteraciones motoras etc.), gastroin-

testinales (perforación intestinal, etc...), hepáticas, pulmonares (complicaciones de vías aéreas superiores, perforación del tabique nasal, hemorragias pulmonares, etc...), fallos renales agudos, alteraciones endocrinas y abortos espontáneos en mujeres embarazadas entre otras (Balcells-Oliveró, 2001).

Además de lo descrito anteriormente, cada vez está cobrando mayor interés la evaluación de la psicopatología asociada al consumo de cocaína, con el fin de detectar las repercusiones en el tratamiento de pacientes con este trastorno adictivo (Ochoa, 2000; Swendsen & Merinkangas, 2000). A pesar de este interés los estudios sobre la asociación entre psicopatología y consumo de cocaína son escasos, siendo la mayoría de ellos descriptivos sin establecer hipótesis causales sobre esta asociación (López y Becoña, 2006a).

El estudio ECA, indica que el 76.1% de los sujetos con abuso o dependencia a la cocaína tienen un trastorno mental asociado (Regier et al., 1990).

En un estudio reciente, Araos et al. (2014) analizan una muestra de 110 consumidores de cocaína, encontrando una prevalencia de comorbilidad psicopatológica del 61.8% a lo largo de la vida. Entre la psicopatología encontrada destacaron los trastornos del estado de ánimo (34.5%), trastornos de ansiedad (22.7%) y trastornos psicóticos (15.5%).

En otro estudio realizado en nuestro país sobre la prevalencia de PD en la Comunidad de Madrid, se estimó que el 73.4% de los adictos a la cocaína tenían un trastorno dual (Arias et al., 2013). En este estudio compararon un subgrupo de adictos a la cocaína (n=488) con otros adictos sin trastorno de abuso o dependencia a cocaína (n=222). Los resultados indicaron diferencias significativas para la presencia de trastorno por estrés postraumático, TAP y trastorno depresivo en el grupo de adictos a la cocaína. El 94.4% de los adictos a cocaína analizados también presentaban criterios de adicción a otras sustancias, principalmente de alcohol (75%), cannabis (56.6%) y opiáceos (35.9%).

Fernández-Montalvo et al. (2008) estudiaron la comorbilidad psiquiátrica en 60 pacientes adictos a la cocaína, presentando un perfil de consumo y de las características psicopatológicas asociadas y compararon la muestra de adictos con una muestra normal y otra psiquiátrica. La muestra estudiada se caracterizó por presentar un consumo importante de cocaína además de consumo simultáneo de alcohol y por la presencia de numerosa sintomatología psicopatológica, sobre todo ansioso-depresiva y obsesiva-compulsiva, aunque no superior al compararla con población psiquiátrica.

El SCL90-R es una de las pruebas que se han utilizado con frecuencia para evaluar psicopatología y sintomatología en pacientes adictos a cocaína (Campbell & Stark, 1990; Castaneda, 1994; Kleinman et al., 1990; Rose, Brown, & Haertzen, 1989; Weiss, Mirin, Griffin, & Michael, 1988).

Pedrero, Puerta, Segura y Martínez, (2004) utilizaron el SCL90-R en una muestra de consumidores de sustancias de los cuales 55 eran adictos a cocaína, e indicaron que las escalas Ansiedad, Hostilidad, Ideación paranoide, Psicoticismo y PST, son en las escalas que mayores puntuaciones obtuvieron al compararlos con otros grupos de adictos.

Karlsgodt, Lukas and Elman (2003) analizan una muestra de 36 sujetos adictos de cocaína, con el objetivo de analizar la relación entre estrés psicosocial y adicción. Además evaluaron la presencia de sintomatología depresiva. Los resultados indicaron que los niveles altos de estrés afectan al curso del consumo siendo la sintomatología depresiva superior en los pacientes con elevado estrés.

Sánchez, Tomas y Morales (2000) miden la sintomatología en una muestra de 35 sujetos con abuso de cocaína comparándolas con una muestra no clínica. Para ello utilizan el BSI: Inventario breve de síntomas (Derogatis, 1975), versión reducida del SCL-90-R. En los resultados destacan las escalas ideación paranoide, obsesión-compulsión, ansiedad, depresión, y hostilidad en el grupo de cocainómanos. Los autores obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas entre el grupo de consumo y la muestra no clínica, excepto en somatización, obsesión-compulsión y sensibilidad interpersonal. En otro estudio realizado compararon grupos de distintos consumido-

res utilizando esta misma prueba no encontrando diferencias significativas entre ellos (Sánchez- Hervás, Gradili, y Morales, 2001).

Campbell and Stark (1990) estudiaron la sintomatología de varios grupos de consumidores en tratamiento ambulatorio utilizando el SCL-90-R, obteniendo diferencias significativas en sensibilidad interpersonal, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo. Concretamente, en los consumidores de cocaína las escalas ideación paranoide y hostilidad fueron en las que mayores puntuaciones se obtuvieron.

Rose et al. (1989) evaluaron una muestra mediante la comparación de 33 sujetos en tratamiento por abuso de cocaína, con otra muestra de abuso sin tratamiento. Utilizaron el SCL-90-R para comparar sintomatología destacando en los resultados puntuaciones altas en las escalas Ansiedad y Hostilidad principalmente en la muestra en tratamiento obteniendo diferencias significativas entre ambos grupos.

6.3.1. Trastornos Afectivos y Consumo de Cocaína

Estudios indican una presencia elevada de trastornos afectivos en consumidores de cocaína (O` Leary et al., 2000; Rounsaville et al., 1991; Weiss, Miri, Michael, & Sollogub, 1986).

Roseblum et al. (1999) intentan analizar la relación temporal entre el consumo de cocaína y el trastorno del estado de ánimo, diferente a la distimia. También evalúan la presencia y gravedad del trastorno afectivo en periodos de abstinencia. Para ello analizan un muestra de 67 sujetos adictos de cocaína, dentro de una muestra más amplia (n=187) de otro estudio que pretende evaluar la eficacia de un tratamiento. Los resultados indican que el 27% de los casos, el trastorno afectivo es independiente del consumo de cocaína. Además los sujetos con trastorno afectivo y consumo de cocaína, presentaron más probabilidad de abuso de alcohol.

Rounsaville et al. (1991) compararon una muestra de 298 adictos a cocaína con adictos a opiáceos. Entre otros resultados, los trastornos afectivos fueron los más prevalentes en la muestra de cocaína con un 44.3% en el momento de la evaluación y un 60.7% a lo largo de la vida.

Weiss, Miri, Michael and Sollogub (1986) analizaron una muestra de 30 sujetos con adicción a la cocaína en tratamiento hospitalario. Los resultados indicaron que un 53.3% de los sujetos presentaron trastornos afectivos en concreto un 20% depresión mayor, un 16.7% trastorno ciclotímico, un 6.7% trastorno bipolar y finalmente un 10% depresión atípica.

6.3.1.1. Trastornos Depresivos

Se estima una prevalencia entre el 25 y 61% de trastornos depresivos en pacientes adictos de cocaína (Ochoa, 2000; Robins et al., 1984; Rounsaville et al., 1991). Estos pacientes suelen ser de mayor edad, con una mayor prevalencia de trastornos de personalidad, policonsumo, mayor ideación autolítica, peor adherencia al tratamiento y en general un bajo funcionamiento global (Ochoa, 2000).

En un metanálisis realizado por Conner, Piquart and Hollbrook (2008) se concluye que existe una relación entre trastornos depresivos y consumo de cocaína. Un 57% de los sujetos con sintomatología depresiva grave presentaron consumo de cocaína, en concreto esta sintomatología grave del trastorno depresivo se daba mayormente en mujeres.

La evaluación y diagnóstico del trastorno depresivo en adictos a cocaína no resulta fácil ya que la sintomatología depresiva puede deberse a la intoxicación y abstinencia de esta sustancia. Los pacientes sobre todo al inicio, cuando consultan por la sintomatología depresiva pueden mostrarse reacios a mencionar el consumo de cocaína por diversos motivos. Una entrevista individual donde se realice una anamnesis detallada de la historia clínica es indispensable para realizar el diagnóstico. No obstante, el primer paso para realizar el diagnóstico independiente es el mantenimiento de la abstinencia durante las primeras semanas para fijar el origen de los síntomas. La historia clínica y la existencia de episodios depresivos anteriores en épocas de no consumo sería también un indicador de trastorno depresivo independiente.

Se ha observado que los pacientes con trastornos depresivos presentan mayores deseos de consumo, sintomatología de abstinencia más grave y una mayor sensación de euforia que los pacientes dependientes sin trastornos depresivos, con una tendencia a la

automedicación en el uso de la cocaína en depresiones con elevada sintomatología negativa. También se ha observado una mayor intensidad en los efectos fisiológicos producidos por el consumo en pacientes con trastornos depresivos y trastorno por consumo de cocaína. Estos pacientes también tienen mayor probabilidad de presentar a lo largo del curso de su patología algún ingreso psiquiátrico, aparición de sintomatología psicótica, mayor riesgo autolítico e ideación suicida con alteraciones de conducta (Newton, Kalechtein, Tervo, & Ling, 2003; Sufuoglu, Brown, Babb, & Hutsukami, 2001; Uslaner, Kalechtein, Richter, Ling, & Newton, 1999).

En relación al tratamiento no se disponen de evidencias empíricas consistentes existiendo una mayor eficacia del tratamiento psicosocial y pocos estudios han demostrado la eficacia de la terapia cognitivo conductual en pacientes con trastornos depresivos en dependientes a cocaína. Según resultados se recomienda la aplicación de un tratamiento combinado de terapia psicológica y tratamiento psicofarmacológico (Ripoll, Álvaro, y Knecht, 2008).

6.3.1.2. Trastorno Bipolar

En los trastornos bipolares el abuso de cocaína es más frecuente en fases hipomaniacas y maniacas que en fases depresivas (Calabrese et al., 2001). Según estudios la prevalencia del consumo de cocaína en pacientes bipolares se sitúa entre el 4.7% y 24.2% (Cassidy, Ahearn, & Carroll, 2001; Weiss, Mirin, Griffin, & Michael, 1988).

Algunos estudios indican que los TUS son significativamente más prevalentes en pacientes con trastornos afectivos graves que además presentan un trastorno de ansiedad, si se comparan con pacientes con trastornos afectivos sin trastornos de ansiedad asociados. En un estudio con 33 pacientes bipolares, presentaron mayor gravedad en el consumo de cocaína aquellos que presentaban un trastorno de pánico comorbido al trastorno bipolar, en comparación con los que no presentaban el diagnóstico de pánico (Goodwin, et al., 2002).

En los pacientes que presentan un trastorno bipolar junto con un TUS, se observa una menor respuesta a los tratamientos farmacológicos, un mayor número de hospitalizaciones y peor funcionamiento social (Hoblyn, Balt, Woodard, & Brooks, 2009). En

adolescentes con trastorno bipolar, el consumo de cocaína es una de las sustancias que incrementan la probabilidad de intentos de suicidio (Kelly, Cornelius, & Lynch, 2002).

6.3.2. Trastornos de Ansiedad y Consumo de Cocaína

Independientemente de los síntomas de ansiedad que aparecen durante el consumo o ante el deseo de este, los trastornos de ansiedad que más se han asociado al consumo de estimulantes y especialmente al de cocaína han sido el trastorno de estrés post-traumático y los ataques de pánico (Cottler, Compton, Mager, Spitznagel, & Janca, 1992; McDermott, Tull, Gratz, Daughters, & Lejuez, 2009). El estrés se asocia a un mayor deseo de consumo y riesgo de recaída en adictos a la cocaína (Fox et al., 2005).

Poole (2015) analizó una muestra de 321 adictos a cocaína indicando una prevalencia del 12% de trastorno de estrés postraumático, un 8% de trastorno de pánico y un 8% de trastornos de ansiedad generalizada. Los trastornos depresivos también eran prevalentes en la muestra en un 21%.

O'Leary et al. (2000) examinaron el papel de la ansiedad en 108 pacientes adictos a cocaína que se encontraban bajo tratamiento ambulatorio. Utilizaron el Structured Clinical Interview for DSM-III-R: SCID-P - Patient Edition SCID-P (Spitzer, Williams, Gibbon, Michael, & First, 1990) para evaluar los trastornos afectivos y el Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo STAI (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970) para los niveles de ansiedad. Los resultados indicaron que el 78.2% presentaron trastornos afectivos en algún momento de su vida y que la ansiedad estado disminuye a lo largo del tratamiento. Las altas puntuaciones en ansiedad rasgo se asociaron a mayores consecuencias negativas asociadas al consumo.

Myrick, and Brady (1997) evaluaron las características y prevalencia de fobia social en 158 sujetos adictos a cocaína que demandaban tratamiento. Los resultados indicaron una prevalencia del 13.9% de fobia social en la muestra, con mayor probabilidad de presentar otros trastornos de ansiedad, policonsumo e ideación paranoide inducida.

6.3.3. Consumo Asociado de Alcohol y Cocaína

Existe una alta prevalencia de adictos al alcohol y cocaína de forma conjunta (Flannery et al., 2004). El consumo conjunto de ambas sustancias genera un metabolito llamado cocaetileno que incrementa la toxicidad, provocando cuadros clínicos más graves que ambas sustancias por separado (Belda-Ferri et al., 2010). La presencia de cocaetileno en el organismo se asocia a una mayor probabilidad de convulsiones, problemas cardiacos, hepáticos, inmunológicos y mayor probabilidad de muerte súbita (Andrews, 1997). Parece que cuando el alcohol es previo al consumo de cocaína las concentraciones de cocaetileno son significativamente mayores que cuando el consumo de cocaína es anterior al de alcohol (Pérez-Reyes, 1994).

Estos pacientes se diferencian de los adictos únicamente a cocaína en las siguientes características (Pastor et al., 2003):

- Perciben un mayor control sobre el consumo, especialmente a la ingesta de alcohol.
- Presentan un diagnóstico de abuso/dependencia al alcohol, en cambio perciben problemas con la cocaína pero no con el alcohol.
- Incrementan progresivamente las cantidades durante el consumo, aunque no tanto la frecuencia.
- El consumo de alcohol facilita el craving y la conducta compulsiva de búsqueda de cocaína.
- Existe una mayor pérdida de control del consumo.
- Tras el consumo muestran mayores conductas antisociales.
- Incremento de conductas de riesgo, con mayores complicaciones sociales, laborales y familiares.

Carroll, Rounsaville and Bryant (1993) estudiaron la prevalencia de dependencia al alcohol en 298 sujetos que demandaban tratamiento para el consumo de cocaína, comparándolos con 100 sujetos con abuso de cocaína que no demandan tratamiento. Sus principales objetivos era determinar diferencias entre los consumidores de cocaína alcohólicos de los que no tenían problemas con el alcohol, determinar si la relación tem-

poral de inicio de abuso de cocaína y la adicción de alcohol afecta a la gravedad del abuso de cocaína y finalmente como afecta la adicción de alcohol al abuso de cocaína a través del tiempo. A través del Addiction Severity Index ASI (McLellan, Luborsky, O'Brien, & Woody, 1980), evaluaron el uso de sustancias, el funcionamiento y problemas relacionados con el uso y aplicaron el SADS-L (Endicott & Spitzer, 1978) para detectar la presencia de psicopatología psiquiátrica. Los resultados indicaron que existe mayor prevalencia de alcoholismo en hombres. Los adictos de alcohol, usan otras drogas, consumen cocaína preferentemente por vía intranasal, permanecen menos tiempo abstinentes y tienen mayor grado de dependencia que los consumidores de cocaína no alcohólicos. En cuanto a la presencia de patología psiquiátrica se obtuvieron diferencias significativas en el TAP mayormente representado en los adictos al alcohol. Un 63% iniciaron el consumo de alcohol posteriormente al consumo de cocaína, los que fueron adictos al alcohol como diagnóstico primario, son de edad más avanzada, presentan que más patología psiquiátrica, realizan un uso irregular y más tardío de la cocaína, y tras un seguimiento de un año presentaron más probabilidad de seguir siendo alcohólicos. La conclusión de este estudio indicó que el consumo de cocaína favorece la aparición de un trastorno de alcoholismo secundario y que un diagnóstico de alcoholismo primario afecta con una mayor gravedad al consumo de cocaína.

Heil, Badger and Higgins (2001) analizaron una muestra de 302 pacientes adictos a cocaína con y sin dependencia al alcohol en tratamiento ambulatorio. Compararon ambos grupos en variables sociodemográficas, uso de drogas y necesidades y resultados en el tratamiento. Se realizaron varias evaluaciones antes, durante y después del tratamiento. Los resultados indicaron que el consumo de alcohol, favoreció e incrementó el consumo de cocaína y viceversa, la dependencia a cocaína incrementó el consumo de alcohol.

Según la literatura revisada, existen escasos estudios donde se analicen la presencia de TP en adictos de cocaína y alcohol conjuntamente, ya que los estudios se centran en aquellos que suelen considerar solo el alcohol o cocaína como droga principal.

En nuestro país Belda-Ferri et al. (2010) analizan una muestra de 35 pacientes distribuyéndolos en tres grupos según el diagnóstico de consumo: adictos a alcohol, (n=10) cocaína (n=11) y alcohol/cocaína (n=14). Su objetivo fue evaluar la psicopatología

logía y conseguir un perfil diferencial de los adictos a cocaína y alcohol conjuntamente. Entre los instrumentos utilizados se encontraban el SCL-90-R (Derogatis, 1983) para evaluar sintomatología, y el MCMI-III (Millon, Davis, & Millon, 1997). Los resultados indicaron puntuaciones elevadas en el grupo alcohol más cocaína en las dimensiones somatización, ansiedad y obsesión-compulsión, obteniendo diferencias significativamente inferior en la escala ideación paranoide de este grupo al compararlos con los adictos al alcohol y los adictos a la cocaína de forma independiente. En cuanto a los rasgos de personalidad el grupo alcohol más cocaína obtuvo puntuaciones estadísticamente inferiores (excepto en la escala Histriónica) al compararlos con el grupo de adictos al alcohol en los patrones esquizoide, evitativo, depresivo, autodestructivo y esquizotípico.

Fox et al. (2005) analizaron una muestra de pacientes con trastorno por abuso de cocaína y alcohol, con el objetivo de evaluar el papel del estrés en la frecuencia de consumo. Los resultados indicaron que los consumidores que con mayor frecuencia consumían alcohol y cocaína presentaron mayor ansiedad, deseo de consumo y respuesta cardiovascular que los consumidores de cocaína y alcohol con frecuencias de consumo más bajas.

Ball, Carroll, Babor and Rounsaville (1995) estudiaron una muestra de 399 sujetos con abuso o dependencia de cocaína, indicando en una de sus conclusiones que la presencia de TPA y alcoholismo son variables importantes que afectan a la gravedad de la dependencia a cocaína.

6.3.4. Trastornos de la Personalidad y Consumo de cocaína

El consumo de cocaína se asocia a menudo con comorbilidad psiquiátrica en especial con el TAP (Grella, Joshi, & Hser, 2003; Kandel, Huang, & Davis, 2001), trastorno depresivo mayor (Kandel et al., 2001; Kessler et al., 1994), trastorno bipolar (Casidy et al., 2001) y trastornos graves de ansiedad como la agorafobia y trastorno de estrés postraumático (Grant et al., 2006).

Existe en el campo de las adicciones un interés creciente por el estudio de las dimensiones y TP mayormente asociados a esta población (Fernández-Montalvo et al., 2004).

Las tasas de prevalencia de TP en cocainómanos son muy variadas. Desde un 97% (Calsyn & Saxon, 1990), 74% (Weiss et al., 1993), 66% (Sonne & Brady, 1998) y 48% en tratamiento ambulatorio y un 75% en sujetos hospitalizados (Karan, Haller, & Schnoll, 1998). Estudios más recientes señalan una prevalencia entre un 45% y un 91% (Craig, 2000; Fernández-Montalvo, Lorea, López, y Landa, 2003).

Esta gran variabilidad en las tasa de prevalencia, además de comorbilidad entre TP, dependen en gran parte de la metodología empleada. Además la presencia estable de abstinencia en el momento de la evaluación es importante, ya que los síntomas asociados al consumo de drogas se pueden solapar a los de los TP (Sonne & Brady, 1998).

Diferentes instrumentos se han utilizado en la literatura para definir la personalidad de estos adictos. Por ejemplo, el 16PF (Catell, Eber, & Tatsuoka, 1970), es uno de los instrumentos con los que se intentó definir diferentes perfiles de personalidad según la sustancia empleada (Deren & Koslowky, 1977; Krung, 1971; Malhotra & Murthy, 1977; Savage & Marchington, 1977; Spotts, 1981).

Según los estudios revisados, solo desde hace unos años se ha empezado a valorar la prevalencia de TP en adictos a la cocaína.

Uno de los primeros estudios en analizar la personalidad en adictos a cocaína fue el realizado por Helfrich, Crowley, Atkinson and Post (1983). Para la evaluación clínica utilizaron el Inventario de Personalidad Multifásico de Minesota (MMPI), encontrando una alta ira, rebeldía, inconformidad, y distorsiones cognitivas.

Los trastornos límite y TAP según estudios son los TP más frecuentes en consumidores de cocaína (Ochoa, 2000; Sanz y Larrazabal, 2002; Sonne & Brady, 1998). Según datos del estudio ECA, el 42.7% de los sujetos con abuso o dependencia a la cocaína presentan un TAP (Stinson et al., 2005).

Pedrero et al. (2012) analizaron según el modelo de Cloninger rasgos temperamentales y caracteriales una muestra de dependientes a cocaína comparándola con población no clínica. Uno de los resultados, indico diferencias significativas entre la muestra de dependientes a la cocaína con la población no clínica en el sentido que a mayor dependencia, mayor probabilidad de interpretar la realidad y resolver la incertidumbre a partir de explicaciones de tipo mágico, místico o irracional.

Weiss et al. (1993) analizaron los TP en 50 pacientes hospitalizados con dependencia a la cocaína, en periodos de abstinencia y de consumo. Para ello utilizaron la Entrevista Clínica Estructurada para DSMIII-R, SCI (Spitzer & Williams, 1986) durante la segunda semana de hospitalización. Los resultados indicaron que el 74% de los pacientes cumplían con los criterios para un TP. Los trastornos más prevalentes en la muestra fueron el TAP, límite, histriónico y paranoide. Solo el trastorno esquizoide de la personalidad no estuvo lo suficientemente representado. El 62% de los pacientes reunieron criterios para más de un TP, un 76% cumplieron con los criterios de TP, tanto en periodos de consumo como en abstinencia. El 21% cumplieron criterios de TP solo en abstinencia y un 3% (solo un paciente), cumplió criterios bajo consumo activo. La mayoría de los pacientes afirmaron que su TP estuvo presente durante los períodos tanto de consumo de drogas como de abstinencia. Estos datos sugieren que los diagnósticos de TP permanecen relativamente estables independientemente de la sustancia y su patrón de uso, aunque se debería evaluar tras un mayor tiempo de abstinencia para poder confirmar la estabilidad de los diagnósticos.

El MCMI es uno de los instrumentos más utilizados en investigación sobre personalidad en adictos a sustancias. Aunque no es un instrumento diagnóstico y se necesitan de entrevistas específicas para valorar la existencia de TP existe una amplia literatura en la que se utiliza este instrumento en consumidores de cocaína.

En otro estudio Marlowe, Festinger, Kirby, Rubenstein and Platt (1998) estudian una muestra de 40 cocainómanos aplicando y comparando resultados entre el MCMI-II y MCMI-III. En ambas pruebas se obtienen puntuaciones similares destacando la personalidad Antisocial, Agresivo-Sádica, y Narcisista. Dentro de las escalas patológicas son la personalidad Límite y Paranoide las más prevalentes. Es el primer estudio donde se utiliza el MCMI-III en una única muestra de cocainómanos. Se obtienen resultados de

moderados a bajos en la mayoría de las escalas, con una reducción significativa en la magnitud de las puntuaciones en el MCMI-III. Recomendando los autores prudencia a la hora de interpretar los resultados con esta prueba al comparar con datos normativos, intentando interpretar al alza las puntuaciones obtenidas en poblaciones adictas.

Flynn et al. (1995) analizaron a consumidores de heroína y cocaína en tratamiento. De la muestra total (n= 282), 136 eligieron a la cocaína como droga favorita y según los resultados aportados por el MCMI-II, en los consumidores de cocaína como primera elección destacaron el trastorno de personalidad evitativo, dependiente, histriónico, antisocial, pasivo-agresivo, autodestructivo y límite.

Campbell and Stark (1990) compararon las diferencias en personalidad entre 100 consumidores de distintas sustancias en tratamiento ambulatorio. Entre ellos 34 eran consumidores de cocaína. Para ello uno de los instrumentos utilizados fue el MCMI. En los resultados destacaron la personalidad narcisista, antisocial, pasivo-agresiva y esquizoide y ansiedad y abuso de alcohol en los síndromes clínicos. Solo se encontraron diferencias significativas en la escala esquizoide entre los diferentes grupos de consumidores, siendo superior en el grupo de consumidores de anfetaminas.

Estudios españoles utilizando el MCMI-II, indican bastante variabilidad en cuanto a la presencia de TP en dependientes a la cocaína

Lorea, Fernández-Montalvo, López-Góñi y Landa (2009) utilizando el Inventario Multiaxial de Millon MCMI-II, encontraron un 36.7% de TP en una muestra de 60 sujetos dependientes a la cocaína. El 15% de la muestra presentaba criterios para dos o más trastornos. Los TP más prevalentes fueron el trastorno pasivo-agresivo de personalidad y trastorno dependiente (10% en ambos) seguidos del obsesivo-compulsivo e histriónico (6% y 7% respectivamente).

El trastorno de la personalidad pasivo-agresivo aparece con relativa frecuencia en algunos estudios en consumidores de cocaína (Fernández del Río, López, y Becoña, 2011; López et al., 2007; Pedrero, López, y Olivar, 2006; Pedrero, et al., 2003).

López y Becoña (2006b) realizaron un estudio con el objetivo de conocer prevalencias, patrones y síndromes que evalúa el MCMI-II en una muestra de 102 sujetos (87 hombres y 15 mujeres) con dependencia a la cocaína en tratamiento. Los mayores resultados, considerando una puntuación TB superior a 74, los obtienen en personalidad pasivo-agresiva (42.2%), antisocial (38.8%), narcisista (35.3%) e histriónica. En cuanto a patrones graves de la personalidad destacan el límite (16.7%) y paranoide (10.8%). En síndromes clínicos las escalas abuso de drogas (50%), abuso de alcohol (21.6%), ansiedad (13.7%) e hipomanía (10.8%) y en síndromes clínicos graves, el trastorno delirante (11.8%).

Por otro lado estarían los estudios que intentan establecer perfiles específicos de pacientes según la droga de abuso (Campbell & Stark, 1990; Craig, Bivens, & Olson 1997; Craig & Olson, 1990; Donat, Walters, & Hume, 1992; Fernández-Montalvo, Lorea, López-Goñi, y Landa, 2003).

En este sentido Fernández-Montalvo et al. (2003) compararon una muestra de consumidores de cocaína con una muestra de consumidores de alcohol en tratamiento ambulatorio. La hipótesis de su estudio fue que los consumidores de alcohol presentarían un patrón más grave y peor adaptación que los consumidores de cocaína. Utilizaron los siguientes instrumentos para la valoración: El EuropASI (Kokkevi & Hartgers, 1995), para medir las características sociodemográficas y clínicas, el MCMI-II para valorar los TP y el SCL-90-R para mediar la psicopatología. Los resultados indicaron diferencias significativas tanto en variables sociodemográficas, de personalidad y psicopatológicas, indicando como en la hipótesis planteada que el grupo de alcohol presenta un peor desajuste, y más intensidad en sintomatología sobre todo depresiva, ansiosa y psicótica. En cuanto a los patrones de personalidad el patrón esquizoide, esquizotípico, autodestructivo, fóbico, compulsivo y paranoide destacó significativamente en el grupo de alcohólicos. Como conclusión los adictos a la cocaína mostraron una mayor adaptación, cobrando principalmente importancia los elementos situacionales frente a las dimensiones o características de la personalidad.

Pedrero, et al. (2003) en un estudio transversal de 141 sujetos con abuso y dependencia a sustancias, en concreto 32 de ellos en tratamiento por consumo de cocaína, analizaron a través del MCMI-II, entre otros instrumentos, la presencia y gravedad de

TP. En consumidores de cocaína los patrones más frecuentes fueron el pasivo-agresivo, dependiente y límite.

Mestre, Risco, Catalán e Ibarra (2001) compararon las características de personalidad en 73 sujetos dependientes de cocaína y heroína demandantes de tratamientos de desintoxicación utilizando el MCMI-II. Los autores encontraron diferencias significativas en las escalas de personalidad límite y evitativa, con mayores puntuaciones en los consumidores de cocaína y en seis escalas de síndromes clínicos: abuso de drogas, abuso de alcohol, ansiedad, distimia, histeriforme y depresión mayor.

Craig (2000) estudió los TP a través del MCMI-III en 443 sujetos afroamericanos de los cuales 160 eran adictos a los opiáceos y 283 a cocaína. Ambos grupos mostraron tasas similares en TP, indicando entre otros datos que el 60% de los cocainómanos presentaban TAP.

Craig, Bivens and Olson (1997) estudiaron una muestra de 441 hombres veteranos de raza negra consumidores de cocaína y heroína en régimen de hospitalización. El 50% de ellos presentaron problemas de abuso de alcohol. Intentaron determinar si los perfiles de consumidores en MCMI-I y II, coincidían con el perfil del MCMI-III. El objetivo de su estudio era establecer distintos perfiles de personalidad en estos consumidores utilizando para ello el MCMI-III comprobando si los resultados son similares a los de la literatura. Mediante análisis de clúster obtuvieron 4 grupos donde el trastorno antisocial de la personalidad resultó el más prevalente en todos los grupos. No encontraron diferencias significativas entre los grupos de cocaína y heroína.

Donat, Walters and Hume (1992) utilizaron el MCMI para comparar tres grupos de TUS: dependientes de alcohol, dependientes de cocaína y dependientes de múltiples sustancias, concluyendo que las diferencias encontradas entre los tres grupos dependieron principalmente del sexo, edad y raza, más que del tipo de sustancia consumida.

Craig and Olson (1990) estudiaron y compararon la personalidad de 107 cocainómanos y 86 heroinómanos aplicando el MCMI-I. Los resultados en ambos grupos de consumidores son similares, destacando la personalidad antisocial y narcisista. La presencia de TAP en cocainómanos se diferencia significativamente del grupo de de-

pendientes de heroína, los cuales se caracterizaban por ser más ansiosos y con mayores quejas de tipo somático. Los consumidores de cocaína de esta muestra se caracterizaron principalmente por presentar rasgos antisociales narcisistas, paranoides, histiónicos y pasivo-agresivos. En cambio obtuvieron prevalencias bajas en esquizotípico, límite, esquizoide y compulsivo.

6.3.5. Trastorno de déficit de Atención con Hiperactividad y Consumo de Cocaína

El TDAH es uno de los trastornos más frecuentes de inicio en la infancia (Faraone, Sergeant, Gilberg, & Biederman, 2003). En cuanto a la comorbilidad de otras patologías psiquiátricas con el TDAH, estudios indican una alta prevalencia de comorbilidad en pacientes con TDAH (Biederman & Faraone, 2005). Uno de los trastornos más asociados al TDAH en la edad adulta son los trastornos por consumo de alcohol, entre un 32% y 53% y otros TUS en un 8% y 32% (Barkley, 2002).

Jacob et al. (2007) realizaron una muestra de TDAH, encontrando una prevalencia del 45% de TUS.

Concretamente en pacientes adultos dependientes de cocaína se ha encontrado una prevalencia entre un 10% y un 35% de TDAH (Levin, Evans, McDowell, & Kleber, 1998; Wilens, Spencer, & Biederman, 2000).

Levin et al. (2004) analizaron el TDAH en una muestra de 135 sujetos con dependencia a cocaína en tratamiento en Comunidad Terapéutica. Evaluaron también la presencia de trastorno depresivo y de ansiedad en la muestra. Solo un 17% presentó TDAH y analizando la adherencia al tratamiento, indicaron que resultó el grupo con menos probabilidades para finalizarlo.

Daigre et al. (2013) en un estudio transversal descriptivo evaluaron la comorbilidad y las características del consumo de cocaína en función de la presencia de TDAH, en una muestra de 200 pacientes dependientes a cocaína en tratamiento ambulatorio. Los resultados indicaron que la presencia de TDHA se asocia a una mayor comorbilidad psiquiátrica y severidad en la adicción.

Se han planteado varias hipótesis para explicar el TUS en sujetos con TDAH, que van desde hipótesis, genéticas, neurobiológicas hasta otras más ambientales. Por ejemplo, el consumo de alcohol y tabaco en mujeres embarazadas aumenta la probabilidad de desarrollar TDAH en el niño (Biederman, Faraone, & Monteaux, 2000). Otros estudios proponen factores genéticos (Bukstein, 2008) y bio-psicosociales (Guerra et al., 2007).

Estos pacientes son difíciles de tratar y debido a su alta prevalencia en consumidores de sustancias, existe un mayor riesgo de desarrollar trastornos adictivos en pacientes que mantienen el TDAH en la edad adulta (Sullivan & Levin, 2001). Existe dificultad a la hora de realizar el diagnóstico dual por el solapamiento de síntomas, con tendencia a infradiagnosticarlo por lo que sería conveniente el diseño de programas de tratamiento específicos para ello (Ros, Valoria, y Nieto, 2004).

6.3.6. Trastornos Psicóticos y Consumo de Cocaína

El consumo de cocaína puede inducir síntomas psicóticos transitorios, provocando cuadros de psicosis inducida por cocaína. Este síndrome generalmente desaparecería tras la abstinencia. Es una de las consecuencias psicopatológicas más frecuentes relacionadas con el consumo intenso, especialmente en aquellos que la fuman en base y por vía intravenosa (Caballero y Alarcón, 2000).

Roncero et al. (2013) realizaron un estudio evaluando a 173 pacientes dependientes de cocaína en tratamiento ambulatorio. Los resultados indicaron que el 53.8% de los pacientes informaron de síntomas psicóticos. Los principales síntomas fueron, ideación paranoide y suspicacia (43.9%), alucinaciones auditivas (30.9%), alucinaciones visuales (26.1%) y alucinaciones cinestésicas (10.3%). Destacaron el consumo de cannabis, el consumo elevado de cocaína y la presencia de trastorno antisocial, como variables predictoras del inicio de un trastorno psicótico inducido.

En pacientes diagnosticados con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos persistentes, existe una incidencia elevada de consumo de estimulantes. En concreto se han encontrado prevalencias que oscilan entre el 22% y 50% (Roncero, Ramos, Collazos, y Casas, 2001). Estudios han demostrado que este consumo agrava el curso de la esquizo-

frenia, con mayor frecuencia de ingresos hospitalarios por descompensaciones psicóticas y peor tolerancia al tratamiento con neurolépticos, con mayores efectos extrapiramidales (LeDuc & Mittleman, 1995; Potvin, Blanchet, & Stip, 2009).

CAPITULO 7

PATOLOGÍA DUAL Y CANNABIS

7.1. Introducción

El cannabis es la sustancia ilegal más consumida en el mundo y sus efectos se conocen desde la antigüedad. Cannabis Sativa es una planta que contiene más de 400 componentes químicos, el principal componente psicoactivo del cannabis es el delta-9-tetrahidrocannabinolc (d-9-THC). Para su consumo se puede presentar en forma de hachís (resina de la planta), marihuana (triturado de flores, hojas y tallos) y polen (triturado de flores, con aspecto de polvo amarillento y en forma de aceite). Se consume habitualmente fumada en forma de cigarrillos, mezclada con tabaco (habitualmente el hachís), directamente sin tabaco (marihuana) o por vía oral en forma de aceite. La concentración habitualmente de THC en hachís estaría entre 15-50%, en marihuana entre un 1% y en el aceite entre un 25-50%. La potencia de los efectos del cannabis ha ido aumentando progresivamente a lo largo de los años, por el desarrollo de nuevas técnicas de cultivo y selección genética de variantes con más potencia psicoactiva.

El DSM-5, distingue entre trastornos por consumo de cannabis y otros trastornos relacionados. La novedad con respecto a la edición anterior (DSM-IV-TR), es esta incluye que la interrupción brusca en el consumo produce un síndrome de abstinencia, que se caracteriza por síntomas de irritabilidad, ira, agresividad, ansiedad, inquietud, depresión y disminución del apetito o pérdida de peso (APA, 2013).

La dependencia al cannabis como con otras sustancias supone un problema importante de salud pública. Estudios sugieren que entre el 7% y 10% de los usan el cannabis tienen riesgo de desarrollar un trastorno de dependencia (Budney, Roffman, Stephens, & Walker, 2007; Hall & Solowij, 1998). Aunque en los últimos años se ha observado un aumento en la demanda de tratamiento por los problemas relacionados con el cannabis (Moya et al. 2009), sigue existiendo una escasa demanda asistencial de estos consumidores y poca información en nuestro medio sobre comorbilidad psiquiátrica (Arias, 2013).

El cannabis es la droga ilegal más utilizada. El 3.3% y el 4.4% de la población mundial entre 15 y 64 años han realizado por lo menos un consumo a lo largo de la vida y se trata de una de las sustancias que se consume a más temprana edad (UNODC, 2009).

Frecuentemente asociada a situaciones de fiesta, como fuente de recreo y evasión, y factores como el efecto desinhibidor, el refuerzo social, la fácil disponibilidad y el bajo riesgo percibido pueden favorecer que esta sustancia sea una de más consumidas en adolescentes entre 14 y 18 años. Aunque se dispone de una evidencia cada vez mayor sobre las consecuencias físicas, psicológicas y sociales del consumo de cannabis, los jóvenes españoles tienen una baja percepción del riesgo asociado a su consumo (EDA-DES, 2014).

Entre las consecuencias negativas de este consumo se encuentran el fracaso escolar, deterioro personal, social, problemas laborales y los problemas de salud. Estas consecuencias son más graves entre aquellos que inician el consumo antes de los 16 años, probablemente debido a los cambios cerebrales, daños en el tejido cerebral que puede producir el uso de cannabis en determinados periodos del desarrollo (Ashtari et al., 2009; Pistis et al., 2004; Yücel et al., 2008) y a otros factores de riesgo comunes (genéticos, de personalidad y sociales).

7.2. Epidemiología del Consumo de Cannabis

El cannabis es una de las sustancias ilegales más consumidas a nivel mundial. Entre el 2.8 y el 4.5% de la población mundial ha consumido cannabis (Degenhardt & Hall, 2012). Se estima que el 1.3% de los consumidores de cannabis, desarrollan en el tiempo un trastorno por dependencia (Degenhardt et al., 2010). Estudios epidemiológicos indican que el inicio y desarrollo de la dependencia de cannabis se suele producir al final de la adolescencia tardía (Degenhardt et al., 2008; Wagner & Anthony, 2002), y el consumo suele disminuir casi al inicio de la treintena (Coffey, Lynskey, Wolfe, & Patton, 2000).

7.2.1. Consumo de Cannabis en Europa

Según refleja el Informe Europeo sobre las drogas y Toxicomanías (EMCDDA, 2015) la prevalencia del consumo de cannabis es aproximadamente cinco veces superior a la de otras sustancias. En la población adulta de la Unión Europea, 75.1 millones de personas han consumido cannabis y el número de consumidores que se ponen en tratamiento por este problema ha aumentado en los últimos años. Se trata de la droga ilegal más consumida en todos los grupos de edad. El 11.7% de europeos jóvenes adultos entre 15 y 34 años han consumido cannabis en el último año. Las encuestas de población de Alemania, España y el Reino Unido muestran una reducción o prevalencia estable del cannabis en la última década. En contraste, se observa un aumento de la prevalencia en Bulgaria, Francia y en tres países nórdicos (Dinamarca, Finlandia y Suecia). Noruega notificó un aumento de hasta el 12% en su última encuesta. En función de los estudios de la población general, se estima que alrededor el 1% de los adultos europeos son consumidores a diario, o casi a diario de cannabis. Cerca de tres cuartas partes de ellos tienen entre 15 a 34 años de edad y más de tres cuartas partes son hombres. El cannabis es la droga que se notifica con más frecuencia como la razón principal para iniciar un tratamiento de drogodependencia por primera vez en Europa. En 2013, un 69% iniciaron tratamiento por primera vez, el 34% de ellos por iniciativa propia, siendo la edad media para iniciar el tratamiento los 24 años. Un 31% de los europeos reiniciaron el tratamiento para el cannabis en 2013. El 87% de los consumidores de cannabis que inician tratamiento son varones frente a un 17% de mujeres. La edad media de inicio en el consumo es sobre los 16 años y el 57% son consumidores a diario. Existe una heterogeneidad considerable entre países desde un 3% en Lituania hasta un 60% en Dinamarca y Hungría.

En Europa, el estudio Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre el Alcohol y otras Drogas (ESPAD), informa sobre las tendencias temporales del consumo de sustancias entre estudiantes de 15 a 16 años de edad. En los últimos datos del 2011, el cannabis representó la droga ilegal más consumida en este grupo, en el que aproximadamente el 24% de los escolares indicaron haberla consumido alguna vez (desde un 5% en Noruega hasta un 42% en la República Checa). En cuanto a las urgencias hospitalarias por consumo de cannabis, La European Network (Euro-DEN), que supervisa los cuadros clínicos iniciales de urgencias relacionados con drogas en 16 centros de 10 países

Europeos, notificó que entre el 10% y el 48% (16% de media) de todos esos cuadros clínicos incluían el consumo de cannabis, aunque había además otras sustancias en el 90% de estos casos. La combinación más común era cannabis con alcohol, benzodiazepinas y estimulantes. Los problemas notificados con mayor frecuencia fueron neuroconductuales (agitación, agresión, psicosis y ansiedad) y vómitos. En la mayoría de los casos, los pacientes fueron dados de alta sin necesidad de ingreso.

7.2.2. Consumo de Cannabis en España

A través de las dos encuestas sobre uso y consumo de drogas EDADES y ESTUDES, que realiza la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, obtenemos los principales datos epidemiológicos en nuestro país. Según los resultados de la última Encuesta sobre Drogas y Alcohol en España recogida en 2013, un 9.2% de los encuestados ha consumido cannabis en los últimos 12 meses. En cuanto al policonsumo el cannabis está presente en el 90% del consumo de otras sustancias ilegales. Las prevalencias en el consumo de cannabis muestran una tendencia levemente descendente. Entre 2011 y 2013 ha disminuido 0.4 puntos el consumo de esta sustancia. Según sexo, en los últimos 12 meses de 2013 es mayor la proporción de varones (12.9%) consumidores frente a la de mujeres (5.4%) en todos los grupos de edad. En cuanto a la edad los últimos datos indican que un 14.5% son consumidores entre los 15-17 años y un 9.1% se sitúan entre los 18 y 64 años. En nuestro país el cannabis es la tercera sustancia después del tabaco y el alcohol de inicio más temprano, situándose la edad media de inicio a los 18.6 años. En el año previo a la encuesta un 5.4% de los encuestados se iniciaron en el consumo, dándose la mayor tasa (47%) en menores de edad entre 15 y 17 años. El 2.2% de los encuestados realizan un consumo problemático de cannabis que va disminuyendo con la edad. El 25% de los consumidores en el último año ha presentado consumo problemático siendo esta proporción constante en todos los grupos de edad. Nueve de cada diez que realizan este consumo problemático, consideran que su legalización es algo/muy importante. En cuanto al riesgo percibido se sigue considerando más peligroso el tabaco que el cannabis. El cannabis es la sustancia ilegal que en nuestro país se percibe como más fácilmente disponible (EDADES, 2015).

En España, por ejemplo, el número de urgencias relacionadas con el cannabis aumentó de 1.589 (25% de todas las urgencias relacionadas con drogas) en 2008, a 1.980 (33%) en 2011 (EMCDDA, 2015).

Los datos que recoge la Encuesta Escolar sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES 2012-2013), reflejan que en el último año el 26.6% de los escolares ha consumido cannabis, siendo la droga ilegal consumida por un mayor porcentaje de jóvenes entre 14 y 18 años, aunque el consumo ha descendido un 36% desde 2005. La edad media de inicio en el consumo de cannabis está en 14.9 años. Entre los 16 y 18 años es donde mayor prevalencia se observa. Tres de cada diez estudiantes ha probado cannabis alguna vez en su vida y 1 de cada 4 lo ha consumido en el último año. El 2.7% lo consume a diario (3.8% chicos y 1.5% chicas). En cuanto al género el consumo está más extendido en chicos (29.7%) con respecto a las chicas (23.3%). En el consumo de riesgo se observa una tendencia ascendente desde los últimos años. El 16% de los que habían consumido cannabis en el último año, tenía un consumo de riesgo, con un 94.4% de demandas a tratamiento por consumo de cannabis en menores, mientras que esta proporción en 2005, era del 70%. El consumo de cannabis también se asocia a un peor rendimiento escolar. El 44% de repetidores habían consumido cannabis en el último año, frente a un 27.9% de repetidores no consumidores. El cannabis (64,9%) después del alcohol es la sustancia que más se percibe como fácilmente disponible entre los estudiantes de 14-18 años, además de percibir un riesgo menor que en el consumo de tabaco (ESTUDES, 2013).

7.3. Cannabis y Comorbilidad Psiquiátrica

Durante el consumo de cannabis, tras los efectos estimulantes iniciales (euforia, bienestar, ansiedad), le sigue una fase de relajación y efectos sedantes, risa fácil y locuacidad. Paralelamente se altera la memoria reciente, con dificultades de atención y concentración (Abanades, Cabrero, Fiz, y Farré 2005; Asthon, 2001). A dosis elevadas produce ansiedad, disforia, sintomatología paranoide y de pánico. En la intoxicación aguda por cannabis puede darse conjuntamente con un episodio psicótico agudo caracterizado por ideas delirantes, alucinaciones, confusión, agitación, amnesia e intensa ansiedad.

En las personas fumar marihuana a más largo plazo, se asocia a problemas de obstrucción respiratoria, metaplasia escamosa, cáncer de boca, lengua y pulmón ente los 19 y 30 años. Además produce alteraciones permanentes en la memoria, psicomotricidad, multiplica por seis probabilidad de padecer esquizofrenia y puede inducir leucemia en hijos de madres fumadoras (Nahas, & Latour, 1992).

Una de las consecuencias que mayormente se ha expuesto como consecuencia del uso prolongado del cannabis es el síndrome amotivacional. Este se caracteriza por un estado de apatía, indiferencia y pasividad generalizada, con disfunciones cognitivas, interpersonales y sociales que persistirían tras la interrupción del consumo.

Según la literatura revisada, aunque no todos los consumidores de cannabis, presentan patología mental son cada vez más los estudios que apuntan a una mayor prevalencia de trastorno mental en estos consumidores.

En nuestro país un estudio reciente Arias et al. (2013b) analizan un grupo de 353 adictos a cannabis procedentes de un estudio en Madrid sobre prevalencia de PD (n=837) en varios dispositivos asistenciales. Como instrumentos de evaluación utilizaron la entrevista estructurada Mini Internacional Neurosychiatric Interview (MINI) para detectar la presencia de trastornos mentales (Sheehan & Lecrubier, V 5.5) y la escala Personality Disorder Questionnaire, PDQ4 (Adaptación española de Calvo et al., 2002) para evaluar la presencia de TP. Los resultados indicaron que el 76% de los adictos al cannabis presentaban un diagnóstico dual destacando con una mayor prevalencia los trastornos del humor y de ansiedad. El 51% presentaba TP de los cuales los más prevalentes fueron el antisocial, límite, paranoide, depresivo, evitativo y varios diagnósticos por adicción a otras sustancias (abuso o dependencia a cocaína: 78.2%, de alcohol: 76.2% y opiáceos: 35.4%). Son consumidores de inicio más precoz que consumidores de otras sustancias y en comparación con otros adictos de la muestra, la adicción al cannabis se asoció al TAP, trastorno bipolar, psicosis y agorafobia. La presencia de estos trastornos también se asoció a una edad más temprana en el inicio del consumo.

Bravo de Medina, et al. (2010) describieron las variables sociodemográficas, psicopatológicas y de personalidad de una muestra de adultos jóvenes dependientes de cannabis (n=141) en tratamiento ambulatorio. Compararon los resultados con una mues-

tra clínica con trastorno psiquiátrico sin abuso de sustancias (n=140) y otra muestra control sana (n=140). Para describir las variables psicopatológicas una de las pruebas de diagnóstico que utilizaron fue el SCL-90-R. Los resultados indicaron mayor prevalencia de sintomatología ansioso-depresiva en los grupos clínicos en comparación con el grupo control sano. No encontraron diferencias significativas entre los grupos clínicos, a excepción de un menor nivel formativo y mayor ideación paranoide en el grupo de dependientes al cannabis.

Flory, Lynam, Milich, Leukefeld and Clayton (2004) analizan a un grupo de usuarios de cannabis agrupándolos según la edad de inicio en el consumo y comparándolos con un grupo sano. Los consumidores más tempranos entre los 11 y 12 años, se caracterizaban por una baja resistencia al grupo social, peor rendimiento escolar, mayores problemas familiares, baja autoestima y un mayor número de arrestos policiales que los no consumidores. En cambio los consumidores que se inician en el consumo más tarde (entre los 14-15 años) obtuvieron valores más leves e intermedios en estas mismas variables. Los autores según estos resultados indicaron que la edad temprana de inicio en el consumo puede ser un buen predictor de problemas psicológicos posteriores.

El consumo de cannabis se asocia a una amplia variedad de trastornos mentales, presentando tasas elevadas en comorbilidad psiquiátrica (Arent, Rosenberg, Foldager, Perto, & Munk-Jørgensen, 2007; Hall, & Degenhardt, 2009; Stinson, Ruan, Pickering, & Grant, 2006; Raphael, Wooding, Stevens, & Connor, 2005; Wittchen et al., 2007). Existen estudios que indican que el inicio temprano en el consumo se asocia a la aparición de patología psiquiátrica (Arseneault et al., 2002; Fergusson, Horwood, & Swain-Campbell, 2002; Lynskey et al., 2004; Stefanis et al., 2004).

Según la investigación revisada, entre los trastornos mentales más asociados al consumo de cannabis destacan los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y los trastornos psicóticos.

En cuanto a las diferencias entre sexos, Khan et al. (2012) examinaron las diferencias de género en psicopatología, entre personas con dependencia al cannabis en una muestra representativa a nivel nacional de adultos estadounidenses mayores de 18 años con diagnóstico de dependencia (n=3.297) de los cuales 2.080 eran varones y 1.217

mujeres Los resultados indicaron que el 95.6% de varones y el 94.1% de mujeres dependientes de cannabis presentaban comorbilidad psiquiátrica, indicando diferencias de género importantes. Al parecer los hombres presentaron mayor probabilidad que las mujeres de diagnóstico psiquiátrico adicional al consumo, otros trastornos por consumo y el TAP. Las mujeres en cambio presentaban más trastornos afectivos y de ansiedad.

7.3.1. Cannabis y Consumo de Otras Drogas

La elevada asociación del consumo de cannabis con el uso de tabaco, alcohol y otras sustancias (Beck, Legleye, & Spilka, 2008) ha llevado a la hipótesis de que el uso de cannabis, sirve como “puerta de entrada” al consumo de otras drogas ilegales (Degenhardt, Hall, & Lynskey, 2001a; Fergusson & Horwood, 2000; Von Sydow et al., 2001).

El consumo de cannabis a una edad temprana y la alta frecuencia en el consumo, se asocia un mayor riesgo, sobre todo si a esto se suma el uso de tabaco y a la presencia de algún trastorno mental previo (Swift, Coffey, Carlin, Degenhardt, & Patton, 2008). El uso concomitante de cannabis y tabaco es un fenómeno muy frecuente en todo el mundo; entre el 41% y 94% de los adultos que utilizan cannabis fuman tabaco en algún momento de sus vidas (Agrawal & Lynskey, 2009).

Heffner et al. (2013) estudiaron el papel de la nicotina en una muestra de 80 adolescentes con trastorno bipolar y dependencia a cannabis. El 70% de ellos cumplía con los criterios de dependencia a la nicotina. Los resultados indicaron que fumar en exceso estaba asociado a mayores alteraciones de la conducta, mayor gravedad en la dependencia a cannabis, a una mayor tasa de diagnóstico de TDAH, empeoramiento de los cuadros de manía y peor funcionamiento global.

El alcohol, también es una sustancia que se asocia frecuentemente al consumo de cannabis. En EE.UU los datos de la encuesta NESARC, indican prevalencias elevadas de abuso y dependencia tanto de alcohol como de cannabis en la población general (Pacek, Martins, & Crum, 2012).

Otros estudios indican que las personas dependientes al cannabis son propensas al consumo de sustancia ilegales, como la cocaína, opiáceos y metanfetamina (Hall y Linskey, 2005; Smith, Farrell, Bunting, Houston, & Shevlin, 2011).

Aunque como indican Morral, et al. (2002) según los datos que se disponemos sobre el consumo de cannabis, no se puede descartar que existan factores de tipo genético, de personalidad, sociológicos y de disponibilidad de drogas, que son comunes con el consumo de otras sustancias de abuso, en lugar de ser la causa directa en la escalada del consumo de otras drogas.

Estudios más recientes apuntan que el consumo de cannabis, no lleva directamente al consumo de otras drogas ilegales, sino que son factores culturales, son los que determinan el orden que incrementan la disponibilidad y acceso a otras drogas ilegales (Degenhardt et al., 2010). El policonsumo es uno de los factores, que dificulta que se pueda establecer una asociación clara entre el consumo de cannabis y los efectos encontrados.

La asociación entre consumo de cannabis y la clínica depresiva es muy frecuente. Los estudios sobre la relación entre trastornos afectivos y consumo de cannabis, no son muy numerosos además de poco concluyentes, donde la presencia de numerosos factores concomitantes (sociodemográficos, de personalidad, consumo de otras sustancias, capacidad intelectual, y otros trastornos mentales), inciden en la prevalencia de los trastornos afectivos en consumidores de cannabis y dificultan la obtención de conclusiones (Férrnandez-Artamendi et al., 2011). Estudios indican una leve asociación entre depresión y consumo de cannabis, existiendo una escasa evidencia de que sujetos con depresión, presenten riesgo de consumir cannabis posteriormente (Moya et al., 2009; De Graaf et al., 2010).

Chen, Wagner and Anthony (2002) analizando los datos del estudio comunitario NSC encontraron que los sujetos con dependencia al cannabis, presentaban un riesgo de tres a cuatro veces mayor de presentar episodios de depresión y un 9.5% de los sujetos con depresión mayor presentaban un diagnóstico de dependencia al cannabis.

Otros estudios indican que ser mujer y consumir de forma precoz cannabis en la adolescencia, aumenta el riesgo de depresión (Patton et al., 2002; Poulin, Hand, Bourdreau, & Santor, 2005).

Patton et al. (2002) estudiaron un muestra de adultos jóvenes entre los 20 y 21 años; estos autores estimaron que el 68% de las mujeres con antecedentes de consumo de cannabis un año antes del estudio tenían un riesgo de 8,6 de presentar depresión.

El síndrome amotivacional se ha relacionado con los trastornos depresivos. Se ha planteado que podría ser un episodio depresivo en consumidores crónicos de cannabis. Los estudios realizados en los últimos años son escasos, además de no existir hipótesis científicas convincentes sobre los mecanismos fisiopatológicos. Para la OMS, este síndrome no estaría todavía bien diferenciado de los efectos de la intoxicación crónica por cannabis, no reconociendo su existencia como identidad clínica.

Otros datos indican que el consumo conjunto de cannabis y alcohol, está asociado a mayores tasas de dependencia de ambos trastornos y mayores tasas de trastorno depresivo mayor (Midanik, Tam, & Weisner, 2007).

En cuanto al riesgo de suicidio se considera que el consumo de cannabis incrementa el riesgo (Lynskey, et al., 2004). Algunos estudios han descrito la presencia de ideación suicida e intentos de suicidio entre los consumidores de cannabis (Moore et al., 2007; Patton et al., 2002).

Connor et al. (2013) analizaron una muestra de 827 sujetos consumidores de cannabis. Evaluaron el policonsumo, la gravedad de la dependencia en estos sujetos, así como la comorbilidad psiquiátrica. Los resultados reflejaron una mayor tasa de trastornos depresivos y de ansiedad en los sujetos con dependencia grave al cannabis. Los síntomas psicóticos y maníacos también fueron más prevalentes en este grupo.

En el trastorno bipolar parece que el consumo de cannabis puede tener un papel causal, observándose una edad de inicio más precoz del trastorno bipolar en consumidores de cannabis (Lagerberg et al., 2011). En relación al trastorno bipolar, el abuso y/o dependencia del cannabis se asocia con una de inicio temprana en la aparición de la patología mental (Ongür, Lin, & Cohen, 2009), de manera que este podría precipitar el desarrollo del trastorno bipolar (Henquet, Krabbendam, De Graaf, The Have, & Van Os, 2006).

En un estudio realizado por Lev-Ran, Le Foll, McKenzie, George and Rehm (2013) se examina las tasas de trastornos e indicadores de la evolución de la enfermedad entre los individuos con trastorno bipolar y trastornos por consumo de cannabis. Los datos fueron extraídos de la encuesta NESARC una muestra representativa nacional de adultos que viven en los EE.UU. Entre los individuos con prevalencia del trastorno bipolar (N = 1.905) las tasas de trastorno por consumo de cannabis en los últimos 12 meses fueron 7.2%, frente al 1.2% en la población general. Los sujetos con trastorno bipolar y dependencia al cannabis presentaban un mayor riesgo de dependencia a la nicotina, alcohol y otras drogas, además, en estos sujetos la edad de inicio del trastorno bipolar fue significativamente más baja y significativamente mayor el número de episodios maníacos, hipomaníacos y depresivos y curso más grave de la enfermedad, en comparación con los sujetos sin trastorno por consumo de cannabis.

7.3.3. Trastornos de Ansiedad y Consumo de Cannabis

Se han establecido varias hipótesis en relación al uso de cannabis y los trastornos de ansiedad.

La teoría del factor común, propone que tanto el consumo de cannabis como los trastornos de ansiedad, comparten antecedentes comunes. Factores biológicos, sociales y de personalidad aumentan la probabilidad que de que se den de forma conjunta (Fergusson, Boden, & Horwood, 2011).

La hipótesis de la automedicación indica que el cannabis reduce la sintomatología en sujetos ansiosos, produciendo efectos ansiolíticos (Buckner & Carroll, 2010).

La tercera hipótesis establece una relación directa causal, que afirma que el uso de cannabis aumenta el riesgo del desarrollo de un trastorno de ansiedad (Dannon, Lowengrub, Amiaz, Grunhaus, & Kotler, 2004).

Finalmente se ha propuesto una hipótesis integradora en donde los síntomas de ansiedad pueden ser causa directa del consumo de cannabis y los efectos de esta sustancia al mismo tiempo servirían de alivio de la sintomatología ansiosa. De esta manera se entraría en un bucle de retroalimentación recíproca con causalidad simultánea entre el uso de cannabis y la ansiedad derivada (Ferguson et al., 2011).

Temple, Driver and Brown (2014) analizaron los síntomas de ansiedad y el consumo de cannabis en sujetos adultos. Los resultados indicaron que los sujetos con historia de consumo informaron de mayores síntomas de ansiedad que los sujetos que nunca habían consumido. Los autores establecieron dos asociaciones diferentes entre el uso del cannabis y la ansiedad. Síntomas previos e intensos de ansiedad se relacionaron con niveles medios de intoxicación y a su vez a las respuestas agudas de ansiedad tras el consumo. Por otro lado, la frecuencia en el consumo está mediada por factores de estrés y conducta de automedicación. Estos resultados resultan más concordantes con la cuarta y última hipótesis planteada.

Las personas con trastorno por consumo de cannabis presentan también una elevada prevalencia (24%) de presentar de forma concurrente cualquier trastorno de ansiedad (APA, 2013).

Degenhardt, Hall and Lynskey (2001b) en un estudio realizado con consumidores de tabaco, cannabis y alcohol, encontraron una prevalencia superior de trastornos afectivos y de ansiedad en la muestra de cannabis.

Trosiri, Pasini, Saracco and Spalleta (1998) analizaron una muestra de 113 militares italianos con abuso y otros solo consumidores de cannabis, encontrado importante sintomatología ansioso-depresiva que se intensificaba conforme se agravaba el consumo.

El consumo de cannabis se asocia con mayor frecuencia al trastorno de angustia y en menor medida a al trastorno de ansiedad generalizada y fobias. Parece que el consumo de cannabis favorece la probabilidad de que se desencadene una crisis de pánico por primera vez en sujetos vulnerables y precipita síntomas de ansiedad en sujetos con trastorno de pánico (Damon, Amiaz, Gruhhaus, & Kotler, 2004; van der Pol et al., 2013). A pesar de estos resultados, la asociación entre trastornos de ansiedad y consumo de cannabis todavía no está clara (Temple et al., 2014).

7.3.4. Personalidad y Consumo de Cannabis

Ante la presencia de un trastorno por dependencia al cannabis, es importante buscar la existencia de rasgos y TP algunas veces junto con otros trastornos clínicos.

En el caso de la dependencia a cannabis Barnes, Barnes and Patton (2005), sugieren la presencia de una personalidad pre-adictiva. Son escasos los estudios de sujetos dependientes al cannabis sobre dimensiones de la personalidad y efectos a largo plazo del consumo de estos sujetos en tratamiento (Bravo de Medina et al., 2010).

En cuanto a la evaluación de rasgos de la personalidad, se han centrado como en el consumo de otras sustancias, en el análisis de la impulsividad y búsqueda de sensaciones.

Spalletta, Bria and Caltagirone (2007) analizaron la personalidad según el modelo temperamental-caracterial de Cloninger, en una muestra de consumidores de cannabis. Separó la muestra según la gravedad de consumo entre: consumidores ocasionales, abusadores y dependientes. Los resultados indicaron que altas puntuaciones en ansiedad y autotranscendencia predicen la gravedad en el consumo.

Flory, Lynam, Millich, Leukefeld and Clayton (2002) utilizando el modelo de los 5 grandes factores en sujetos que abusaban del cannabis, indicaron que estos, se caracterizaron por presentar en el NEO-PIR-R, puntuaciones bajas en amabilidad, responsabilidad, una baja extroversión y alta apertura a la experiencia.

González, Sainz, Quirós y López (2000) analizaron la personalidad y su relación con el uso de cannabis en 3.634 reclutas y 2.841 estudiantes de secundaria. Para ello, dividieron la muestra en tres grupos: no consumidores de sustancias ilegales, consumidores de cannabis y consumidores de cannabis más otras sustancias ilegales. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron el Cuestionario de la personalidad de Eysenck para adultos (EPQ-A) y Escala de Búsqueda de Sensaciones de Zuckerman. Los resultados indicaron que los consumidores de cannabis más otras sustancias puntuaron significativamente más alto en neuroticismo que el resto de los grupos. El grupo de no consumidores puntuaron significativamente más bajo en neuroticismo que los otros grupos. En Intro-Extroversión el grupo de no consumidores puntuó significativamente más bajo en comparación con los otros grupos clínicos. En Psicoticismo se obtuvieron diferencias significativas entre los tres grupos y especialmente el grupo de consumidores de cannabis más otras drogas, que puntuaron de forma más elevada en esta escala. En cuanto a la Búsqueda de Sensaciones igualmente se obtuvieron diferencias significativas en los tres grupos, con mayor puntuación en el grupo de consumidores de cannabis más otras sustancias. Los autores según estos resultados identificaron diferencias de personalidad según el patrón de uso del cannabis en los adolescentes. A medida que se agravaba el patrón de consumo se intensificaban los rasgos de la personalidad incluso llegando a ser significativos clínicamente.

Shedler and Block (1990) realizaron un estudio prospectivo sobre la personalidad en consumidores de cannabis desde la infancia. Analizaron tres grupos de sujetos en función del patrón de consumo: consumidores frecuentes (al menos una vez a la semana y consumo de otras sustancias ilegales), consumidores experimentales (consumo de cannabis no más de una vez al mes y habían probado al menos otra droga) y abstinentes (no consumo de sustancias). Los resultados indicaron que los sujetos de 18 años consumidores frecuentes de cannabis se diferenciaban del resto al presentar ya a los siete años problemas de autoconfianza, indiferencia hacía valores y normas, así como dificultades a la hora de planificar la conducta. A los 11 años, estos mismos sujetos mostraban sensibilidad al estrés, distrabilidad y falta de cooperación, y finalmente a los 18 años se caracterizaban por la impulsividad, inseguridad, con baja tolerancia a la frustración, baja autoestima, impredecibles en su comportamiento y poco empáticos. Por el contrario, el grupo de “experimentales desde los 7 años eran afectuosos, alegres, activos, curiosos, abiertos y entusiastas. Por último, el grupo de “Abstinentes” a los 7 años fueron descri-

tos como cohibidos, obedientes, convencionales y poco creativos. En los 11 años se caracterizaban por ser, ordenados, tímidos, limpios y poco expresivos. A los 18 años mostraban un comportamiento moralista y controlador, muy ansiosos y poco afectuosos. Los hallazgos indicaron: (a) el uso problemático de drogas es un síntoma, no una causa, de la inadaptación personal y social; (b) el significado del consumo de drogas sólo puede entenderse en el contexto de la estructura de la personalidad del individuo y de la historia del desarrollo.

Existen pocos estudios hasta el momento sobre la asociación de TP y dependencia al cannabis. El trastorno esquizotípico de la personalidad, es el que más se ha estudiado en relación con el uso y adicción al cannabis.

Para algunos, la esquizotípia es una variación del contínuum dimensional de predisposición a la psicosis que aparece de forma natural en la población general. Por tanto sería una dimensión de la personalidad que aparece de forma leve en personas sanas. Varios estudios transversales han examinado la asociación entre el consumo de cannabis y los rasgos esquizotípicos, discriminando entre consumidores de cannabis frente a no consumidores (Dumas et al., 2002; Esterberg, Goulding, McClure-Tone, & Compton, 2005; Fridberg, Vollmer, O'Donnell, & Skosnik, 2010). Las personas con personalidad esquizotípica es probable que sean propensas al consumo de cannabis (Bailey & Sawllo, 2004).

Schiffman, Nakamura, Earleywine and LaBrie (2005) encontraron que la sintomatología esquizotípica predijo al consumo de cannabis, lo que sugiere que en esta asociación el trastorno esquizotípico puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de la dependencia al cannabis y no al contrario.

Otros estudios por el contrario, indican que el consumo de cannabis al producir una alteración en la sincronización neural, puede dar lugar a esquizotípia (Skosnik, Krishnan, Aydt, Kuhlensmidt, & O' Donnell, 2006).

Dumas et al. (2002) estudiaron los rasgos esquizotípicos en estudiantes sanos entre los 18-25 años. Entre ellos, los que tenían historia de consumo de cannabis, presentaban mayores puntuaciones en esquizotípia y pensamiento mágico, frente a los que nunca habían consumido.

Por último, existen hipótesis integradoras bidireccionales que aceptan tanto que los rasgos esquizotípicos pueden predisponer al consumo de cannabis, como que el propio uso de esta sustancia produce síntomas esquizotípicos (Henquet, Murray, & Linszen, 2006).

El TAP en el adulto y el trastorno disocial en el adolescente, son los que han mostrado una mayor asociación con el trastorno por dependencia del cannabis (Agosti, Nunes, & Levin, 2002; Comptom, et al., 2005), pero no se disponen de datos para la psicopatía. Según el National Institute on Drug Abuse (NIDA), en EE.UU el 38% de las mujeres y el 53% de los hombres jóvenes arrestados dan positivo a cannabis (Rey, Martín, y Krabman, 2004).

En cuanto al trastorno límite de la personalidad, existe una relación compleja con el uso de cannabis. Los estudios indican un uso frecuente del cannabis en estos sujetos (Chabrol, Massot, & Mullet, 2004). Por un lado, el consumo de cannabis les ayuda a contrarrestar alguna de la sintomatología que presentan, como atenuar el sentimiento de soledad, la disforia, centrar el pensamiento y los ayuda a relajarse, pero al mismo tiempo pueden intensificar conductas impulsivas como los atracones, facilitar episodios de despersonalización y disociación e ideación paranoide.

Hasin et al. (2011) analizaron la prevalencia de TP y el curso de estos, a los tres años en una muestra importante de consumidores de sustancias obtenida a través de la encuesta NESARC, de los que 454 eran consumidores de cannabis y el 30.8% cumplían criterios de dependencia. El TAP, el trastorno límite y trastorno esquizotípico fueron los trastornos que mayormente se asociaron al trastorno de dependencia, especialmente al alcohol y cannabis, persistiendo a los tres años de seguimiento la dependencia de cannabis en un 30%.

Espinoza (2008) analizó la relación existente entre patrones de personalidad desadaptativa según el MCMI-II entre un grupo de 41 consumidores de marihuana y 41 sujetos no consumidores peruanos, encontrando diferencias significativas en ambos grupos tanto en los patrones de personalidad (con excepción del patrón dependiente), y en lo síndromes clínicos (con excepción de la escala Ansiedad del MCMI-II). Concretamente los resultados reflejaron indicadores altos en el grupo de cannabis en las escalas en las escalas Agresivo-Sádico, Antisocial y Narcisista e indicadores moderados en Pasivo-agresivo, Histriónico y Límite, coincidiendo estos resultados con otros realizados previamente en sujetos peruanos (Rojas y Espinoza, 2002).

7.3.5. Trastornos Psicóticos y Consumo de Cannabis

Las investigaciones de los últimos años, concluyen que el consumo de cannabis y los trastornos psicóticos de alguna manera están relacionados.

Revisiones sistemáticas realizadas sobre estudios que analizan la asociación entre el consumo de cannabis y psicosis, indican que el consumo de cannabis puede aumentar en 2-3 veces el riesgo de aparición de psicosis a lo largo de la vida (Arseneault, Cannon, Witton, & Murray, 2004; Henquet et al., 2005; McLeod et al., 2004; Moore et al., 2007; Semple, McIntosh, & Lawrie, 2005; Smit, Bolier, & Cuijpers, 2004).

Varias hipótesis, se han planteado, con el fin de explicar la relación entre psicosis y cannabis (Fernández-Artamendi, Fernández-Hermida, Secades-Villa, y García Portilla, 2011):

- El consumo de cannabis se inicia para confrontar y aliviar la sintomatología psicótica (“hipótesis de la automedicación”).
- El consumo de cannabis se produce junto con otras drogas ilegales que conjuntamente son responsables de los problemas de salud mental.
- El consumo de cannabis y el desarrollo de esquizofrenia comparten factores etiológicos.
- El consumo de cannabis es un factor de riesgo que acelera y agrava la esquizofrenia en personas vulnerables, y afecta a su curso.

- El consumo de cannabis contribuye de forma única al riesgo de padecer un trastorno psicótico, sea este específico o no.

De todas ellas, en las dos últimas es donde la investigación actual se centra y profundiza.

Algunos consumidores de cannabis, presentan sintomatología psicótica producida por los efectos directos del consumo a dosis altas. Esta sintomatología se puede manifestar en forma de alucinaciones, paranoia, amnesia, confusión, hipomanía y labilidad emocional, soliendo remitir en unos días tras la retirada del consumo.

Arendt, Mortensen, Rosenberg, Pedersen and Waltoft (2008) consideran que esta sintomatología inducida por el cannabis, puede ser una expresión temprana de la esquizofrenia en sujetos vulnerables.

Moore et al. (2007) indica que el consumo de cannabis aumenta un 40% el riesgo de presentar episodios psicóticos, incrementándose este porcentaje en sujetos con consumos más elevados. A mayor consumo de cannabis, mayor riesgo de presentar episodios psicóticos.

Otros estudios indican que la edad temprana en el inicio del consumo, así como la alta frecuencia en el uso, puede adelantar de 3 a 7 años la aparición del primer episodio psicótico en sujetos vulnerables (Erdozain, Muguruza, Meana, y Callado, 2009).

Uno de los trastornos mayormente asociados al consumo de cannabis y destacando su posible papel etiológico es la esquizofrenia (Arseneault et al., 2002; Ferguson, Horwood, & Ridder, 2005; Stefanis et al., 2004). Parece que el consumo temprano de cannabis y a dosis altas es un factor de riesgo para el desarrollo de esquizofrenia en sujetos vulnerables genéticamente (Barkus & Lewis, 2008; Dragt et al., 2012; Goulding, Mclure-Tone, & Compton, 2009; Large, Sharma, Compton, Slade, & Nielssen, 2011; Smith et al., 2004). En cambio, otros estudios indican que en los sujetos con trastornos psicóticos, aumenta la probabilidad de consumo de cannabis (Ferdinand et al., 2005; Henquet et al., 2005). Independientemente de esta relación bidireccional, el consumo de

cannabis intensifica los síntomas de la esquizofrenia, agravando su cuadro clínico (Hall & Degenhardt, 2000).

A pesar de la asociación entre cannabis y psicosis, otros factores influyen sobre el riesgo de desarrollar un trastorno psicótico (Degenhardt, Hall, & Lynskey, 2003). Factores genéticos y ambientales interactúan, de manera que el riesgo es probablemente mayor en los que tienen antecedentes familiares de psicosis o una historia personal de sensaciones y vivencias extrañas (Hall, 2006). Aunque no se ha encontrado una relación causal clara, existe un acuerdo en cuanto a la recomendación de advertir de los efectos negativos del consumo sobre la salud mental (Moore et al., 2007; The Lancet, 2007; Roncero, Collazos, Valero, y Casas, 2007).

7.3.6. Otros Trastornos Psicopatológicos y Consumo de Cannabis

7.3.6.1. Trastornos Cognitivos

A nivel cognitivo el uso prolongado y diario de cannabis produce trastornos neuropsicológicos y del rendimiento cognitivo afectando sobre todo a la atención, memoria a corto plazo, percepción, velocidad de procesamiento, psicomotricidad y problemas en la toma de decisiones. Como se comentó anteriormente el cannabis puede producir daños en el tejido cerebral y alteraciones funcionales del flujo sanguíneo y metabolismo cerebral (Yücel et al., 2008; Hunault et al., 2009). Estudios indican que estas deficiencias cognitivas suelen remitir casi en su totalidad a las cuatro semanas abstinencia (Pope et al., 2003; Solowij et al., 2002) y si persisten suelen estar asociados al inicio temprano en el consumo (Pope et al., 2003). Sería necesario aumentar la investigación de los efectos neuropsicológicos a largo plazo del consumo de cannabis (Fernández-Artamedi et al., 2011).

7.3.6.2. Cannabis y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

Fergusson and Boden (2008) analizaron la asociación del consumo de cannabis en la adolescencia con la sintomatología del TDAH en el adulto, mediante un estudio longitudinal prospectivo durante 25 años en 1.265 niños de Nueva Zelanda. Los resultados indicaron una asociación positiva entre el consumo de cannabis y el aumento en la

sintomatología del TDAH en adultos, además esta asociación estaba mediada por el consumo de otras sustancias. Los autores concluyeron que el consumo de cannabis conduce al consumo de otras drogas que a su vez, conducen a un aumento en los síntomas del TDAH.

CAPITULO 8

RASGOS Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN PATOLOGÍA DUAL

8.1. Introducción

Durante los últimos años ha cobrado especial relevancia el estudio de la comorbilidad entre los problemas de drogodependencia y los trastornos mentales, de los cuales existe un porcentaje bastante elevado de la presencia de TP (Lorenzo y Carrera, 1998).

Uno de los puntos centrales de la investigación en este campo se ha centrado en la búsqueda de una tipología adictiva en la personalidad de los pacientes con TUS (Cervera, 1999) haciendo alusión a una personalidad sociopática caracterizada por una incapacidad del sujeto por cumplir normas y vivir de una forma adaptada dentro de la sociedad (Heikimian & Gershon, 1968).

A partir del DSM-III el concepto de personalidad pre-adictiva fue desechado. En la actualidad autores como Barnes et al. (2005) defienden este concepto asumiendo ciertas dimensiones y rasgos, que explicarían la mayor parte de la comorbilidad entre los TP y el TUS. Los estudios que analizan los rasgos de la personalidad en los TUS son escasos. La investigación actualmente se centra principalmente en la relación de la adicción en general, con los TP específicos, definidos estos de forma categorial (Marquez-Arrico y Adan, 2013).

8.2. Rasgos de la Personalidad y Trastornos Adictivos

La personalidad se concibe como un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas que son en mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar y que se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Solamente si estos rasgos son inflexibles y desadaptativos y causan un deterioro funcional significativo, o bien malestar subjetivo constituyen un trastorno de la personalidad (Millon & Davies, 1998).

Actualmente los estudios de la personalidad en los TUS, son principalmente epidemiológicos, con el fin de detectar los TP más prevalentes en la población adicta. En cambio, sabiendo que la personalidad es un factor importante a la hora de explicar los TUS pocos son los estudios que analizan rasgos de la personalidad de pacientes con PD y el posible perfil diferencial respecto aquellos que sólo presentan un trastorno mental o un trastorno por consumo (Marquez-Arrico y Adan, 2013; Saint-Lèbes, Rodgers, Birmes, & Schimitt, 2012).

La Búsqueda de Sensaciones e Impulsividad son las dimensiones de la personalidad más estudiadas en los TUS. Ambas suelen ser elevadas en sujetos con PD al compararlas con los sujetos que solo presentan un trastorno mental (Dervaux et al., 2010a; Kim, Kim, Park, Bin, & Chung, 2007; Swann, Dougherty, Pazzaglia, Pham, & Moeller, 2004).

Zhomitsky et al. (2012) estudiaron los rasgos de la personalidad (búsqueda de sensaciones, anhedonia social e impulsividad) en pacientes con TUS y esquizofrenia (n = 31), en pacientes con TUS sin trastorno psiquiátrico (n = 39) y en pacientes solo con esquizofrenia (n=23). Estos grupos fueron comparados con un grupo control (n = 25). La impulsividad se evaluó mediante la Escala de Impulsividad de Barratt, la búsqueda de sensaciones se evaluó mediante la Escala de Búsqueda de Sensaciones de Zuckerman, y la anhedonia social se evaluó con la Escala Chapman de Anhedonia Social. Los resultados indicaron, que la búsqueda de sensaciones fue significativamente mayor en los grupos con PD y con trastornos por consumo. La anhedonia social, fue significativamente mayor en el grupo dual y el grupo con esquizofrenia, en relación con los controles. La impulsividad fue significativamente mayor en los tres grupos clínicos, en comparación con el grupo control. Los resultados sugieren que la búsqueda de sensaciones es elevada en los TUS (con independencia de la esquizofrenia), la anhedonia social es importante en la esquizofrenia (independientemente del TUS) y la impulsividad es elevada en las tres poblaciones clínicas.

Evren, Durkaya, Evren, Dalbudak and Cetin (2012) analizaron la relación de la conducta de recaída con la impulsividad, la búsqueda de sensaciones y el deseo de consumo, durante los 12 meses de seguimiento posterior al tratamiento hospitalario en 102 varones dependientes del alcohol. El 61.8% de los pacientes sufrieron una recaída du-

rante los 12 meses de seguimiento. La impulsividad y búsqueda de sensaciones se asociaron al grupo con recaída. La impulsividad no planificada se asoció de forma positiva con el deseo de consumo. Estos hallazgos sugieren que la impulsividad, búsqueda de sensaciones y deseo son variables importantes para predecir el resultado y también para el diseño del plan de tratamiento de estos pacientes.

Bizzarri et al. (2009) examinaron la presencia y correlatos clínicos del uso de sustancias en pacientes con trastornos psicóticos. La muestra estudiada estaba compuesta por 108 pacientes hospitalizados y ambulatorios, principalmente consumidores de alcohol y cannabis. Los autores realizaron comparaciones entre los sujetos con ($n = 47$) y sin ($n = 61$) un diagnóstico de TUS. En los pacientes con un inicio temprano de la psicosis (<17 años), la aparición del TUS fue posterior. Los pacientes con TUS tenían mayor sensibilidad a los efectos de la sustancia, mayores rasgos de la búsqueda de sensaciones y eran más propensos a automedicarse que los pacientes sin TUS. Los resultados, basados en un estudio transversal, sugieren que el inicio precoz de la psicosis, la sensibilidad a la sustancia y rasgos como la búsqueda de sensaciones representan factores de vulnerabilidad para el desarrollo del TUS.

Dervaux, Laqueille, Bourdel, Olié and Krebs (2010b) evaluaron por primera vez la impulsividad y búsqueda de sensaciones específicamente en pacientes con esquizofrenia con abuso o dependencia del alcohol. Estos autores compararon la impulsividad y búsqueda de sensaciones en un grupo de pacientes con esquizofrenia (bajo criterios DSM-III-R) con abuso o dependencia al alcohol ($n = 34$) y en un grupo de pacientes esquizofrénicos sin diagnóstico adictivo ($n = 66$). La impulsividad y búsqueda de sensaciones fueron medidas con la Escala de Impulsividad de Barrat (BIS) y la escala de Búsqueda de Sensaciones de Zuckerman. Los resultados indicaron que las puntuaciones medias en impulsividad y búsqueda de sensaciones fueron mayores en el grupo con abuso que en el grupo sin TUS. Los autores concluyeron que el aumento de la impulsividad o la búsqueda de sensaciones puede ser un enlace entre la esquizofrenia y el abuso o dependencia al alcohol.

Desde la perspectiva dimensional el modelo de los 5 factores ha estudiado también la estructura de la personalidad en sujetos drogodependientes.

Terraciano, Löckenhoff, Crum, Bienvenu and Costa (2008) analizaron en una amplia muestra de sujetos estadounidense (n=1.102) los rasgos de la personalidad, utilizando el Inventario de Personalidad NEO-PI-R. Los autores comparan el perfil de personalidad de consumidores de tabaco, marihuana, cocaína y heroína con sujetos no consumidores. Los resultados indicaron altos niveles de afectividad negativa e impulsividad en los sujetos consumidores de sustancias. Los consumidores de tabaco, cocaína y heroína puntuaban bajo en escrupulosidad y alto en neuroticismo, especialmente en los consumidores de cocaína y heroína, particularmente en competencia, logro-esfuerzo y deliberación. Los consumidores de marihuana puntuaron alto en apertura a la experiencia, medio en neuroticismo y bajo en amabilidad y responsabilidad. Además de los resultados obtenidos los autores señalan la importancia de la relación entre el consumo de drogas y la baja escrupulosidad, como un factor a tener en cuenta para las intervenciones en la salud pública.

Pedrero-Pérez (2002) analizó la estructura de la personalidad de una muestra de 158 consumidores de cocaína, heroína y alcohol que demandan tratamiento en un centro de atención a drogodependientes, utilizando como instrumento el Big Five Questionnaire (BFQ) y los comparó con la población normativa. Intentó también establecer grupos con perfiles similares y estimó posibles diferencias entre ellos, según variables psicopatológicas, sociodemográficas y de consumo. Los resultados de este estudio indican que tomando la muestra en su conjunto sólo aparecen diferencias con la población normativa en la dimensión estabilidad emocional, tesón y apertura mental, no existiendo diferencias significativas según la droga que motiva la demanda. Mediante el análisis de conglomerados identifica 8 perfiles que muestran diferencias significativas en variables psicopatológicas y de consumo.

Sánchez-Hervás y Berjano-Peirats (1996) analizaron diferencias en las características de personalidad entre un grupo de 70 adictos a la heroína en tratamiento de deshabituación y 70 sujetos sin TUS o grupo control. Para la evaluación de la personalidad utilizan el Cuestionario Factorial de la personalidad 16PF. Los resultados indicaron diferencias significativas entre ambos grupos en seis factores del 16PF concretamente

en C, E, I, L, O y Q1. El grupo de adictos a la heroína presentó una baja puntuación en los factores C, I y elevadas puntuaciones en los factores E, L, O, Q1, lo cual indicaba que estos sujetos eran inestables, con baja tolerancia a la frustración, neuróticos, hostiles y autoritarios, más obstinados y agresivos, duros firmes y fríos, suspicaces, depresivos con tendencia a la ansiedad y abiertos y orientados al cambio. Los autores concluyeron que estas diferencias no fueron suficientes para establecer un perfil diferencial de la personalidad en estos sujetos con respecto al grupo control.

Bravo-Caval et al. (1986), analizaron la personalidad en 70 pacientes heroínómanos a través de la forma A del 16PFy los compararon con un grupo control de 70 sujetos no drogodependientes. Los resultados indican diferencias significativas en las siguientes variables: A (introversión-extroversión), C (poca fuerza del ego-mucha fuerza del ego), G (poca fuerza superego-mucha fuerza superego), L (confiable suspicaz), O (seguro de sí-tendencia a la culpabilidad), Q1 (conservador radical), Q2 (dependiente-autosuficiente), Q4 (tranquilo- sobreexcitado), Qs1 (ansiedad baja- ansiedad alta) y Qs3 poca sociabilización controlada-mucha sociabilización controlada). En concreto los sujetos heroínómanos se caracterizaron por una L, O, Q1, Q2, Q4 y Qs1 elevada es decir, estos sujetos se caracterizaron por ser suspicaces con tendencia a la culpa, radicales, autosuficientes, sobreexcitados y con alta ansiedad, por el contrario los factores A, C, G y Qs3 obtuvieron puntuaciones significativamente bajas con respecto al grupo control. Los autores concluyeron que a pesar de estos resultados estos rasgos no constituyeron un patrón universal de estructura de la personalidad.

Deren (1977) aplicó a 1.735 varones y 348 mujeres drogodependientes el 16PF con el fin evaluar la personalidad de estos sujetos, comparando los resultados en función del sexo. Los principales resultados indicaron que los hombres eran más reservados, serios, radicales e inteligentes y las mujeres más dependientes, suspicaces y ansiosas.

Ciotola (1976) utilizó el 16PF, (forma A) a tres grupos de adictos: 68 alcohólicos, 70 policonsumidores y 50 dependientes de heroína, si encontrar diferencias significativas entre estos tres grupos. El Factor O destacó en todos los grupos, especialmente en los dependientes de alcohol.

Desde el modelo de la personalidad de Cloninger, se han medido las dimensiones del temperamento y carácter utilizando el Inventario de Temperamento y Carácter TCI y TCI-R (Cloninger, Przybeck, Svrakic, & Wetzel, 1994; Cloninger, 2000). Se han observado bajos niveles en las dimensiones persistencia y altas puntuaciones en la dimensión evitación del daño en los pacientes con PD en comparación con los que solo tienen un trastorno adictivo o un trastorno mental.

Mandelli et al. (2012) investigaron el papel del TUS, los TP del eje II y rasgos de personalidad sobre los resultados a medio plazo (6 meses) en el tratamiento de la depresión bipolar. Se incluyeron en el estudio 139 pacientes con trastorno bipolar que cumplían los criterios para un episodio depresivo de los cuales 56 presentaban un TUS. Se dividió la muestra según la presencia o no de un TUS y se realizaron comparaciones entre ellos. Los rasgos de evitación del daño y búsqueda de la novedad fueron más altos en el grupo con TUS. Los resultados indicaron que los rasgos de personalidad neuróticos parecen estar asociados con una recuperación más lenta en los síntomas depresivos del trastorno bipolar, independientemente de su gravedad inicial.

Rae et al. (2002) examinaron a 180 pacientes con un diagnóstico principal de depresión mayor, con o sin un TUS para el alcohol y cannabis. Dividieron el grupo según la presencia del trastorno adictivo. Una de las pruebas utilizadas para medir la personalidad fue el TCI Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger. Los resultados indicaron elevadas puntuaciones en búsqueda de la novedad y bajas puntuaciones en la dimensión persistencia y cooperación en el grupo con PD.

Luckasiewicz et al. (2009) estudiaron a 998 sujetos entre 18 y 60 años, de los cuales 262 presentan un diagnóstico de PD (la sustancia más prevalente de consumo fue el cannabis), 427 sujetos presentaban un trastorno mental sin adicción; 89 un TUS y 220 sujetos sin diagnóstico clínico. Para evaluar los rasgos de la personalidad utilizaron el inventario TCI de Cloninger. Los resultados indicaron que los pacientes con PD obtuvieron puntuaciones más bajas en las dimensiones auto-trascendencia y autodirección en comparación con los otros grupos clínicos. La búsqueda de la novedad y evitación del daño también fueron más elevadas en el grupo de PD.

Cohen et al. (2005) compararon rasgos de la personalidad entre adictos a heroína ya deshabitados (n=26) con adictos en tratamiento de mantenimiento con metadona (n=33) y un grupo control (n=43). Para ello, utilizaron el MCMI-II y el TCI. Los resultados mostraron alteraciones de carácter global. Los adictos en tratamiento con metadona presentaron una mayor puntuación en búsqueda de novedades y menos autocontrol que el grupo no clínico, mientras que los que la habían abandonado puntuaban más alto que los controles en dos escalas del clúster A de personalidad y en la escala de Trastorno delirante, concluyendo que la patología psicótica en pacientes previamente adictos a opiáceos podría ser mayor de lo estimado e importante a la hora de seleccionar el tratamiento.

Barrón, Mateos, Martínez y Villate (2004) estudiaron la personalidad en una muestra de 117 hombres dependientes de sustancias (49 de opiáceos y 68 de cocaína) en tratamiento de rehabilitación. Para ello utilizaron el TCI en dos subgrupos dependiendo del tipo de sustancia consumida comparando los resultados entre sí y con un grupo control extraído de la población general. Los resultados demostraron la existencia de diferencias significativas en los dos grupos en cuanto a rasgos de personalidad, tanto en temperamento como en carácter comparados con la población general. Se infirió que el 60% del grupo de estudio tenía una alta probabilidad de presentar un TP.

Según los estudios revisados, parecen que los rasgos de la personalidad en PD suelen ser más desadaptativos al compararlos con otros diagnósticos psiquiátricos. Niveles elevados en Impulsividad, Búsqueda de Sensaciones, Evitación del daño y Neuroticismo son característicos en sujetos con PD.

8.3. Trastornos de la Personalidad y Trastornos por Uso de Sustancias

La CIE-10, describe los TP dentro de la categoría “Trastornos específicos de la personalidad, trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad y transformaciones persistentes de la personalidad”.

En ella, define los TP como:

.....“formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo que se manifiestan como modalidades estables de respuestas a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas, o al menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y, sobre todo, se relaciona con los demás. Estas formas de comportamiento suelen ser estables y abarcar aspectos múltiples de las funciones psicológicas y del comportamiento. Con frecuencia, aunque no siempre, se acompañan de grados variables de tensión subjetiva y de dificultades de adaptación social” (p247).

Dentro de la categoría trastornos específicos de la personalidad la CIE-10, incluye los siguientes criterios para el diagnóstico:

Se requiere la presencia de una alteración de la personalidad no directamente atribuible a una lesión o enfermedad cerebral important, o a otros trastornos psiquiátricos, que reúna las siguientes pautas:

- a) Actitudes y comportamiento marcadamente faltos de armonía, que afectan por lo general a varios aspectos de la personalidad, por ejemplo a la afectividad, a la excitabilidad, al control de los impulsos, a las formas de percibir y de pensar y al estilo de relacionarse con los demás.
- b) La forma de comportamiento anormal es duradera, de larga evolución y no se limita a episodios concretos de enfermedad mental.
- c) La forma de comportamiento anormal es generalizada y claramente desadaptativa para un conjunto amplio de situaciones individuales y sociales.
- d) Las manifestaciones anteriores aparecen siempre durante la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez.
- e) El trastorno conlleva un considerable malestar personal, aunque éste puede también aparecer sólo en etapas avanzadas de su evolución.
- f) El trastorno se acompaña, por lo general aunque no siempre, de un deterioro significativo del rendimiento profesional y social.

A partir de estos criterios generales se especifican subtipos de trastornos de TP, los cuales requieren la presencia de al menos tres de los rasgos o formas de comportamiento que aparecen en su descripción.

Los trastornos específicos de la personalidad que describe esta clasificación son los siguientes:

- F60.0. Trastorno paranoide de la personalidad.
- F60.1. Trastorno esquizoide de la personalidad.
- F60.2. Trastorno disocial de la personalidad.
- F60.3. Trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad, en el cual se diferencia entre: F60.30. Trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo y F60.31. Trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite.
- F60.4. Trastorno Histriónico de la personalidad.
- F60.5. Trastorno anancástico de la personalidad.
- F60.6. Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad.
- F60.7. Trastorno dependiente de la personalidad.
- F60.8. Otros trastornos específicos de la personalidad. Aquí se incluyen:
 - ✓ Personalidad narcisista.
 - ✓ Personalidad excéntrica.
 - ✓ Personalidad inestable.
 - ✓ Personalidad inmadura.
 - ✓ Personalidad pasivo-agresiva.
 - ✓ Personalidad psiconeurótica.
- F60.9. Trastorno de la personalidad sin especificación. Aquí se incluyen
 - ✓ Neurosis de carácter.
 - ✓ Personalidad patológica.

En la categoría Trastornos mixtos y otros TP la CIE-10, incluye aquellos trastornos y anomalías de la personalidad que suelen ser problemáticos pero no se pueden categorizar en los trastornos descritos anteriormente. Aquí se incluye:

- F61.0 Trastornos mixtos de la personalidad.
- T61.1. Variaciones problemáticas de la personalidad.

Las prevalencias de TP en pacientes con trastorno por abuso de sustancias son variadas dependiendo del tipo de sustancia, trastorno de la personalidad e instrumentos utilizados para su valoración (Verheul, 2001). La presencia de TP entre los consumidores de drogas es cuatro veces mayor que entre la población general. Además los sujetos con TP son más propensos (12.24 veces) a desarrollar un TUS. En concreto esta asociación es más fuerte con los trastornos del clúster B especialmente con el trastorno límite y TAP (Colpaert, Vanderplasschen, De Maeyer, Broekaert, & De Fruti, 2012).

Numerosos estudios indican una alta prevalencia de TP oscilando entre el 34% y 72% en pacientes adictos en tratamiento (Arias et al., 2013; Bottlender, Ulrich, Preuss, & Soyka, 2006; George & Krystal, 2000; Jones et al., 2004). Esta alta comorbilidad parece estar asociada a un peor pronóstico y respuesta al tratamiento, así como mayores complicaciones clínicas, sociales y de las características del patrón de consumo (San Molina, 2004).

Conocer los mecanismos etiológicos existentes entre los TP y los TUS siguen siendo en la actualidad a pesar de la investigación un hecho complicado y controvertido. Si bien es cierto, estudios epidemiológicos, longitudinales y retrospectivos, evidencian una posible etiología entre el uso de la sustancia y los TP.

Verheul (2001) indica la existencia de una relación no meramente causal entre los TP y el TUS. Este autor indica que la adicción se explicaría por la interacción recíproca de factores de vulnerabilidad biológicos, psicológicos y recursos del individuo con sus circunstancias psicosociales. Establece tres vías en las que los TP podrían tener un importante papel etiológico:

1. Vía de la desinhibición conductual donde rasgos antisociales, una elevada impulsividad y evitación del daño predispondrían al uso de sustancias.
2. Vía de reducción del estrés: la reactividad al estrés, sensibilidad a la ansiedad y neuroticismo llevarían al sujeto a experimentar con ansiedad e inestabilidad acontecimientos vitales estresantes, utilizando la sustancia para paliar esta sintomatología.

3. Vía de la sensibilidad a la recompensa, sujetos con puntuaciones altas en búsqueda de sensaciones, recompensa o extraversión, buscarían la sustancia por sus efectos placenteros.

Sher and Trull (2002) establecieron tres hipótesis sobre la relación entre TP y TUS:

1. Ambos están causados por un factor común.
2. Los TP producen trastornos por uso de sustancias.
3. Los TUS causan TP.

En cambio, algunos estudios indican que los TP y el uso de la sustancias no están relacionados (Skodol, Oldham, & Gallagher, 1999; Verheul et al., 2000), reflejando la independencia de ambos tanto en inicio como en curso.

Los TP que mayor comorbilidad han presentado con los TUS según la literatura son los trastornos del clúster B (Límite, Antisocial, Histrónico y Narcisista) del DSM-IV. El clúster B es el que más se ha estudiado y se ha relacionado con el consumo de sustancias, apenas existiendo datos del clúster A y clúster B.

El TAP es el que tradicionalmente el que se ha considerado más frecuente en sujetos consumidores alcanzando tasas de hasta un 70% (Bergé, Fonseca, Mateu, Noncon, & Torrens, 2005; Bricolo, Gomma, Bertani, & Serpelloni 2002; Compton, Conway, Stinson, Colliver, & Bridget, 2005) representando el diagnóstico más frecuente en esta población.

Compton et al. (2005) determinaron en una muestra representativa de adultos de EE.UU una prevalencia para el TAP del 3.6% de la cual, un 30.6% abusaban del alcohol y un 10.3% de otras drogas. Estos autores observaron una asociación estadísticamente significativa entre muchas de las variables del TAP y el consumo de drogas.

Los sujetos con TAP y TUS tienen una mayor probabilidad de cometer delitos y presentar conductas desadaptadas (Fridell, Hese, Jaeger, & Kühlhorne 2008; Westermeyer & Tuhras, 2005).

El trastorno límite de la personalidad es también uno de los trastorno frecuentemente encontrados en sujetos drogodependientes (Bergé et al., 2005, Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin, & Burr, 2000). Las tasas de comorbilidad para ambos trastornos varían según estudios, encontrando estimaciones del 84% de TUS en pacientes con trastorno límite y del 66% de trastorno límite dentro de muestras de adictos (Dulit, Fyer, Haas, Sullivan, & Frances, 1990; Links, Heslegrave, Mitton, Reekun, & Patrick, 1995).

Dulit et al. (1990) realizaron un estudio en el cual investigaron el predominio del uso de sustancias en 137 pacientes hospitalizados con trastorno límite de la personalidad según los criterios DSM-III. El 67% de estos pacientes fueron diagnosticados de TUS. Las sustancias más usadas eran el alcohol y los sedantes hipnóticos. Cuando el abuso de la sustancia no fue utilizado como criterio de diagnóstico para el trastorno límite de la personalidad, 23 de los 137 pacientes no cumplían los criterios para el diagnóstico del trastorno. Estos pacientes se diferenciaron considerablemente del resto en gravedad y curso de la enfermedad. Estos datos sugieren que quizás haya un subgrupo de pacientes límites para quién el uso de la sustancia juega un papel principal en la psicopatología del trastorno límite. En este sentido el consumo de algunas drogas eliminaría los impulsos agresivos y la disforia de los sujetos con trastorno límite de la personalidad.

Una dificultad a la hora de estimar la presencia de trastorno de la personalidad límite en población adicta es el solapamiento de la sintomatología de ambos trastornos. El hecho de que uno de los criterios para su diagnóstico sea el consumo de drogas en el criterio impulsividad, pueden influir en las altas tasas de prevalencia encontradas y por consecuencia se sobreestime su presencia (Pedrero et al., 2003), aunque en estudios donde no se han tenido en cuenta este criterio para el diagnóstico se mantienen las altas tasas de comorbilidad (Van de Bosch, Verheul, & Van den Brink, 2001). La comorbilidad del trastorno límite de la personalidad con los TUS presenta múltiples dificultades con evolución negativa del curso de ambos trastornos. En estos pacientes existe un mayor riesgo de suicidio, homicidio, autolesiones, resultados terapéuticos pobres, edad de inicio en el consumo más temprano, con dependencia física más grave y mayores complicaciones sociales emocionales y legales (Bornovalova, Lejuez, Daughters, Rosenthal, & Lynch, 2005).

Datos de la presencia de otros TP, indican que en sujetos con trastorno narcisista de la personalidad la prevalencia de TUS suelen oscilar entre el 12-38% (Vaz Leal, Bejar, y Trancón, 2004).

En nuestro país un estudio reciente sobre PD realizado en la Comunidad de Madrid, indican que los sujetos con PD destacan los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide, antisocial y límite (Arias et al., 2013).

Calsyn, Wells, Fleming, and Saxon (2000) administraron el MCMI a 144 varones y 86 mujeres durante el primer mes de admisión a tratamiento en un programa de mantenimiento de Metadona, con readministración de la prueba al año y medio de tratamiento. Los resultados indicaron una disminución general de las escalas especialmente en los síndromes clínicos indicando una menor psicopatología entre la evaluación inicial y seguimiento. Las escalas Antisocial y Narcisista no mostraron cambios tras el periodo de abstinencia.

Bricolo et al. (2002) señalaron la prevalencia de TP aplicando la entrevista semi-estructurada SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV personality Disorders) a una muestra de 115 sujetos con trastorno por abuso de drogas. Los resultados mostraron que el TP más frecuente fue el límite en un 76% de la muestra seguido del trastorno antisocial con un porcentaje del 69.9%. El trastorno paranoide fue el tercero más frecuente (52.7%) seguido del trastorno narcisista (42%), obsesivo-compulsivo (40.2%), trastorno evitativo (34.8%), esquizoide (34.8%), dependiente (25.9%) y finalmente histriónico con un porcentaje menor (9.8%).

El MCMI ha sido uno de los instrumentos diagnósticos más utilizados para la investigación de los TP en poblaciones adictas a diferentes sustancias. La literatura nos ofrece numerosas investigaciones donde se ponen en relación los patrones disfuncionales de personalidad definidos en esta prueba, con diferentes variables características de esta población.

En un estudio reciente Magor-Blatch, Keen and Bhullar (2014) examinaron que factores de la personalidad podrían predecir la adherencia al tratamiento a los 12 meses en 213 entre 19 y 58 años, residentes adictos a metanfetamina en una comunidad terapéutica.

ética. Utilizan el MCMI-III para valorar los rasgos de la personalidad. El estudio utilizó un diseño de cohorte prospectivo. El MCMI-III se administró al comienzo del estudio. Los resultados indicaron una alta prevalencia TP en la muestra. Los usuarios que abandonaron más tempranamente el tratamiento puntuaron más alto en personalidad antisocial, narcisista, negativista, agresivo-sádico, esquizoide y esquizotípico. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas entre la personalidad de los que completaron el programa de los que no lo finalizaron.

Pedrero Pérez, López Durán y Fernández del Río (2012) indicaron que los instrumentos de medida tienden a incrementar la prevalencia de los TP en población adicta y en concreto en el MCMI la existencia de psicopatología del Eje I modifica al alza la puntuación de las escalas de trastornos de personalidad. Los baremos para sujetos adictos se establecen disminuyendo el umbral para el diagnóstico, porque se presupone una mayor prevalencia de TP en ellos. Por ello, exploraron la estructura factorial subyacente del MCMI-II en 1.106 sujetos adictos a heroína, cocaína, alcohol y cannabis en tratamiento ambulatorio. Analizaron también la relación entre esta estructura y los diagnósticos obtenidos del MCMI-II. El abuso de alcohol no mostró correlaciones con ninguno de los rasgos y por el contrario, el abuso de drogas correlacionó significativamente y con moderado tamaño del efecto con los trastornos antisocial y límite, por lo que los autores indican que el consumo de alcohol puede estar más relacionado con el alivio del malestar y el consumo de otras drogas con la búsqueda de refuerzo positivo. Tras sus análisis encontraron que la parte principal del MCMI-II explora síntomas de inicio reciente, y que la mayor parte del contenido evalúa condiciones inestables, en un cuestionario que pretende evaluar rasgos estables y TP.

Bakken, Landheim and Vaglum (2007) plantearon en un estudio de seguimiento prospectivo a los 6 años con 287 pacientes con TUS, si los trastornos del Eje I y II valorados en la admisión predicen el nivel de angustia mental en el seguimiento, cuando las variables edad, sexo y el consumo de sustancias medidos tanto al inicio y durante el seguimiento se controlaban. Los trastornos del eje II fueron valorados con el MCMI-II, y cinco de ellos se relacionaron de forma clara con un mayor nivel de angustia mental, en concreto estos fueron: borderline, evitativo, pasivo-agresivo, sádico-agresivo y masoquista. En las mujeres de la muestra (n=137), el malestar psíquico se relacionó de forma más significativa con conductas adictivas activas que en los hombres. Los autores

concluyen que eliminar la conducta adictiva no siempre lleva a la reducción clínicamente significativa del malestar psíquico y que por ello, los trastornos del eje I y II deberían abordarse mediante un tratamiento integral.

En un estudio transversal Pedrero Pérez et al.(2003) analizaron la prevalencia e intensidad de los TP a través del MCMI-II una muestra de 141 sujetos (105 varones y 96 mujeres) en tratamiento por consumo de heroína (n= 69); cocaína (n= 32), alcohol, (n=34) y cannabis (n= 6) de un Centro de Atención a Drogodependientes (CAD). Compararon los resultados en función del sexo, edad del sujeto, edad de inicio del consumo tiempo de consumo, tipo de sustancia, y momento del tratamiento. Los resultados indicaron un claro predominio de TP en la muestra (83% de los cuales el 56% se consideraron de gravedad), siendo el pasivo/agresivo más frecuente en hombres y el trastorno dependiente en mujeres. Los tres trastornos graves (esquizotípico, límite y paranoide) no aparecieron lo suficientemente representados en la muestra, sólo resultando significativos en los consumidores de cocaína (31.3%). El patrón antisocial a diferencia de otros estudios no alcanzó el 32% de la muestra. No se evidenciaron diferencias significativas según el sexo. Al realizar las comparaciones según el tipo de sustancia los consumidores de cocaína presentaron trastornos más graves y agresivos que el resto de consumidores. Atendiendo a la intensidad del trastorno conforme se avanzó en el tratamiento esta disminuyó y el patrón pasivo-agresivo fue el más frecuente en ambos sexos.

Mestre et al. (2001) analizan las características de personalidad de 73 pacientes consumidores de cocaína y heroína atendidos en una Unidad de Desintoxicación. Utilizaron MCMI-II y compararon los resultados según la sustancia consumida. Los resultados indicaron que los consumidores de cocaína presentaron mayores niveles de psicopatología asociada a su adicción, especialmente en la personalidad evitativa, límite, abuso de drogas, abuso de alcohol, ansiedad, distimia, histeriforme y depresión mayor.

Nadeau, Landry and Racine (1999) utilizaron la primera versión del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI, 1952). Determinaron la prevalencia de TP en una muestra de 225 pacientes (182 hombres y 73 mujeres) en tratamiento por abuso de sustancias y compararon estos resultados con las conclusiones de estudios similares que había utilizado el MCMI-I. Los resultados obtenidos mostraban que un 76.5% de la muestra alcanzó una puntuación de tasa base (TB) superior a 74 en personalidad pasivo-

agresiva, seguido del patrón dependiente (69.4%) evitativo (68.6%), límite (55.3%), esquizoide (52.5%), paranoide (31.4%), antisocial (26.3%), histriónico (24,7%), esquizotípico (22%), narcisista (20.8%) y compulsivo (0.4%). La comparación por sexos indicó que las mujeres en general presentaban más TP que los hombres. La comparación con otros estudios indicaron que en las escalas esquizoide, evitativo, dependiente, pasivo agresivo, esquizotípico, y límite obtuvieron medias más altas y en la mayor parte de los casos, se diferenciaron considerablemente de las otras muestras.

Ravndal, and Vaglum (2010) es un estudio prospectivo, aplicaron el MCMI-II a 481 toxicómanos en tratamiento con el fin de analizar la fiabilidad y estabilidad de los rasgos de la personalidad en el MCMI entre la admisión y los siete años después del inicio del tratamiento. Estos autores encontraron una reducción significativa desde el inicio del tratamiento a la evaluación posterior para el trastorno antisocial, límite, pasivo agresivo y en general para todas las escalas del cuestionario.

CAPITULO 9

INTELIGENCIA EMOCIONAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS.

9.1. Introducción

La primera vez que aparece el término “Inteligencia Emocional” (IE) es en un artículo publicado en 1990 por Salovey y Mayer, donde esta se define como la capacidad para percibir y comprender los sentimientos de uno mismo y de los demás, así como de generar sentimientos que faciliten un pensamiento y comportamiento eficaz. Este concepto engloba dos sistemas de procesamiento para la información afectiva: el sistema interpersonal y el sistema intrapersonal. Posteriormente estos autores profundizan en el concepto de IE, desde lo que ellos denominan un modelo de capacidad y diferenciándolo de otros modelos que consideran mixtos (Mayer, Salovey, & Caruso, 2000). Los modelos de capacidad se basarían en aspectos cognitivos y capacidades mentales, mientras que los modelos mixtos combinarían capacidades mentales con rasgos de la personalidad. A partir de este planteamiento reformularon su definición inicial de la IE como “la habilidad para percibir y valorar con exactitud la emoción; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos cuando éstos facilitan el pensamiento; la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional; y la habilidad para regular las emociones que promueven el crecimiento emocional e intelectual” (Mayer & Salovey, 2007).

Goleman (1996) define la IE como la capacidad del individuo que induce a la motivación para tolerar la frustración, controlar los impulsos, la angustia, regular el estado de ánimo y ayuda a empatizar y confiar en los demás. Destaca que este tipo de inteligencia es más importante que el ya conocido cociente intelectual para alcanzar el éxito en todas las facetas de la vida del ser humano. A partir de la publicación de su libro “Inteligencia emocional” con importante repercusión internacional, despierta el interés general de la comunidad científica por este constructo.

Otra concepción de inteligencia emocional es la que propone Bar-On (2006), quien considera que la IE es un constructo formado por rasgos emocionales y de personalidad. Se refiere a ella como inteligencia emocional-social ya que facilita las relaciones del individuo en su contexto social.

Es generalmente aceptado que una elevada IE permite una mejor capacidad de adaptación personal, social y laboral. Diferentes estudios han demostrado la importancia e influencia de la IE para el buen funcionamiento psicológico (Augusto, López, Martínez de Antoñana, y Pulido, 2006; Bar-On, 2006; Davis, Stankov, & Roberts (1998); Extremera y Fernández-Berrocal, 2006).

El estudio de la IE y su relación con las adicciones es relativamente reciente. En este sentido son frecuentes las investigaciones en adolescentes de carácter preventivo (García del Castillo-López 2011; Limonero, Gómez-Romero, Fernández-Castro, y Tomas-Sábado 2013; Monaci, Scacchi, Posa, & Trentin, 2013). Existen pocas investigaciones con muestras clínicas de adultos y la mayoría de ellas se centran en los trastornos por uso de alcohol.

9.2. Estudios sobre Inteligencia Emocional y Consumo de Sustancias

En un estudio reciente, Monaci et al. (2013) examinaron la relación entre la IE y los predictores típicos de frecuencia de consumo de alcohol en 198 estudiantes universitarios italianos. Los autores investigaron el papel de la IE y su relación con el consumo, abuso de alcohol y la presión del grupo. Los resultados mostraron que la IE no se relaciona con el uso de alcohol ni con el abuso, en cambio, se relacionó con formas activas de afrontamiento, búsqueda de sensaciones y emociones positivas asociadas al consumo de alcohol. Mediante este estudio los autores confirman el importante papel de la presión de los compañeros como predictor del consumo de alcohol. El estudio concluye señalando la importancia en las estrategias dirigidas a la regulación de las emociones, disfunciones vinculadas con el abuso del alcohol, y a la mejora de la capacidad de resistir la presión para ajustarse a las normas del grupo en una población donde ser aceptado y aprobado por el grupo es un objetivo crucial.

Limonero et al. (2013) estudiaron la IE percibida y la impulsividad en el abuso de cannabis en 146 jóvenes universitarios. Midieron el abuso de alcohol, cannabis, satisfacción con la vida, impulsividad e IE percibida. Los resultados indicaron que el abuso de cannabis se relaciona principalmente con la atención emocional (componente de la inteligencia emocional percibida), con el abuso de alcohol y la impulsividad, pero no con la satisfacción vital. Así mismo se observaron interacciones entre la atención emocional e impulsividad y éstas con el abuso de alcohol.

García del Castillo-López (2011) analizó el papel preventivo de la IE en relación con el consumo de alcohol en una muestra de 411 adolescentes y jóvenes de la provincia de Alicante. Los resultados indicaron que factores como la resistencia a la presión del grupo de iguales para el consumo de alcohol y el apoyo social, se relacionaron de forma positiva con la IE.

La IE puede potencialmente contribuir a la variabilidad en factores de riesgo como la percepción del estrés y control de los impulsos en individuos dependientes de cocaína (Fox, Bergquist, Casey, Hong, & Sinha, 2011). Estos autores midieron la IE bajo los supuestos de la teoría de Mayer, Salovey and Caruso (2000) en 72 individuos dependientes de cocaína en tratamiento y 52 controles sanos. Un análisis secundario analizó la asociación entre la IE, coeficiente intelectual, estrés percibido y control de los impulsos en ambas poblaciones. Los resultados mostraron que los sujetos dependientes de cocaína demostraron dificultades en IE en comparación con los controles sanos, específicamente con respecto al razonamiento emocional de nivel superior incluyendo el entendimiento, la gestión y la regulación de la emoción. Estos problemas en la IE se asociaron con un mayor estrés percibido y dificultades en el control de los impulsos. Los hallazgos indicaron que aspectos específicos de la IE pueden ser de importancia clínica en poblaciones de dependientes de cocaína en factores relacionados con procesos de recaída, tales como la desregulación del estrés y control de los impulsos.

Craig, Fisk, Montgomery and Murphy (2010) relacionaron el uso del éxtasis (MDMA), con una IE inferior, y con alteraciones en el funcionamiento en áreas del cerebro responsables de la emoción. Este estudio exploró la relación entre el consumo de éxtasis, IE, estado de ánimo y la educación de los hijos. La muestra estuvo compuesta por 78 usuarios de éxtasis y otras drogas. No se obtuvieron resultados que asociaran el

consumo de drogas con la IE, aunque sí para el resto de variables estudiadas. Efectos del estado de ánimo negativos específicamente asociados con el consumo de éxtasis se relacionaron significativamente con una baja IE y fueron independientes de coeficiente intelectual, la edad y el género.

En una revisión sistemática realizada por Kun and Demetrovics (2010) se identificaron 51 artículos que analizaban la IE y las adicciones, de los cuales 36 cumplieron los criterios de inclusión para la revisión a la hora de analizar la relación entre IE y conducta adictiva. Todos ellos fueron publicados desde 1990 hasta el año 2009. El 80% de estos estudios participaban sujetos adultos. La mayoría de ellos estudiaban el reconocimiento emocional a través de la expresión facial como un componente de la IE. En general los estudios corroboraban la hipótesis de que niveles bajos de IE se asociaban con fumar de forma compulsiva y con un mayor uso de alcohol y otras drogas ilegales. Los componentes de la IE que se relacionaron de manera más significativa con el comportamiento adictivo según la revisión realizada fueron la “descodificación, diferenciación y regulación de las emociones”.

Ruiz-Aranda, Cabello, Salguero, Castillo y González, (2009) analizaron el consumo de cocaína y su relación con la regulación y percepción emocional en una muestra de 1.841 estudiantes de secundaria entre 12 y 18 años. Los resultados indicaron que un mayor consumo de cocaína se relaciona con niveles emocionales bajos y con una menor capacidad para percibir de forma adecuada las emociones. Los autores concluyeron que niveles altos en IE pueden ser un factor de protección del consumo de cocaína en esas edades.

Ruiz Aranda, Fernández-Berrocal, Cabello y Extremera (2006) analizaron la IE y el consumo de alcohol y tabaco en 225 adolescentes entre 11 y 21 años. Los autores establecieron la hipótesis de que los adolescentes con mayores habilidades emocionales tendrían un menor riesgo para consumo de estas sustancias. Los resultados indicaron que los adolescentes con una mayor puntuación en IE mostraron un menor consumo de tabaco y alcohol. Los adolescentes con una menor puntuación en IE recurrieron al consumo de estas sustancias como una forma externa de autoregulación emocional.

Otros estudios coinciden en que niveles bajos de IE son predictores de un mal afrontamiento con los problemas relacionados con el alcohol y otras drogas (Riley & Schutte, 2003; Trinidad & Johnson, 2002).

9.3. Teoría Cognitivo Experiencial de Epstein

La teoría Cognitivo-Experiencial de la Personalidad (CEST) es una teoría integradora de la personalidad compatible con otras teorías, incluyendo las teorías psicodinámicas, teorías del aprendizaje, fenomenológicas y cognitivas del procesamiento de la información. La CEST logra su poder integrador principalmente a través de tres supuestos.

El primero es que las personas procesan la información por dos sistemas conceptuales interactivos e independientes: Un "sistema experiencial" preconsciente y un "sistema racional" consciente (Epstein, 2003). El segundo supuesto es que el sistema experiencial está impulsado emocionalmente y el tercer supuesto según Epstein (1994) es la existencia de cuatro necesidades básicas en el individuo, todas ellas igualmente importantes:

1. Control y orientación mediante la asimilación de los datos de la realidad dentro de un modelo de mundo estable, coherente y razonablemente verídico.
2. Obtener placer y evitar displacer. Maximizando el equilibrio entre placer y dolor.
3. Apego y vinculación. Manteniendo relaciones interpersonales.
4. Aumentar y proteger la autoestima.

La CEST, hace hincapié en que el sistema racional está influido por el sistema experiencial inconsciente en el procesamiento de la información.

El Sistema experiencial es no verbal, preconsciente, concreto, holístico, automático guiado emocionalmente, dirigido a la acción y relacionado con el aprendizaje por experiencia. Tiene una larga historia evolutiva ya que se basa en pensamientos aprendidos desde la infancia, que aparecen de forma automática, sin un esfuerzo consciente y son la base por la cual la persona comprende el mundo y actúa en él. Este sistema de procesamiento asocia situaciones que tienen una fuerte carga emocional. Tiene

como objetivo la adaptación mediante la búsqueda del placer y la evitación del dolor. Codifica la realidad mediante imágenes concretas, como recuerdos de eventos individuales con fuerte carga emocional y de otra forma más general y abstracta en forma de representaciones, como prototipos, metáforas y narrativas. Este sistema está orientado hacia la acción inmediata y es resistente al cambio, cambia con la experiencia repetitiva e intensa (Epstein, 2003). Es donde reside la teoría implícita de la realidad construida automáticamente (Epstein 1983).

El Sistema Racional es analítico lógico consciente, fundamentalmente verbal, insensible y tiene una historia evolutiva breve. Requiere esfuerzo, la conducta es guiada por la evaluación consciente de los hechos, codifica la realidad mediante símbolos abstractos, orientado hacia una acción retardada, cambia fácilmente con fuertes argumentos y pruebas, actúa mediante la comprensión del individuo orientado por la razón, teniendo en cuenta las consecuencias a largo plazo. Por tanto está relacionado con el coeficiente intelectual que se mide a través de las pruebas o test de inteligencia. Este sistema puede entender el funcionamiento del sistema experiencial, pero no al contrario. En contraste con el sistema experiencial, el sistema racional es un sistema inferencial que opera de acuerdo a la comprensión de una persona de las reglas del razonamiento y de las pruebas, que son principalmente transmitidas culturalmente.

En cuanto a la supervivencia, se podría existir con el sistema experiencial sin el sistema racional tal y como lo hacen los animales no humanos, pero no al revés. No podemos deshacernos del sistema experiencial en la vida, perderíamos el control si lo intentamos, pero si podemos tomar conciencia del mismo y comprender como funciona y mejorarlo a través de lecciones que se pueden aprender con la experiencia. Afortunadamente no hay necesidad de elegir entre uno y otro, teniendo cada sistema sus ventajas y desventajas (Epstein, 2003).

En la CEST se asume que todos construimos teorías implícitas de la realidad, de nosotros mismos y el mundo que nos rodea, mediante una organización jerárquica de esquemas generales y abstractos, con conexiones estables y difícilmente invalidados, que de cuestionarse desestabilizarían el sistema, como ocurriría por ejemplo en reacciones esquizofrénicas (Epstein, 1979). Esquemas específicos de ciertas situaciones son susceptibles de cambio con pocos efectos sobre la estabilidad de la estructura de la per-

sonalidad. Este sistema de procesamiento de la información es organizado y adaptable, el cual se diferencia por ello de otras teorías que proponen reglas implícitas o heurísticas con una serie de constructos no relacionados (Epstein, 2003).

La teoría cognitivo-experiencial asume que hay diferencias individuales en el grado en que las personas utilizan estos dos modos de procesamiento en diferentes situaciones (Epstein, 1994). Una cantidad considerable de investigación ha apoyado la distinción entre los procesos de afrontamiento racional y experiencial (Epstein & Pacini, 1999).

Las cuatro necesidades básicas propuestas por la CEST, son tomadas de otras formulaciones teóricas básicas (Epstein, 2003). Para Freud (1920) la necesidad más básica era el principio del placer, para los teóricos del aprendizaje y de las relaciones objetales las necesidades básicas eran el refuerzo y la necesidad de relacionarse respectivamente (Bowlby 1988; Dollard & Miller, 1950). Para Rogers (1951) y otros psicólogos humanistas, es la necesidad de mantener la estabilidad y la coherencia de sistema conceptual de una persona y para Allport (1961) y Kohut (1971), es la necesidad de mejorar la autoestima.

Para la CEST, todas ellas son igualmente importantes y necesarias y el comportamiento se determina por la influencia combinada de todas ellas. Estas necesidades se activan ante una situación particular. Establecen controles y equilibrios entre ellas, de manera que cuando una es insuficiente, las otras aumentan su intensidad dirigiendo la conducta hacia los objetivos. Sin embargo cuando estas necesidades entran en conflicto, se desequilibran y producen consecuencias graves como la desorganización de toda la estructura de la personalidad, y suelen estar asociados a trastornos mentales específicos (Epstein, 2003).

Las cuatro necesidades básicas que propone la CEST, dan lugar a otras cuatro creencias básicas, que dependen de las experiencias del sujeto y son importantes en la personalidad de la persona. Si una de ellas es invalidada, el sistema se desestabiliza generando desorganización acompañada de ansiedad.

A continuación se describen como las cuatro necesidades dan lugar a las creencias básicas.

- La necesidad de experimentar placer y evitar el dolor desarrollara la creencia e bondad o maldad del mundo. Según como la persona experimente su entorno desarrollará la creencia de que el mundo es un lugar seguro que proporciona placer o por el contrario que se trata de un ambiente hostil e inseguro. Esta creencia da lugar a otras relacionadas como el pesimismo y optimismo de situaciones futuras.
- La necesidad de control y orientación mediante la asimilación de los datos de la realidad dentro de un modelo del mundo estable, coherente y razonablemente verídico, se desarrolla creencia de un mundo significativo o no, con predictibilidad, control y justicia.
- La necesidad de mantener relaciones interpersonales desarrolla la creencia de confianza. Según la experiencia las personas se pueden percibir como útiles y dignos de confianza, o como peligrosos y poco fiables y determina el grado en el que uno se siente querido o rechazado por los demás.
- La necesidad de aumentar y proteger la autoestima desarrolla la creencia de si somos o no dignos o indignos. Nos podemos considerar fuertes, competentes y merecedores de afecto, o al contrario, poco valiosos.

Como se señaló anteriormente, de acuerdo con CEST, la experiencia y los sistemas racionales operan en paralelo, son interactivos y a veces pueden entrar en conflicto. La influencia del sistema experiencial en el sistema racional es rápida y opera fuera de la conciencia. Por lo tanto, cuando las personas creen que su pensamiento es completamente racional, es muy posible que este sesgado por el sistema experiencial. Estos sesgos normalmente son adaptativos, aunque en ocasiones, conducen a objetivos falsos, cuya consecución producen tristeza y decepción y no felicidad o seguridad que se anticipaba. Estos logros considerados exitosos en el sistema racional producen la insatisfacción de las necesidades del sistema experiencial. La influencia del sistema racional sobre en el sistema experiencial es sobre todo una influencia correctiva. Es muy común que las personas reflexionen sobre sus pensamientos impulsivos, reconozcan que son inapropiados y los sustituyan por otros más constructivos. Con el fin de investigar esta cuestión los autores realizaron un experimento con un grupo de personas a las que se les pidió una lista de los tres primeros pensamientos que les vinieran a la mente después de

leer ciertos relatos. El primer pensamiento fue generalmente contraproducente en el sistema experiencial, mientras que el tercer pensamiento fue normalmente correctivo en el sistema racional.

El sistema racional también puede influir en el sistema experimental, comprendiendo los principios del funcionamiento este último y permitiendo a la persona entrenar su sistema experiencial para que este provoque reacciones iniciales más apropiadas. Esto se podría lograr mediante la sustitución de pensamientos desadaptativos por otros más eficaces, aplicar experiencias correctivas reales o a través de la imaginación.

El sistema racional puede influir en el sistema experiencial de manera no intencional y automática así como intencionalmente. El sistema racional pueden desencadenar asociaciones y con ello las emociones en el sistema experiencial, generando una influencia bidireccional. Otra forma no intencionada en la que el sistema racional puede influir en el sistema experiencial a través de la repetición de pensamientos o comportamiento, que pasarían a formar parte del sistema experiencial, con un menor coste cognitivo y sin conocimiento consciente. Entre las posibles desventajas destacan que estos pensamientos y comportamientos serían por tanto más difíciles de cambiar.

Diversas investigaciones se han llevado a cabo para valorar la eficacia del constructo de la CEST (véase para un literatura más extensa Chaiken & Trope, 1999; Epstein, 1994; Epstein, 2003).

Los principios operativos del sistema experiencial y su interacción con el sistema racional de forma simultánea y secuencial queda ampliamente demostrada en ellos (Epstein, 2003). Estos principios coinciden en gran medida con muchas teorías modernas del procesamiento de la información (Epstein, 1994). La diferencia fundamental entre la CEST y otras teorías cognitivas es que estas describen un inconsciente más suave y amable, que el sistema cognitivo motivado emocionalmente que propone la CEST (Epstein, 2003).

La CEST, supone que cada sistema tiene su propia forma de inteligencia, que las personas utilizarían para hacer frente a su ambiente. En cada uno de ellos habría diferencias individuales que darían lugar a un afrontamiento más o menos eficaz.

El sistema racional puede ser medido a través de las pruebas de inteligencia, que son buenas predictoras a la hora de medir el rendimiento académico, y en un grado menor una amplia variedad de actividades, como el rendimiento laboral. Sin embargo los test de inteligencia no miden otros tipos de habilidades igualmente exitosas para la vida como son la motivación, la inteligencia práctica, emociones, habilidades sociales o la creatividad. Una vez conocido el sistema experiencial, el siguiente paso fue diseñar una herramienta capaz de medirlo.

El Inventario de Pensamiento Constructivo (Constructive Thinkings Inventory, Epstein, 1993, CTI) ofrece una medida de los pensamientos automáticos que caracterizan el Sistema de Procesamiento Experiencial. Las puntuaciones obtenidas mediante esta prueba se han asociado significativamente de forma positiva con el rendimiento laboral y académico, competencia social, capacidad de liderazgo, manejo del estrés, ajuste emocional, bienestar físico y la ausencia de abuso de drogas y alcohol (Epstein, 2003).

Las principales conclusiones de varios estudios (Norris & Epstein, 2000a, 2000b; Pacini & Epstein, 1999; Pacini, Muir, & Epstein, 1998; Rosenthal & Epstein, 2000) indican la independencia del sistema experiencial y el sistema racional.

El Inventario Racional-Experiencial (Rational-Experiential Inventory REI), está compuesto por escalas de ambos sistemas de procesamiento. La escala racional está más asociada de forma positiva al rendimiento intelectual, fuerza del ego, autoestima, bienestar físico, apertura a la conciencia, y creencias favorables sobre el yo y el mundo. La escala racional también se asocia pero de forma negativa al neuroticismo, depresión, ansiedad, estrés, racismo, conservadurismo extremo, abuso de alcohol y optimismo ingenuo. La escala experiencial se asocia de forma positiva a medidas de extraversión, afabilidad, relaciones interpersonales favorables, empatía, creatividad, emotividad, sentido del humor, aprecio por el arte y negativamente con la desconfianza e intolerancia.

Según la CEST, las creencias básicas de las personas son consecuencia de experiencias emocionales altamente significativas. Con el fin de obtener una medida objetiva de las cuatro creencias básicas que postula esta teoría, Catlin and Epstein (1992), desarrollaron el Inventario de Creencias Básicas (BBI, Basic Belief Inventory). Este inventario obtiene buenos índices de fiabilidad y validez (Epstein, 2003).

En general, los supuestos básicos de la CEST indican la existencia de dos sistemas de procesamiento de la información independientes que operan en paralelo por diferentes reglas. Ambos son interactivos, influyendo el uno en el otro, tanto de manera simultánea como secuencial. El sistema experiencial influye de forma automática y pre-consciente sobre los pensamientos del sistema racional, de manera que las personas pueden modificar sus juicios y comportarse de forma contraria a ellos por la influencia del sistema experiencial sobre el racional. La ventaja del sistema racional es que puede entender el funcionamiento del sistema experiencial. En el momento que las personas son conscientes de los pensamientos desadaptativos generados por el sistema experiencial, puede modificar estos pensamientos a través del sistema racional. Existen diferencias individuales de cómo las personas utilizan ambas formas de inteligencia y en las creencias básicas que postula la CEST. A medida que las creencias básicas influyen en el comportamiento de manera simultánea, operan como controles y estabilizadores de estos (Epstein 2003).

9.4. El Pensamiento Constructivo

Para Epstein la IE estaría relacionada con el Pensamiento Constructivo. El pensamiento constructivo es el término acuñado por Epstein and Meier (1989) para describir los pensamientos automáticos que emanan del nivel experiencial y afectan a las reacciones emocionales y respuestas conductuales a estresores (Ammerman, Lynch, Donovan, Martin, & Maisto, 2001). Los pensamientos automáticos de las personas pueden ser de carácter constructivo o destructivo, e influyen en la interpretación de acontecimientos, sentimientos y conductas (Epstein, 1994).

En un experimento Epstein (1994) solicitó a sus estudiantes que durante un mes cada día, grabaran la emoción más agradable y la más desagradable, así como los pensamientos automáticos asociados a dichas emociones. De estos datos identificó seis ca-

racterísticas de pensamiento constructivo. Identificó dos componentes asociados al pensamiento constructivo: afrontamiento emocional y afrontamiento conductual. El afrontamiento emocional estaría relacionado con el manejo de emociones negativas, mientras que el afrontamiento conductual estaría más orientado a la acción. El buen pensador constructivo alcanza elevados niveles en ambos componentes (Epstein, 2003).

El antónimo del pensamiento constructivo, sería el pensamiento destructivo. En relación a este Epstein, encontró cuatro componentes:

1. Pensamiento categórico (rigidez): Se refiere al pensamiento dicotómico.
2. Pensamiento supersticioso: Relacionado con supersticiones personales. Por ejemplo, creer que si sucede algo bueno, después pasará algo malo para compensar.
3. Pensamiento esotérico: Relacionado con las supersticiones tradicionales y los fenómenos paranormales e inusuales. Limita la capacidad crítica.
4. Optimismo ingenuo (ilusión): Se refiere a un optimismo sin fundamento, mediante el cual no se prevé ni se toman medidas ante situaciones estresantes.

Una alta puntuación en estos componentes reflejaría un pobre Pensador Constructivo. El pensamiento constructivo está en su punto más bajo en la adolescencia, aumentando gradualmente en la edad adulta. Los buenos pensadores constructivos son capaces de analizar sus pensamientos y de obtener el adecuado reconocimiento de sus logros. En cambio los pobres pensadores constructivos experimentan más estrés, distorsiones cognitivas y por consecuencia riesgo de comportamientos problemáticos (Epstein & Katz, 1992).

9.5. Pensamiento Constructivo y Consumo de Sustancias

El pensamiento constructivo también se ha definido como “la capacidad de una persona para pensar de forma eficaz a la hora de resolver problemas con un coste mínimo de estrés” (Katz & Epstein, 1991).

El consumo de sustancias puede ser una conducta de adaptación ya que los efectos agudos fisiológicos de las sustancias pueden reducir temporalmente la ansiedad, aliviar la depresión y mejorar el estado de ánimo (Wills & Filer, 1996).

Escasas investigaciones se han llevado a cabo sobre la relación entre el pensamiento constructivo y el consumo de sustancias. Estudios previos han detectado esta asociación en muestras de adolescentes consumidores, observando déficits del constructo de pensamiento constructivo (Aramerman et al., 2001; Epstein & Meier, 1989; Epstein & Sherman, 1992; Mezzich, Tarter, Kisrisci, Hsieh, & Grimm 1995; Park & Grant, 2005; Shoal & Giancola, 2005; Shoal, & Giancola, 2001; Shoal, Giancola, & Mezzich, 2001; Urben, Suter, Pihet, Straccia, & Stephan, 2015).

Urber et al. (2015) estudiaron en una muestra de 71 varones adolescentes infractores entre 12 y 18 años, el pensamiento constructivo, la impulsividad y la relación entre ambos. Esta muestra fue reclutada de instituciones para menores delincuentes, y centros de ocio. En este estudio se valoró TUS y las alteraciones de conducta. Los autores dividieron a la muestra en cuatro grupos: 1) adolescentes con TUS y alteraciones de conducta; 2) adolescentes con alteraciones de conducta sin problemas de consumo; 3) adolescentes con TUS sin problemas de conducta; 4) adolescentes sin problemas de conducta ni de consumo de sustancias. Los resultados indicaron que los adolescentes con alteraciones de conducta independientemente del trastorno por consumo, obtuvieron alteraciones en el pensamiento constructivo específicamente en rigidez y suspicacia. Los rasgos de impulsividad se relacionaron estrechamente con el pensamiento constructivo moderando las características de este. Estos resultados ponen de manifiesto una dificultad global en el manejo de situaciones estresantes y una tendencia a pensar de una manera bastante polarizada y rígida, que a su vez disminuye la capacidad para diseñar estrategias eficientes de manejo de situaciones estresantes. Estos adolescentes son más propensos a pensar de una manera negativa sobre sí mismos y sobre los demás, y también tienen una tendencia a insistir sobre experiencias desagradables en el pasado. En cuanto a la impulsividad como rasgo identificaron que la característica perseveración está asociada con la capacidad para hacer frente a las dificultades diarias sin experimentar demasiado estrés, la búsqueda de sensaciones se relacionó con el pensamiento esotérico y un bajo autocontrol se relacionó con la suspicacia. Así, se pudo observar que las diferentes dimensiones de la impulsividad en sus dimensiones del comportamiento y de la personalidad, están estrechamente relacionadas con las habilidades que nos permiten enfrentar problemas cotidianos sin experimentar demasiado estrés. En particular, en relación con el diagnóstico de trastorno por uso de sustancias, el 56.7% presentaba abu-

so de alcohol y el 43.7% abuso de otras drogas, principalmente cannabis. Los resultados indicaron que el TUS no ejercía un impacto tan profundo en el sistema experiencial, como cuando existía un diagnóstico de alteración de conducta.

Park and Grant (2005) analizaron según el sexo, la frecuencia de consumo de alcohol, consecuencias negativas de este y expectativas positivas del consumo en una muestra de 181 adolescentes (84 varones y 97 mujeres). Analizaron el pensamiento constructivo y afectividad negativa y su relación con estas variables. Los resultados indicaron que hombres y mujeres se diferenciaron en sus experiencias y consecuencias con el consumo de alcohol. Los hombres experimentaban mayores consecuencias negativas sobre todo externas del consumo de alcohol. Estas consecuencias se experimentaban independientemente de la cantidad de alcohol ingerido. En relación al pensamiento constructivo, parece ser un factor de protección para las consecuencias negativas del consumo, lo que indicó que los adolescentes que poseían buenas habilidades de afrontamiento tenían menos posibilidades de experimentar consecuencias negativas relacionadas con el consumo de alcohol.

Shoal and Giancola (2001) estudiaron el consumo de sustancias en 276 adolescentes varones, partiendo de la premisa de que las distorsiones cognitivas y un pobre pensamiento constructivo dificultan la capacidad de afrontamiento diario, y que esta relación está mediada por las emociones negativas. Para estos autores existe dos habilidades cognitivas implicadas en el afrontamiento exitoso: capacidad para generar interpretaciones cognitivas realistas de situaciones claramente problemáticas y un estilo de pensamiento capaz de resolver el estrés asociado a estas interpretaciones. De esta manera que un fallo en el afrontamiento adaptativo puede dar lugar a una pérdida de la sensación de control y un aumento de las emociones negativas que pueden facilitar el consumo de sustancias. La muestra se dividió en dos grupos dependiendo de si existía historia familiar de consumo de sustancias o no. Los resultados indicaron un mayor abuso de drogas, un pensamiento constructivo más bajo, mayores distorsiones cognitivas y afectividad negativa en el grupo con historia familiar de abuso de sustancias. Estos autores postulan que los sentimientos negativos como la ira, ansiedad y frustración resultantes de una mala capacidad de afrontamiento inducen al consumo de sustancias como un medio para aliviar sentimientos desagradables. Los adolescentes con historia familiar de abuso de sustancias son más propensos a recibir información de forma ambigua y pro-

blemática y percibir los problemas como insuperables con dificultades para el afrontamiento del estrés.

Posteriormente estos mismos autores (Shoal & Giancola, 2005) investigaron la relación entre los problemas sociales y el consumo de sustancias junto con otras posibles variables moderadoras en una muestra de 280 adolescentes varones. Se obtuvieron medidas de los problemas sociales, distorsiones cognitivas, pensamiento constructivo, afiliación con compañeros delincuentes y los múltiples aspectos del consumo de sustancias. Los resultados revelaron que los problemas sociales no estaban directamente relacionados con la mayoría de las variables de consumo de sustancias. Las distorsiones cognitivas mediaban moderadamente en la relación entre los problemas sociales y el consumo de drogas en situaciones sociales, siendo la relación significativa con altos niveles de distorsiones cognitivas. El pensamiento constructivo y la afiliación con compañeros delincuentes se relacionaron con el consumo de sustancias, pero sin una función moderadora. El estudio concluye que la relación entre las dificultades sociales y el consumo de sustancias en adolescentes varones se comprenden mejor en el contexto de las variables cognitivas.

Shoal et al. (2001) intentaron relacionar el pensamiento constructivo, funcionamiento ejecutivo y conducta antisocial en una muestra de 282 mujeres adolescentes entre 14 y 18 años. Dividieron la muestra en un grupo que presentaban un TUS (n=188) y un grupo control sano (n=94). Al comparar ambos grupos, los resultados indicaron un bajo pensamiento constructivo que podría estar relacionado con el trastorno adictivo. Los autores indicaron que en este grupo el consumo de droga podría ser una vía de afrontamiento ineficaz.

Ammerman et al. (2001) examinaron simultáneamente la validez y la correlación clínica del inventario de Pensamiento Constructivo (CTI) como medida de adaptación empírica, en 551 adolescentes en edades comprendidas entre 14-18 años divididos en dos grupos con y sin TUS. En primer lugar, se examinó la validez concurrente del CTI mediante la correlación de esta medida con los índices de inadaptación psicosocial (por ejemplo, depresión, problemas de conducta, alteración de la regulación emocional). Predijeron que las puntuaciones obtenidas en el CTI se asocian fuertemente con la inadaptación psicosocial en adolescentes con y sin TUS. En segundo lugar, examinaron la

relación entre el pensamiento constructivo y TUS. Plantearon la hipótesis de que las deficiencias en el pensamiento constructivo estarían asociadas con la presencia de un TU. Tanto la fiabilidad interna y las intercorrelaciones entre las escalas del CTI fueron similares a los reportados por Epstein and Meier (1989).

En este estudio, al examinar la relación entre el CTI y el trastorno psicológico mediante la correlación de las seis escalas de CTI con las medidas de ajuste psicosocial, la psicopatología y la personalidad, cuatro de las escalas de CTI (afrentamiento emocional, afrontamiento conductual, pensamiento supersticioso y pensamiento constructivo) estuvieron relacionadas con estos índices, en forma paralela a los resultados reportados por Epstein and Katz (1992), los cuales estudiaron muestras no clínicas de estudiantes universitarios. Los resultados sugieren que en el pensamiento constructivo, en particular un estilo de pensamiento polarizado y rígido (pensamiento categórico) y la disminución de orientación para el afrontamiento activo (afrontamiento conductual), es un factor predictivo para la condición de TUS.

Dicha información sería útil para determinar el posible papel del pensamiento constructivo en el desarrollo de problemas de consumo de sustancias, la utilidad del CTI como un instrumento de evaluación en los adolescentes con TUS y en el diseño de tratamientos dirigidos a mejorar habilidades de afrontamiento disfuncionales.

Mezzich et al. (1995) analizaron la capacidad de afrontamiento en una muestra de mujeres adolescentes en tratamiento psiquiátrico. Establecieron la hipótesis que estas presentarían estrategias ineficaces de afrontamiento, mayor gravedad en la adicción y presencia de psicopatología asociada al consumo. La muestra estuvo compuesta por 113 adolescentes con TUS, 34 mujeres con trastorno depresivo sin consumo y 23 con alteraciones e conducta sin abuso de sustancias. El grupo de mujeres con problemas de drogas consumían preferentemente alcohol, seguidas de consumo de cannabis y de estimulantes. Este grupo presentaba un alto porcentaje de trastornos mentales asociados, siendo los más característicos los trastornos depresivos, de conducta y los trastornos de ansiedad. Las adolescentes con problemas de drogas mostraron elevadas estrategias de afrontamiento negativas pero sin obtener diferencias significativas con los otros dos grupos psiquiátricos, indicando que estas estrategias ineficaces están más asociadas a la patología psiquiátrica que al propio uso de la sustancia.

Epstein and Sherman (1992) aplicaron el CTI y el cuestionario Alcohol- Consumption Questionnaire (ACQ) a 290 estudiantes universitarios con el fin de determinar distintos perfiles de pensamiento constructivo para determinados grupos de consumidores de alcohol. Al relacionar el ACQ y el CTI obtuvieron matrices de correlaciones independientes en varones y mujeres. En los varones la escala eficacia del CTI presentó un mayor número y altas correlaciones con las escalas del ACQ. De esto se dedujo que los pobres pensadores constructivos bebían por varias razones y con mayores consecuencias negativas, siendo una de las razones aliviar los sentimientos estresantes. Otra de las escalas del CTI que mostró correlación en varones con el consumo de alcohol fue la escala pensamiento supersticioso, sugiriendo que pueden utilizar el alcohol para enfrentarse a sentimientos desagradables, como el desamparo, desesperanza y depresión. En cuanto al grupo de mujeres, como en el caso de los varones pensamiento constructivo global, eficacia y pensamiento supersticioso, fueron las escalas más fuertemente asociadas con el consumo de alcohol. A diferencia de los varones, la escala emotividad se relacionó significativamente con las escalas de abuso de alcohol. Las mujeres con puntuaciones bajas en emotividad tenían una mayor probabilidad de utilizar el alcohol como medida de afrontamiento.

El pensamiento constructivo apenas ha sido analizado en muestras clínicas de adultos con trastornos por uso de sustancias. A continuación se citan y describen los estudios realizados. En este sentido cabe señalar un estudio ya publicado en el que se han utilizado los datos de la muestra presentada en esta tesis.

Gollnisch (1991) encontró distintos modelos de relaciones entre las escalas del CTI y el consumo de drogas específicas. Identificó pensamientos automáticos desadaptativos en individuos adultos que participaban en un programa de mantenimiento de metadona, asociados con el consumo de determinadas drogas y del consumo de drogas en general. La escala emotividad (pensamiento positivo y responsabilidad) se relacionó negativamente con el consumo de heroína. La escala pensamiento supersticioso se asoció directamente con la frecuencia en el consumo de cocaína. Pensamiento esotérico (creencias paranormales) correlacionó positivamente con consumo de marihuana e impasibilidad de la escala Emotividad se asoció de manera inversa con el consumo de alcohol.

En otro estudio Park, Moore, Turner and Adler (1997) estudiaron el pensamiento constructivo relacionándolo con el afrontamiento del estrés producido durante el embarazo. Aplicaron esta escala a 221 mujeres en diferentes estados de gestación. También midieron ansiedad, estado positivo de la mente y consumo de drogas. Los resultados indicaron que en los periodos del embarazo donde existía mayor nivel de estrés el pensamiento constructivo predecía de forma significativa el ajuste psicológico y el consumo de drogas.

Fernández-Serrano Moreno, Pérez y Verdejo (2012) analizaron a través del CTI el constructo de IE en una muestra de 31 pacientes varones dependientes de cocaína sin PD en tratamiento de rehabilitación. Estudiaron la relación entre la IE y la habilidad en el reconocimiento facial de expresiones. Los resultados fueron comparados con una muestra control sana de 53 sujetos. Los resultados, mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con dependencia a cocaína y el grupo control en las dimensiones del CTI indicando una baja IE, en las formas de pensamiento constructivo como emotividad, eficacia, y alta puntuaciones en pensamiento destructivo como rigidez, a la vez que los dependientes de cocaína presentaban un peor reconocimiento facial global de las emociones y diferencias significativas con el grupo control para el reconocimiento de la emoción de asco. Los autores confirman así la hipótesis inicial de la relación entre IE y la capacidad de reconocer expresiones faciales.

Albalat, Fernández y López (2014) compararon el pensamiento constructivo, como una medida de IE, entre una muestra clínica de 180 pacientes adultos diagnosticados de PD y una muestra no clínica de 835 sujetos. La muestra clínica se dividió según la patología psiquiátrica asociada al consumo en trastornos clínicos y TP. Los resultados indicaron un pensamiento constructivo superior en la muestra no clínica, así como un pensamiento destructivo superior en la muestra con PD. No se apreciaron diferencias entre trastornos clínicos y de personalidad, con la excepción de la faceta creencias irracionales. La principal conclusión de este estudio indica que la muestra de PD presentó un patrón destructivo o desadaptativo de afrontamiento en comparación con población no clínica, que en el caso de pacientes con TP se ve incrementado por ilusiones, supersticiones y pensamientos esotéricos que contribuyen a su afrontamiento deficitario. Se

destaca el interés de esta investigación, por ser la primera realizada sobre el constructo de pensamiento constructivo en una muestra de sujetos adultos con diagnóstico de PD.

SEGUNDA PARTE: MARCO EMPIRÍCO

CAPITULO 10

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

10.1. Objetivos

El objetivo general de este estudio es analizar los perfiles tanto clínicos como de personalidad en pacientes diagnosticados de PD.

Los objetivos específicos que nos planteamos son los siguientes:

1. Caracterización sociodemográfica, clínica y de consumo de la muestra de PD.
2. Descripción de sus rasgos y TP, IE, y dimensiones sintomáticas de psicopatología.
3. Analizar las características anteriores en función de la sustancia principal de consumo.

10.2. Hipótesis

En función de los objetivos planteados, se formulan las siguientes hipótesis:

Las principales encuestas epidemiológicas sobre comorbilidad y adicciones reflejan datos diferentes según la sustancia principal de consumo tanto en factores sociales como clínicos, formulándose la siguiente hipótesis:

1. Las características sociodemográficas, clínicas y del patrón de consumo en esta muestra diferirán en función de la sustancia consumida.

Según la literatura revisada existe una alta prevalencia de TP así como de otras patologías en sujetos con TUS, por lo que se formula la hipótesis:

2. La muestra de PD se caracterizará por presentar rasgos desajustados en la personalidad en comparación con la población normal, con una baja IE y presencia de elevada sintomatología psicopatológica.

Estudios indican que el género es un factor que influye en la expresión y curso de las enfermedades psiquiátricas, por lo que se formula la hipótesis:

3. En pacientes con PD, los rasgos y TP, IE y sintomatología difieren en función del sexo.

Según la literatura científica, se asume que diferentes modelos etiopatogenicos pueden explicar la comorbilidad en sujetos con TUS y sigue sin estar claro que exista un determinado perfil del sujeto con TUS en variables de personalidad en función de la sustancia consumida. Así la cuarta y última hipótesis propone que:

4. En pacientes con PD los rasgos y TP, IE y sintomatología variaran en función de la sustancia principal de consumo.

CAPITULO 11

MÉTODO

11.1. Participantes

La muestra clínica estudiada estuvo compuesta por 295 sujetos diagnosticados de PD, que acuden con el fin de recibir tratamiento de deshabituación y rehabilitación del consumo de sustancias a la Unidad Hospitalaria de Conductas Adictivas (UHCA) del Hospital de la Caridad de Cartagena (Murcia).

Esta muestra está constituida por un 29.2% de mujeres y un 70.8% de hombres, con una edad media de 36.12 años (d.t. 9.081). La edad de los hombres (media 35.14. d.t.: 8.99) era ligeramente inferior a la de las mujeres (media 38.5. d.t.: 8.91). En su mayor parte los sujetos de esta muestra son consumidores de otras sustancias, además de la sustancia principal por la que consultan. Teniendo en cuenta la sustancia principal de consumo y por la cual acuden a tratamiento, el 29.2% están diagnosticados de dependencia al alcohol, el 26.8% son dependientes de cocaína, un 21.4% son dependientes de cannabis y el 22.7% dependen del alcohol y cocaína estando los dos patrones de consumo asociados entre sí (véase Tabla 1).

Todos los sujetos que componen la muestra fueron remitidos a esta unidad desde la red de Salud Mental y Drogodependencias de la Región de Murcia, entre el año 2009 y el año 2013.

La muestra fue seleccionada siguiendo los siguientes criterios de inclusión:

- Ser mayor de 18 años.
- Cumplir con los criterios diagnósticos para el trastorno por dependencia según la CIE-10 para alcohol, cocaína y cannabis.
- Presentar diagnóstico de patología mental asociada a la dependencia.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- No abstinencia y no desintoxicados en el momento de la evaluación.
- Presentar deterioro cognitivo grave.
- Todos los casos que no cumplían con las puntuaciones requeridas de validez en las escalas de los instrumentos utilizados.

11.2. Instrumentos

Se aplicaron los siguientes instrumentos, utilizados dentro del protocolo de psicodiagnóstico seguido en la UHCA:

11.2.1. Cuestionario Sociodemográfico

Este cuestionario se elaboró por el equipo de la UHCA en el año 2005, de uso interno en la cual se recogen y registran las variables y aspectos relevantes de la historia clínica del paciente: datos personales y sociodemográficos, patrón de consumo, e indicadores clínicos (ANEXO 1).

11.2.2. Cuestionario Factorial de la Personalidad (Personality Factor Questionnaire. 16PF-5)

El 16PF-5 (Russell & Karol, 1995, adaptada por Seisdedos. TEA Ediciones S.A. de la versión original de Catell, Catell, & Catell. 1993). Es un cuestionario que mide 16 rasgos de primer orden de la personalidad y agrupa estas escalas en cinco factores de segundo orden o dimensiones globales. Además incluyen tres medidas de estilos de respuesta (Deseabilidad Social; infrecuencia y aquiescencia). Las 16 escalas primarias de la personalidad identificadas por el cuestionario son: Afabilidad (A); Razonamiento (B); Estabilidad (C); Dominancia (E); Animación (F); Atención a las normas (G); Atrevimiento (H); Sensibilidad (I); Vigilancia (L); Abstracción (M); Privacidad (N); Aprendizaje (O); Apertura al cambio (Q1); Autosuficiencia (Q2); Perfeccionismo (Q3) y Tensión (Q4). Estas escalas ofrecen una información amplia de la personalidad del sujeto. Las dimensiones globales son: Extraversión (Ext); Ansiedad (Ans); Dureza (Dur); Independencia (Ind) y Auto-Control (AuC). Esta prueba se compone de 185 ítems con tres

opciones de respuesta. De aplicación individual y grupal. Las puntuaciones directas se transforman en puntuaciones decatipos en baremos diferenciados por sexo. El promedio en decatipos se sitúa entre 4 y 7. Los decatipos inferiores de 4 se desvían significativamente por debajo de la media, y los superiores a 7 se desvían significativamente por encima. A través de los adjetivos de las polaridades altas y bajas de las escalas se interpretan combinaciones que pueden resultar útiles para la práctica clínica. Los coeficientes de fiabilidad varían desde 0.69 hasta 0.86, con una media de 0.80.

11.2.3. Inventario Clínico Multiaxial MCMI-III (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III)

El MCMI-III (Millon & David, 1997) adaptación española por Cardenal y Sánchez (2007). Se trata de un instrumento de autoinforme orientado a población clínica y con fines de evaluación psicológica. Analiza la personalidad patológica recogida en 28 escalas de las cuales once, describen patrones clínicos de la personalidad: Esquizoide (1), Evitativo (2A). Depresivo (2B). Dependiente (3), Histriónico (4), Narcisista (5), Antisocial (6B). Agresivo/sádico (6B), Compulsivo (7), Negativista/Pasivo-Agresivo (8A) y Autodestructivo (8B); Tres escalas de patrones graves de la personalidad: Esquizotípica (S), Límite (C) y Paranoide (P); siete síndromes clínicos de gravedad moderada: Trastorno de ansiedad (A), Trastorno somatomorfo (H), Trastorno Bipolar (N), Trastorno distímico (D). Dependencia del alcohol (B), Dependencia de sustancias (T) y Trastorno de estrés postraumático (R); Tres síndromes de gravedad severa: Trastorno del pensamiento (SS), Depresión Mayor (CC) y Trastorno delirante (PP); y cuatro índices modificadores: Sinceridad (X), Deseabilidad (Y), Devaluación (Z) y Validez (V). Las escalas y perfiles del MCMI-III miden variables elaboradas y derivadas de la teoría de la personalidad de Millon & Davis (1996). El cuestionario está compuesto por 175 ítems con formato de respuesta verdadero/falso. La corrección es informatizada. Los datos normativos y las puntuaciones transformadas del MCMI-III se basan en muestras clínicas. La puntuación directa obtenida se transforma en puntuaciones de prevalencia (PREV). El punto de corte PREV 75 o más, indica la presencia de rasgos de personalidad clínicamente significativos y las puntuaciones PREV 85 o mayores, probablemente indican la presencia de trastorno de la personalidad. Los coeficientes alfa de Cronbach en la muestra de tipificación española oscilan desde 0.65 hasta 0.88.

11.2.4. Inventario de Pensamiento Constructivo (Constructive Thinking Inventory, CTI)

Elaborado por Epstein (1993) y adaptado por TEA (2001) es un instrumento que se emplea para la evaluación y predicción de muchas de las habilidades y reacciones adaptativas claves para el éxito en la vida. Abarca un reciente campo que ha suscitado un amplísimo interés bajo el nombre de IE. De aplicación individual y colectiva, está dirigido a adolescentes y adultos con nivel cultural medio equivalente a 6º curso de primaria. Se trata de un test jerárquicamente organizado que ofrece información en tres niveles de generalidad: el nivel más general consiste en una escala global de pensamiento constructivo/destructivo (PCG); el siguiente nivel de generalidad lo componen seis escalas principales que miden las formas básicas de pensamiento constructivo/destructivo: Emotividad (EMO), Eficacia (EFI), Pensamiento Supersticioso (SUP), Rigidez (RIG), Pensamiento esotérico (ESO) e Ilusión (ILU); el nivel más específico consiste en quince subescalas o facetas de las escalas principales que describen modos específicos de pensamientos: Autoestima (Aut), Tolerancia a la Frustración (Tol), Impasibilidad (Imp), Capacidad para sobreponerse (Sob), Pensamiento positivo (Pos), Actividad (Act), Responsabilidad (Res), Extremismo (Ext), Susplicacia (Sus), Intolerancia (Int), Creencias paranormales (Par), Creencias irracionales (Irr), Euforia (Euf), Pensamiento estereotipado (Est) e Ingenuidad (Ing). El test dispone de dos escalas de validez: Deseabilidad (DES) y Validez (VAL). Las puntuaciones directas obtenidas se transforman en puntuaciones T para su interpretación. Puntuaciones T superiores a 65 son significativamente muy superiores a la media y puntuaciones T inferiores a 35 son significativamente muy inferiores a la media. La fiabilidad en las escalas del CTI se evaluó en la baremación de la prueba (Inventario de Pensamiento Constructivo, TEA, 2001) mediante procedimiento test-retest, con el que se obtuvieron índices para los distintos factores entre $r_{xy}=0.69$ y $r_{xy}=0.89$. También se evaluó mediante el método de las dos mitades, con el que se obtuvieron índices entre $r_{xy}=0.75$ y $r_{xy}=0.91$.

11.2.5. Cuestionario de 90 Síntomas (Sympton Checklist 90 Revised, SCL90-R)

El SCL-90-R (Derogatis, 1977) adaptación española (González de Rivera et al., 2002), es un cuestionario autoaplicado que mide nueve dimensiones sintomáticas de psicopatología y tres índices globales de malestar. Compuesto por 90 ítems que describen alteraciones psicosomáticas o psicopatológicas concretas que el paciente percibe

durante el último mes a la aplicación del cuestionario. Todos los ítems son valorados en una escala de tipo Likert de 0 a 5 puntos. Las puntuaciones directas se transforman en puntuaciones centiles y puntuaciones T. Aporta un perfil multidimensional de síntomas. Existen para su interpretación diversos veranos teniendo en cuenta el sexo y el tipo de población clínica a la que pertenece la persona evaluada. Para la interpretación se consideraron significativas las puntuaciones superiores al centil 80 en los baremos de las muestras clínicas. Los valores de los coeficientes de fiabilidad como estabilidad temporal se sitúan entre 0.78 y 0.90. Los tres índices globales de malestar son:

1. Índice Global de Gravedad o Severidad (GSI. Global severity Index): Se trata de una medida generalizada e indiscriminada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicossomático global.
2. Total de Síntomas Positivos (PST. Positive Symptom Total): Registra la amplitud y diversidad de la psicopatología.
3. Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI. Positive Symptom Distress Index); Indica la intensidad sintomática media.

Las nueve dimensiones sintomáticas que describe el cuestionario son las siguientes:

1. Somatización (SOM): comprende manifestaciones psicossomáticas o disfuncionales.
2. Obsesión-Compulsión (OBS): describe pensamientos, conductas e impulsos difíciles de controlar, eliminar o evitar por el sujeto y que le causan sufrimiento y malestar.
3. Sensibilidad Interpersonal (INT): recoge síntomas de timidez, vergüenza, hipersensibilidad y en general incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales.
4. Depresión (DEP): recoge signos y síntomas propios de los trastornos depresivos.
5. Ansiedad (ANS): describe síntomas de ansiedad, tanto generalizada como aguda, tensión emocional y sus manifestaciones psicossomáticas.
6. Hostilidad (HOS): recoge pensamientos, sentimientos y conductas propias de estados de irritabilidad, agresividad, ira, rabia y resentimiento.
7. Ansiedad Fóbica (FOB): describe sintomatología fóbica sobre todo relacionada con la agorafobia y fobia social.
8. Ideación paranoide (PAR): abarca distintos aspectos de la conducta paranoide, considerada fundamentalmente como respuesta a un trastorno de ideación.
9. Psicoticismo (PSI): Comprende síntomas del espectro psicótico.

11.3. Procedimiento

La Unidad Hospitalaria de Conductas Adictivas (UHCA) del Hospital de la Caridad de la ciudad de Cartagena, es un recurso asistencial hospitalario especializado de tercer nivel para pacientes drogodependientes con problemática psiquiátrica asociada grave e integrado en la Red Asistencial de Salud Mental y Drogodependencias del Servicio Murciano de Salud.

Los pacientes derivados al programa de la UHCA son previamente entrevistados por el/los responsables de la unidad con el fin de valorar si el paciente cumple con los criterios de admisión al recurso (con diagnóstico dual, con apoyo familiar, estabilizados y desintoxicados). Al ingreso firman un consentimiento informado en el cual se comprometen a aceptar las pautas de tratamiento y dentro del mismo el paciente autoriza el tratamiento de datos en los términos que recoge la Ley orgánica 15/1999, 13 de diciembre (LOPD), de Protección de Datos de Carácter Personal (ANEXO 2). Una vez realizado el ingreso se inicia un proceso de evaluación psicológica a partir de un protocolo compuesto por instrumentos estandarizados de psicodiagnóstico, entre los que se encuentran los utilizados en esta investigación, con el fin de realizar el diagnóstico y el plan terapéutico individualizado del paciente.

Las áreas analizadas del funcionamiento psicológico son las siguientes: neuropsicológica (funcionamiento intelectual, posibles déficits y deterioro cognitivo), de personalidad (valoración de la estructura de la personalidad.), sintomatológica (amplitud e intensidad de la sintomatología clínica) y del desarrollo social (habilidades sociales e interacción con su entorno social). Esta evaluación la realiza un psicólogo/a de forma individualizada en estancias destinadas y acondicionadas para ello.

Se dividió la muestra en relación al diagnóstico de dependencia en cuatro grupos: dependientes de alcohol, dependientes de cocaína, dependientes de cannabis y dependientes de alcohol más cocaína, ambos patrones de consumo asociados entre sí. Para ello, se siguieron los criterios de inclusión y exclusión comentados en el apartado “participantes.”

11.4. Análisis estadístico

Para tratamiento estadístico de los datos aportados por los instrumentos anteriores se han utilizado:

- Análisis de frecuencias y estadísticos básicos para describir las variables utilizadas.
- Análisis de tablas de contingencia y pruebas chi-cuadrado para la diferencia de proporciones. En tablas de contingencia, en caso de significación estadística, se han calculado los residuales tipificados corregidos (± 2) para identificar combinaciones o celdas con porcentajes significativamente diferentes a los esperados.
- Para la comparación de medias se ha utilizado la prueba t de Student, en el caso de 2 variables y el ANOVA en el caso de 3 o más variables. En ambos, se ha probado el supuesto de homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene, realizando los ajustes oportunos en caso necesario. En el ANOVA, además, se han realizado, cuando ha sido preciso, comparaciones post-hoc tipo Bonferroni para realizar comparaciones entre medias (grupos).
-

Los análisis estadísticos anteriores se han realizado mediante SPSS (v.19).

Para la comparación de las prevalencias obtenidas con respecto a los datos esperados en población normal, según la baremación de cada prueba, se ha calculado la proporción mínima significativa (pms) para un nivel de significación del 5%, a partir de la prueba Z de comparación de proporciones según la siguiente expresión:

$$Z_{\alpha=.05} = \frac{pms - \pi}{\sqrt{(.5 * .5)/n}}; pms = 1.65\sqrt{(.5 * .5)/n} + \pi$$

donde π representa la prevalencia o porcentaje de la población y n el tamaño muestral, asumiendo una variabilidad máxima. Con ello se determina la prevalencia mínima para considerar una diferencia estadísticamente significativa de la muestra analizada con respecto a la población normal a un nivel de significación del 5%.

Estos cálculos se han realizado manualmente.

11.5. Resultados

11.5.1. Descripción muestra global, muestra de alcohol, muestra de cocaína, muestra de cannabis y muestra de alcohol más cocaína

11.5.1.1. Descripción sociodemográfica, clínica y de consumo de la muestra Global de PD

Características sociodemográficas

Como ya describimos anteriormente, la muestra estudiada está compuesta por 295 sujetos diagnosticados de PD. El 29.2% eran mujeres y un 70.8% varones. El 38% se situaron en una edad comprendida entre los 26 y 35 años. En cuanto al estado civil, el 58.6% eran solteros, seguidos de un 19% separados/divorciados. Un 59.3% no tenían hijos, seguidos de un 40.7% con al menos un hijo. El 60.0% vivían con la familia de origen y un 22.4% convivían con la familia propia que crearon. Un 72.9 % poseían un nivel socioeconómico medio, seguidos de un 13.2% medio-bajo. En cuanto al nivel educativo el 63.7% alcanzaban los estudios primarios y un 18.3% estudios secundarios. Laboralmente el 41.7% se encontraban en situación de desempleo y el 27.1% eran pensionistas (ver desde Tabla 1 a Tabla 7).

Características clínicas

El 44.1% no presentaban antecedentes psiquiátricos familiares y el 21% presentaban antecedentes familiares por adicción a sustancias. El 87.5% siguieron tratamiento psiquiátrico de forma ambulatoria, el 73.6% requirieron al menos un ingreso hospitalario, el 31.9% recibieron tratamientos anteriores en régimen de Comunidad Terapéutica, un 15.9%, fueron usuarios de programas en régimen Centro Día. Solo un 33.6% recibieron atención psiquiátrica o psicológica privada. El diagnóstico asociado al consumo más frecuente fueron los trastornos de la personalidad en un 52.5% y seguidamente los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes o somatomorfos en un 20.0% de los casos. En cuanto a los trastornos de la personalidad el trastorno límite de la personalidad fue el más prevalente en un 23.7% (ver desde Tabla 8 a Tabla 16).

Características del patrón de consumo

Respecto a su perfil de drogodependencia, de los 295 sujetos un 29.2% fueron diagnosticados de dependencia de alcohol, el 26.8% eran dependientes de cocaína, un 21.4% al cannabis y el 22.7% presentaban dependencia conjunta al alcohol y cocaína. El 87.5% no realizaban controles de abstinencia anteriormente a la evaluación. El 54.9% se iniciaron en el consumo antes de los 18 años, y el 37.3% entre los 18 y 25 años. En cuanto a la vía de administración un 29.2% fue oral coincidiendo con el patrón de consumo de alcohol, el 24.4% por vía intranasal en la mayoría de casos de cocaína, el 23.4% fumada en el consumo de cannabis y cocaína, el 0.3% por vía parenteral en algunos casos de consumo de cocaína y el 22.7% combinaba la forma oral con la intranasal en el consumo asociado de alcohol y cocaína. El 77.3% consumían diariamente y un 21% varios días en semana. El 76.3% no han sido capaces de mantener la abstinencia durante más de seis meses, frente a un 23.7% que la mantuvieron siete meses o más (ver desde Tabla 17 a Tabla 22).

11.5.1.2. Descripción sociodemográfica, clínica y de consumo de la muestra de dependientes de alcohol

Características sociodemográficas

La muestra de dependientes al alcohol estuvo compuesta por un 48.8% de mujeres y un 51.2% de varones. El 48.8% se situaban en una edad comprendida entre los 36-45 años, seguidos de un 20.9% entre los 46-55 años de edad. El 36.0% de la muestra de alcohólicos eran solteros, seguidos del 29.1% que estaban casados o separados y un 48.8% no tenían hijos. Convivían con la familia de origen el 41.7%. Un 58.1% terminaron los estudios primarios seguidos del 20.9% que alcanzaron estudios secundarios. El 72.1% se encuadraban en un nivel socioeconómico medio. El 44.2% se encontraban laboralmente desempleados seguidos del 27.9% los cuales eran pensionistas (ver desde Tabla 1 a Tabla 7).

Características clínicas

El 52.3% de la muestra no presentaban antecedentes familiares conocidos de enfermedad psiquiátrica o trastorno adictivo. En el resto, un 19.8% presentaban antecedentes familiares de adicción a sustancias, el 17.4% tenían antecedentes familiares en el diagnóstico de PD y un 10.5% presentaban antecedentes de enfermedad mental. En antecedentes de tratamiento el 87.2% fueron atendidos en Centros de Atención al Drogodependiente o Salud Mental de forma ambulatoria, un 75.6% requirieron hospitalización psiquiátrica, el 30.2% recibieron tratamiento en régimen de Comunidad Terapéutica, el 15.1% recibieron tratamiento de su adicción en régimen de Centro Día y finalmente un 34.9% de estos pacientes utilizaron tratamiento privado para su adicción. El 50% presentaba trastornos de la personalidad como diagnóstico asociado al consumo, seguidos de los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos y los trastornos del humor, ambos en un 16.3% según criterios de clasificación CIE-10. En trastornos de personalidad el más frecuente en el grupo de alcohólicos fue el trastorno límite con un 29.1% de los casos (ver desde Tabla 8 a Tabla 16).

Características del patrón del consumo

En cuanto al perfil de drogadicción, el 77.9% no se sometían a analíticas para el control de la abstinencia, el 50% se inició en el consumo antes de los 18 años, seguidos del 40.7% que comenzaron a beber entre los 18 y 25 años. El 86% eran consumidores de diario, seguidos del 11.6% los cuales bebían en días alternos. Un 69.8% no fueron capaces de mantener la abstinencia más de seis meses (ver Tabla 18, 19, 21 y 22).

11.5.1.3. Descripción sociodemográfica, clínica y de consumo de la muestra de dependientes a cocaína.

Características sociodemográficas

La muestra de adictos a cocaína estuvo compuesta por un 29.1%% de sujetos del sexo femenino. El 43.0% se situaba en una edad comprendida entre los 26-35 años, seguido de un 34.2% entre los 36-45 años de edad. En cuanto al estado civil el 62.0% fueron solteros, seguidos del 20.3% que estaban casados o separados. Un 60.8% no tenían

hijos y el 60.6% convivían con la familia de origen. En cuanto a formación, el 69.6% tenían estudios primarios, seguidos del 17.7% con estudios secundarios. Un 70.9% poseían un nivel socioeconómico medio. El 35.4% se encontraban laboralmente desempleados, seguidos del 30.4% que estaban en activo (ver desde Tabla 1 a Tabla 7).

Características clínicas

Como antecedentes clínicos, el 48.1% no presentaban antecedentes psiquiátricos familiares conocidos, aunque el resto de la muestra tenían antecedentes familiares de adicción (17.7%), trastorno mental (17.7%) y PD (16.5%). En antecedentes de tratamiento el 84.8% fueron atendidos en Centros de Atención al drogodependiente o Salud Mental de forma ambulatoria, el 64.6% requirieron hospitalización psiquiátrica en algún momento de su vida, el 26.6% fueron tratados en régimen de Comunidad Terapéutica un 17.7% en régimen de Centro Día y finalmente el 34.5% utilizaron tratamiento privado para tratar su adicción. El 54.4% presentaron trastornos de la personalidad como diagnóstico asociado al consumo, seguidos de los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. El trastorno de la personalidad más frecuente en la muestra fue el trastorno límite en un 30.4% de los casos (ver desde Tabla 8 a Tabla 16).

Características del patrón de consumo

En el perfil de drogadicción el 93.7 % no se sometían a analíticas para el control de la abstinencia en el momento de la evaluación, un 54.4%, se iniciaron en el consumo de cocaína entre los 18-25 años y un 37.5% comenzaron el consumo antes de los 18 años. El 68.4% eran consumidores de diario y el restante, un 31.6 % consumía en días alternos. El 82.3% no es fue de mantener la abstinencia más de seis meses (ver Tabla 18, 19, 21 y 22).

11.5.1.4. Descripción sociodemográfica, clínica y de consumo de la muestra de dependientes a cannabis

Características sociodemográficas.

El 11.1% de la muestra de cannabis, estuvo compuesta por mujeres. El 42.9% se situaban en una edad comprendida entre los 26 y 35 años seguidos de un 28.6% entre los 36 y 45 años. Civilmente el 85.7% eran solteros y el 79.4% no tenían hijos. Un 79.1% convivían con la familia de origen y el 81% presentaron un nivel socioeconómico medio. En cuanto al nivel educativo un 59.7% alcanzaron los estudios primarios y el 19% secundarios. Laboralmente el 47.6% fueron desempleados, seguidos de un 31.7% que recibían una pensión (ver desde Tabla 1 a Tabla 7).

Características clínicas

En antecedentes clínicos el 44.4% no tenían antecedentes familiares conocidos, seguidos de un 23.8% con antecedentes familiares en trastorno mental. El 87.3% recibieron tratamiento ambulatorio especializado en Salud Mental, un 76.2% requirieron de al menos un ingreso psiquiátrico hospitalario en algún momento de su vida, el 36.5% fueron usuarios de Comunidad Terapéutica, un 19% en régimen de Centro Día y finalmente el 34.9% utilizaron tratamientos privados para el abordaje de su adicción. Los trastornos de la personalidad y trastornos psicóticos fueron los trastornos mayormente asociados al consumo de cannabis en un 33.3% en ambos casos. Le siguen los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos en un 15.9% de los casos. El trastorno de personalidad límite con un 7.9% y el trastorno esquizoafectivo con el 19.0% fueron los más prevalentes dentro de los trastornos de personalidad y trastornos psicóticos respectivamente en esta muestra (ver desde Tabla 8 a Tabla 16).

Características del patrón de consumo

En el perfil de dependencia un 96.8% no se sometían a controles toxicológicos, el 88.9% iniciaron el consumo antes de los 18 años y el 11.1% restante, entre los 18 y 25 años. Un 64.2% mantuvo un consumo diario y el 35.8% restante consumía en días alternos. El 82.5% no mantuvo la abstinencia más de seis meses (ver Tabla 18. 19. 21 y 22).

11.5.1.5. Descripción sociodemográfica, clínica y de consumo de la muestra de dependientes de alcohol más cocaína

Características sociodemográficas

La muestra estuvo constituida por un 20.9% de mujeres. El 50.7% se situaron en una edad comprendida entre los 26 y 35 años, seguidos del 31.3% entre los 36 y 45 años. Un 58.2% fueron solteros y les sigue el 26.9% que estaban separados o divorciados. El 67.2% no tenían hijos y el 65.3% vivían con la familia de origen. Un 68.7% poseían un nivel socioeconómico medio. En cuanto al nivel educativo el 68.7% alcanzaron los estudios primarios y laboralmente el 40.35% estaban desempleados (ver desde Tabla 1 a Tabla 7).

Características clínicas

Un 28.4% tenían antecedentes familiares conocidos e igualmente un 28.4% presentaban antecedentes familiares en el diagnóstico de trastorno adictivo. En cuanto a tratamiento el 91% recibieron tratamiento ambulatorio especializado en salud mental, un 79.1% en hospitalización psiquiátrica, el 35.8% ingresaron en programas en régimen de Comunidad Terapéutica, el 11.9% en régimen Centro Día y un 28.4% utilizaron tratamiento especializado privado en algún momento. El diagnóstico asociado al consumo que con mayor frecuencia se dio fue el trastorno de la personalidad en un 53.7% seguidos por igual de los trastornos psicóticos, trastornos del humor y trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos con un 13.4%. El trastorno límite de la personalidad fue el trastorno más prevalente con un 23.9% del total de la muestra de alcohol más cocaína. (Ver desde Tabla 8 a Tabla 16).

Características del patrón de consumo

El 83.6% no realizaban controles toxicológicos. En cuanto al patrón de consumo el 52.2% iniciaron el consumo antes de los 18 años, seguidos del 37.3% que comenzaron entre los 18 y 25 años. El 59.7% consumía de forma diaria y un 40.3% en días alternos. El 71.6% mantuvieron la abstinencia como máximo durante seis meses (ver Tabla 18, 19, 21 y 22).

Tabla 1. Porcentaje según edad y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias

Edad	Muestra PD			Alcohol			Cocaína			Cannabis			Alcoh+Coca		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
<=25	14.4	4.7	11.5	6.8	2.4	4.7 ⁻	14.3	8.7	12.7	21.4	14.3	20.6 ⁺	13.2	0.0	10.4
26-35	38.8	36.0	38.0	13.6	26.2	19.8 ⁻	46.4	34.8	43.0	41.1	57.1	42.9	49.1	57.1	50.7 ⁺
36-45	35.4	39.5	36.6	52.3	45.2	48.8 ⁺	32.1	39.1	34.2	28.6	28.6	28.6	32.1	28.6	31.3
46-55	10.5	16.3	12.2	22.7	19.0	20.9 ⁺	7.1	17.4	10.1	8.9	0.0	7.9	5.7	14.3	7.5
>=56	1.0	3.5	1.7	4.5	7.1	5.8 ⁺	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

PD: Patología Dual; Alcoh+Coca: Alcohol más Cocaína.

+ : Porcentaje estadísticamente significativo superior a lo esperable.

- : Porcentaje estadísticamente significativo inferior a lo esperable.

Tabla 2. Porcentaje según estado civil y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias

Estado civil	Muestra PD			Alcohol			Cocaína			Cannabis			Alcoh+Coca		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
Soltero	64.1	45.3	58.6	38.6	33.3	36.0 ⁻	67.9	47.8	62.0	87.5	71.4	85.7 ⁺	56.6	64.3	58.2
Casado	16.7	22.1	18.3	31.8	26.2	29.1 ⁺	17.9	26.1	20.3	7.1	14.3	7.9 ⁻	13.2	7.1	11.9
Separado/Divorciado	15.3	27.9	19.0	27.7	35.7	29.1 ⁺	8.9	21.7	12.7	5.4	0.0	4.8 ⁻	26.4	28.6	26.9
Viudo	3.8	4.7	4.1	6.8	4.8	5.8	5.4	4.3	5.1	0.0	14.3	1.6	3.8	0.0	3.0

PD: Patología Dual; Alcoh+Coca: Alcohol más Cocaína.

+ : Porcentaje estadísticamente significativo superior a lo esperable.

- : Porcentaje estadísticamente significativo inferior a lo esperable.

Tabla 3. Porcentaje según existencia de hijos y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias

Hijos	Muestra PD			Alcohol			Cocaína			Cannabis			Alcoh+Coca		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
Sin hijos	66.5	41.9	59.3	43.2	31.0	37.2 ⁻	67.9	43.5	60.8	82.1	57.1	79.4 ⁺	67.9	64.3	67.2
Con hijos	33.5	58.1	40.7	56.8	69	62.8 ⁺	32.1	56.5	39.2	17.9	42.9	20.6 ⁻	32.1	35.7	32.8

PD: Patología Dual; Alcoh+Coca: Alcohol más Cocaína.

+ : Porcentaje estadísticamente significativo superior a lo esperable.

- : Porcentaje estadísticamente significativo inferior a lo esperable.

Tabla 4. Porcentaje según tipo de convivencia y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias

Tipo de convivencia	Muestra PD			Alcohol			Cocaína			Cannabis			Alcoh+Coca		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
Solo	17.4	10.5	15.6	32.4	11.5	23.3	17.4	5.0	13.6	5.0	0.0	4.7 ⁻	17.1	25.0	18.4
Familia propia	21.7	31.6	24.3	35.3	34.6	35.0 ⁺	23.9	30.0	25.8	12.5	66.7	16.3	17.1	12.5	16.3
Familia origen	60.9	57.9	60.1	32.4	53.8	41.7 ⁻	58.7	65.0	60.6	82.5	33.3	79.1 ⁺	65.9	62.5	65.3

PD: Patología Dual; Alcoh+Coca: Alcohol más Cocaína.

+ : Porcentaje estadísticamente significativo superior a lo esperable.

- : Porcentaje estadísticamente significativo inferior a lo esperable.

Tabla 5. Porcentaje según nivel socioeconómico y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias

Nivel Socioeconómico	Muestra PD			Alcohol			Cocaína			Cannabis			Alcoh+Coca		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
Alto	4.8	0.0	3.4	4.5	0.0	2.3	5.4	0.0	3.8	0.0	0.0	0.0	9.4	0.0	7.5
Medio-Alto	6.7	15.1	9.2	4.5	16.7	10.5	12.5	8.7	11.4	5.4	14.3	6.3	3.8	21.4	7.5
Medio	73.2	72.1	72.9	70.5	73.8	72.1	67.9	78.3	70.9	82.1	71.4	81.0	71.7	57.1	68.7
Medio-Bajo	14.4	10.5	13.2	20.5	7.1	14.0	12.5	13.0	12.7	12.5	14.3	12.7	13.2	14.3	13.4
Bajo	1.0	2.3	1.4	0.0	2.4	1.2	1.8	0.0	1.3	0.0	0.0	0.0	1.9	7.1	3.0

PD: Patología Dual; Alcoh+Coca: Alcohol más Cocaína.

Tabla 6. Porcentaje según nivel educativo y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias

Nivel de Educativo	Muestra PD			Alcohol			Cocaína			Cannabis			Alcoh+Coca		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
Sin Estudios	11.0	8.1	10.2	4.5	7.1	5.8	8.9	13.0	10.1	12.5	0.0	11.1	17.0	7.1	14.9
Primarios	66.5	57.0	63.7	59.1	57.1	58.1	78.6	47.8	69.6	60.7	42.9	58.7	66.0	78.6	68.7
Secundarios	14.8	26.7	18.3	18.2	23.8	20.9	10.7	34.8	17.7	16.1	42.9	19.0	15.1	14.3	14.9
Superiores	7.7	8.1	7.8	18.2	11.9	15.1 ⁺	1.8	4.3	2.5 ⁻	10.7	14.3	11.1	1.9	0.0	1.5 ⁻

PD: Patología Dual; Alcoh+Coca: Alcohol más Cocaína.

⁺: Porcentaje estadísticamente significativo superior a lo esperable.

⁻: Porcentaje estadísticamente significativo inferior a lo esperable.

Tabla 7. Porcentaje según situación laboral y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias

Situación laboral	Muestra PD			Alcohol			Cocaína			Cannabis			Alcoh+Coca		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
Activo	23.0	14.0	20.3	20.5	16.7	18.6	41.1	4.3	30.4	14.3	14.3	14.3	15.1	21.4	16.4
Desempleado	36.8	53.5	41.7	31.8	57.1	44.2	30.4	47.8	35.4	46.4	57.1	47.6	37.7	50.0	40.3
Incapacidad Transitoria	12.0	8.1	10.8	11.4	7.1	9.3	12.5	13.0	12.7	7.1	0.0	6.3	17.0	7.1	14.9
Pensionista	28.2	24.4	27.1	36.4	19.0	27.9	16.1	34.8	21.5	32.1	28.6	31.7	30.2	21.4	28.4

PD: Patología Dual; Alcoh+Coca: Alcohol más Cocaína.

Tabla 8. Porcentaje según antecedentes familiares y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias

Antecedentes familiares	Muestra PD			Alcohol			Cocaína			Cannabis			Alcoh+Coca		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
Ninguno	41.6	50.0	44.1	54.5	50.0	52.3	46.4	52.2	48.1	44.6	42.9	44.4	22.6	50.0	28.4
Trastorno Adictivo	23.9	14.0	21.0	18.2	21.4	19.8	21.4	8.7	17.7	19.6	14.3	19.0	35.8	0.0	28.4
Trastorno Mental	19.1	18.6	19.0	11.4	9.5	10.5	17.9	17.4	17.7	21.4	42.9	23.8	24.5	35.7	26.9
Patología Dual	15.3	17.4	15.9	15.9	19.0	17.4	14.3	21.7	16.5	14.3	0.0	12.7	17.0	14.3	16.4

PD: Patología Dual; Alcoh+Coca: Alcohol más Cocaína.

Tabla 9. Porcentaje según antecedentes Ambulatoria especializada y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias

Ambulatoria especializada	Muestra PD			Alcohol			Cocaína			Cannabis			Alcoh+Coca		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
No	14.4	8.1	12.5	13.6	11.9	12.8	19.6	4.3	15.2	12.5	14.3	12.7	11.3	0.0	9.0
Si	85.6	91.9	87.5	86.4	88.1	87.2	80.4	95.7	84.8	87.5	85.7	87.3	88.7	100.0	91.0

PD: Patología Dual; Alcoh+Coca: Alcohol más Cocaína.

Tabla 10. Porcentaje según antecedentes Hospitalización psiquiátrica y sexo por muestra PD y grupos de sustancias

Hospitalización psiquiátrica	Muestra PD			Alcohol			Cocaína			Cannabis			Alcoh+Coca		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
No	28.2	22.1	26.4	27.3	21.4	24.4	42.9	17.4	35.4	21.4	42.9	23.8	20.8	21.4	20.9
Si	71.8	77.9	73.6	72.7	78.6	75.6	57.1	82.6	64.6	78.6	57.1	76.2	79.2	78.6	79.1

PD: Patología Dual; Alcoh+Coca: Alcohol más Cocaína.

Tabla 11. Porcentaje según antecedentes Comunidad terapéutica y sexo por muestra PD y grupos de sustancias

Comunidad terapéutica	Muestra PD			Alcohol			Cocaína			Cannabis			Alcoh+Coca		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
No	68.4	67.4	68.1	70.5	69.0	69.8	75.0	69.6	73.4	64.3	57.1	63.5	64.2	64.3	64.2
Si	31.6	32.6	31.9	29.5	31.0	30.2	25.0	30.4	26.6	35.7	42.9	36.5	35.8	35.7	35.8

PD: Patología Dual; Alcoh+Coca: Alcohol más Cocaína.

Tabla 12. Porcentaje según antecedentes Centro de día y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias

Centro Día	Muestra PD			Alcohol			Cocaína			Cannabis			Alcoh+Coca		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
No	85.2	81.4	84.1	86.4	83.3	84.9	83.9	78.3	82.3	83.9	57.1	81.0	86.8	92.9	88.1
Si	14.8	18.6	15.9	13.6	16.7	15.1	16.1	21.7	17.7	16.1	42.9	19.0	13.2	7.1	11.9

PD: Patología Dual; Alcoh+Coca: Alcohol más Cocaína.

Tabla 13. Porcentaje según antecedentes Especializada privada especializada y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias

Especializada privada	Muestra PD			Alcohol			Cocaína			Cannabis			Alcoh+Coca		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
No	69.4	59.3	66.4	65.9	64.3	65.1	66.1	60.9	64.6	69.6	28.6	65.1	75.5	57.1	71.6
Si	30.6	40.7	33.6	34.1	37.5	34.9	33.9	39.1	35.4	30.4	71.4	34.9	24.5	42.9	28.4

PD: Patología Dual; Alcoh+Coca: Alcohol más Cocaína.

Tabla 14. Porcentaje según tipo tratamiento y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias

Tipo de tratamiento	Muestra PD			Alcohol			Cocaína			Cannabis			Alcoh+Coca		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
Psiquiátrico	56.9	39.5	51.9	56.8	40.5	48.8	48.2	43.5	46.8	73.2	42.9	69.8	49.1	28.6	44.8
Psicológico	4.3	0.0	3.1	4.5	0.0	2.3	5.4	0.0	3.8	3.6	0.0	3.2	3.8	0.0	3.0
Ambos	38.3	60.5	44.7	68.6	59.5	48.8	46.4	56.5	49.4	21.4	57.1	25.4	42.2	71.4	52.2
Otros	0.5	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.8	0.0	1.6	0.0	0.0	0.0

PD: Patología Dual; Alcoh+Coca: Alcohol más Cocaína.

Tabla 15. Porcentaje según diagnóstico psiquiátrico asociado y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias

Diagnóstico asociado	Muestra PD			Alcohol			Cocaína			Cannabis			Alcoh+Coca		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
Tr. Personalidad	43.5	60.5	48.5	38.6	61.9	50.0	55.4	52.2	54.4	28.6	71.4	33.3 ⁻	50.9	64.3	53.7
Tr. Psicótico	16.7	7.0	13.9	2.3	4.8	3.5 ⁻	10.7	8.7	10.1	35.7	14.3	33.3 ⁺	15.1	7.1	13.4
Tr. del Humor	11.5	14.0	12.2	18.2	14.3	16.3	5.4	17.4	8.9	10.7	0.0	9.5	13.2	14.3	13.4
Tr. Neuróticos	14.4	16.3	14.9	13.6	19.0	16.3	19.6	13.0	17.7	16.1	14.3	15.9	7.5	14.3	13.4
Tr. Control impulsos	3.8	0.0	2.7	9.1	0.0	4.7	1.8	0.0	1.3	3.6	0.0	3.2	1.9	0.0	1.5
Tr. Infancia	5.7	2.3	4.7	2.3	0.0	1.2	7.1	8.7	7.6	3.6	0.0	3.2	9.4	0.0	7.5
Tr. Mental orgánico	4.3	0.0	3.1	15.9	0.0	8.1 ⁺	0.0	0.0	0.0	1.8	0.0	1.6	1.9	0.0	1.5

Tr: Trastorno; PD: Patología Dual; Alcoh+Coca: Alcohol más Cocaína.

+ : Porcentaje estadísticamente significativo superior a lo esperable.

- : Porcentaje estadísticamente significativo inferior a lo esperable.

Tabla 16. Porcentajes diagnóstico psiquiátrico asociado (CIE-10) de la muestra PD y grupos de sustancias

Diagnóstico específico	Muestra PD	Alcohol	Cocaína	Cannabis	Alcohol +Cocaína
Tr. Pers. Esquizoide	2,0	2,3	1,3	3,2	1,5
Tr. Pers. Límite	23,7	29,1	30,4	7,9	23,9
Tr. Pers. Paranoide	3,1	1,2	6,3	3,2	1,5
Tr. Pers. Orgánico	3,1	8,1	0,0	1,6	1,5
Tr. Pers. Antisocial	5,1	4,7	5,1	4,8	6,0
Tr. Pers. Dependiente	,3	1,2	0,0	0,0	0,0
Tr. Pers. Evitativo	1,0	0,0	0,0	3,2	1,5
Tr. Pers. Narcisista	3,7	4,7	3,8	3,2	3,0
Tr. Pers. Histriónico	1,4	2,3	1,3	1,6	0,0
Tr. Pers. Negativista	,7	1,2	0,0	0,0	1,5
Tr. Pers. Mixto	7,5	3,5	6,3	6,3	14,9
Tr. Adaptativo	4,4	4,7	5,1	3,2	4,5
Tr. Depresivo Recurrente	5,1	9,3	3,8	3,2	3,0
Fobia Social	1,7	2,3	3,8	0,0	0,0
Agorafobia y crisis pánico	1,7	3,5	0,0	3,2	0,0
Ludopatía	,7	1,2	0,0	0,0	1,5
Trastorno Bipolar	7,1	7,0	5,1	6,3	10,4
Tr. Ansiedad generalizada	1,7	0,0	2,5	3,2	1,5
Síndrome Tourette	,3	0,0	0,0	0,0	1,5
Tr. Control impulsos	2,0	3,5	1,3	3,2	0,0
Tr. Asioso-depresivo	3,1	3,5	1,3	4,8	3,0
Tr. Esquizoafectivo	8,5	3,5	6,3	19,0	7,5
Tr. Esquizotípico	4,4	0,0	3,8	12,7	3,0
Tr. Obsesivo-Compulsivo	2,4	2,3	5,1	1,6	0,0
Tr. Déficit de Atención	4,4	1,2	7,6	3,2	6,0
Tr. Esquizofreniforme	,3	0,0	0,0	0,0	1,5
Esquizofrenia indiferenciada	,3	0,0	0,0	0,0	1,5
Tr. Delirante	,3	0,0	0,0	1,6	0,0

Nota. Tr.: Trastorno; T. Pers: Trastorno de personalidad

Tabla 17. Trastorno dependencia de la muestra PD

Diagnóstico dependencia	Frecuencia	Porcentaje
Dependencia alcohol	86	29,2
Dependencia cannabis	63	21,4
Dependencia cocaína	79	26,8
Dependencia alcohol +cocaína	67	22,7

PD: Patología Dual.

Tabla 18. Porcentaje según control abstinencia y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias

Control abstinencia	Muestra PD			Alcohol			Cocaína			Cannabis			Alcoh+Coca		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
No	90.4	80.2	87.5	81.8	73.8 ⁻	77.9	96.4	87.0	93.7	96.4	100.0	96.8 ⁺	84.9	78.6	83.6
Si	9.6	18.8	12.5	18.2	26.2 ⁺	22.1	3.6	13.0	6.3	3.6	0.0	3.2 ⁻	15.1	21.4	16.4

PD: Patología Dual; Alcoh+Coca: Alcohol más Cocaína.

⁺: Porcentaje estadísticamente significativo superior a lo esperable.

⁻: Porcentaje estadísticamente significativo inferior a lo esperable.

Tabla 19. Porcentaje según edad de inicio consumo y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias

Edad de inicio	Muestra PD			Alcohol			Cocaína			Cannabis			Alcoh+Coca		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
<18	60.3	41.9	54.9	59.1	40.5	50.0	37.5	30.4	35.4 ⁻	89.3	85.7	88.9 ⁺	54.7	42.9	52.2
18-25	34.9	43.0	37.3	38.6	49.2	40.7	55.4	52.2	54.4 ⁺	10.7	14.3	11.1 ⁻	35.8	42.9	37.3
26-35	4.8	11.6	6.8	2.3	11.9	7.0	7.1	13.0	8.9	0.0	0.0	0.0 ⁻	9.4	14.3	10.4
>=36	0.0	3.5	1.0	0.0	4.8	2.3	0.0	4.3	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

PD: Patología Dual; Alcoh+Coca: Alcohol más Cocaína.

⁺: Porcentaje estadísticamente significativo superior a lo esperable.

⁻: Porcentaje estadísticamente significativo inferior a lo esperable.

Tabla 20. Vía de administración de la sustancia

Vía de administración	Frecuencia	Porcentaje
Oral	86	29.2
Intranasal	72	24.4
fumada	69	23.4
Parenteral	1	.3
Mixto	67	22.7

Tabla 21. Porcentaje según frecuencia de consumo y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias

Frecuencia de consumo	Muestra PD			Alcohol			Cocaína			Cannabis			Alcoh+Coca		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
Diario	78.0	75.6	77.3	88.6	83.3	86.0 ⁺	66.1	73.9	68.4 ⁻	94.6	100.0	95.2 ⁺	64.2	42.9	59.7 ⁻
Días Alternos	19.6	24.4	21.0	6.8	16.7	11.6 ⁻	33.9	26.1	31.6 ⁺	0.0	0.0	0.0 ⁻	35.8	57.1	40.3 ⁺
Fines de Semana	1.9	0.0	1.4	2.3	0.0	1.2	0.0	0.0	0.0	5.4	0.0	4.8 ⁺	0.0	0.0	0.0
Esporádicos	0.5	0.0	0.3	2.3	0.0	1.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

PD: Patología Dual; Alcoh+Coca: Alcohol más Cocaína.

⁺: Porcentaje estadísticamente significativo superior a lo esperable.

⁻: Porcentaje estadísticamente significativo inferior a lo esperable.

Tabla 22. Porcentaje según máxima abstinencia y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias

Máxima Abstinencia	Muestra PD			Alcohol			Cocaína			Cannabis			Alcoh+Coca		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
6 meses o menos	78.5	70.9	76.3	72.7	66.7	69.8	83.9	78.3	82.3	83.9	71.4	82.5	71.7	71.4	71.6
7 meses o mas	21.5	29.1	23.7	27.3	33.3	30.2	16.1	21.7	17.7	16.1	28.6	17.5	28.3	28.6	28.4

PD: Patología Dual; Alcoh+Coca: Alcohol más Cocaína.

11.5.2. Diferencias entre las variables sociodemográficas, clínicas y de consumo según el tipo de sustancias.

Al comparar los grupos de consumo entre si y analizando la distribución de las diferentes variables se apreció que no todas se distribuyen de la misma forma.

- En cuanto a la edad actual (véase Tabla1), los resultados indican una diferencia estadísticamente significativa ($\text{CHI}_2=44.765$; $p=.000$), entre los distintos grupos de consumidores. Los dependientes de alcohol, son de edad más avanzada situándose en mayor proporción de lo esperable entre los (36 y 45 años) y menos de lo esperable en (≤ 25) y entre los (26 y 35 años). Así mismo, los dependientes de cannabis se distribuyen más de lo que cabría esperar en la edad (≤ 25 años). Finalmente, los dependientes de alcohol más cocaína se sitúan en una proporción mayor de lo esperable entre los (26 y 35 años).
- En estado civil existen diferencias significativas según las diferentes sustancias ($\text{CHI}_2=43.470$; $p=.000$). Como se puede apreciar (ver Tabla 2), en los dependientes de cannabis hay más solteros y menos casados, separados, divorciados y viudos que lo esperable. En sentido contrario, en los dependientes de alcohol hay menos solteros y más casados, separados, divorciados y viudos de los que cabría esperar para el total de dependientes.
- En la variable hijos, se observa una diferencia estadísticamente significativa ($\text{CHI}_2=29.690$; $p=.000$) entre los dependientes de cannabis y alcohol. Hay más dependientes de cannabis de lo esperable que no tienen hijos con respecto a los dependientes de alcohol que tienen más hijos de lo que cabría esperar (véase Tabla 3).
- Los dependientes de cannabis suelen convivir más de lo esperable con la familia de origen y menos de lo normal solos o con familia propia, frente a los dependientes de alcohol que conviven más de lo que cabría esperar con la familia propia, y menos de lo esperable solos o con la familia de origen (véase Tabla 4). Esta diferencia es estadísticamente significativa ($\text{CHI}_2= 17.504$; $p=.008$).

- En cuanto al nivel educativo también se aprecia una ligera diferencia significativa ($\chi^2= 18.301$; $p= .032$) en estudios superiores, entre los que aparece un porcentaje superior al esperado entre dependientes de alcohol e inferior al esperado entre dependientes de cocaína y alcohol más cocaína (véase Tabla 6).
- En diagnóstico psiquiátrico asociado al consumo existen diferencias significativas ($\chi^2= 29.690$; $p= .000$) entre los distintos grupos de consumo. El grupo de cannabis presentan un porcentaje mayor de lo esperable en trastorno psicótico y un porcentaje menor de lo esperable en trastornos de la personalidad. Los dependientes de alcohol, son diagnosticados de trastorno mental orgánico más de lo que se podría esperar y menos de lo esperable en trastorno psicótico (véase tabla 15).
- Observamos una diferencia significativa ($\chi^2= 46.162$; $p= .000$) en la edad de inicio en el consumo (Ver Tabla 19). Los dependientes de cocaína comienzan a consumir más de lo esperable. entre los (18 y 25 años) y menos de lo esperable, antes de los 18 años. En cambio los dependientes de cannabis suelen iniciar en el consumo más jóvenes, antes de los 18 años y menos de lo esperable entre los (18 y 25 años) y los (26 y 35 años).
- En frecuencia de consumo se observa una clara diferencia significativa ($\chi^2=49.747$; $p= .000$) entre los distintos grupos de sustancias. Los dependientes de alcohol consumen más a diario y menos en días alternos de lo esperable. Por el contrario los dependientes de cocaína y de alcohol más cocaína consumen más en días alternos y menos a diario de lo que se podría esperar y finalmente los dependientes de cannabis son más consumidores de diario y de fines de semana de lo que cabría esperar (véase Tabla 21).

11.5.3. Dimensiones del 16PF-5: porcentajes significativos*11.5.3.1. Muestra global de Patología Dual*

Se ha procedido a calcular los porcentajes en cada uno de los factores del 16PF-5 de la muestra global. Para ello, en cada factor se han considerado tres categorías: bajo (decatipos 1-3), normal (decatipos 4-7) y alto (decatipos 8-10). En la Tabla 23 se observan los porcentajes de cada dimensión en estas categorías, donde se muestra en sombreado claro los porcentajes significativos inferiores a los obtenidos en población normal y en sombreado oscuro los significativos superiores (en población normal, en los decatipos 1-3 se sitúa el 16% de los sujetos, al igual que en la franja superior, decatipos 8-10). Para ello se han realizado distintos contrastes de proporciones entre la muestra utilizada y los porcentajes esperables en población normal, fijando un nivel de significación mínimo del 5%.

Según aparece en la tabla 23, se obtienen porcentajes significativos por encima de lo esperable en los siguientes factores:

Categoría baja (DE 1-3)

- Rasgos primarios: Razonamiento (B), Estabilidad (C), Dominancia (E), Animación (F), Atrevimiento (H), Atención a Normas (G) y Perfeccionismo (Q3).
- Dimensiones globales: Extraversión (Ext), Independencia (Ind) y Autocontrol (AuC).

Categoría alta (DE 8-10)

- Rasgos primarios: Sensibilidad (I), Vigilancia (L), Abstracción (M), Aprensión (O), Autosuficiencia (Q2) Privacidad (N) y Tensión (Q4).
- Dimensiones globales: Ansiedad (Ans).

Se obtienen porcentajes significativos por debajo de lo esperable (ver tabla 23) en los factores siguientes:

Categoría baja (DE 1-3)

- Rasgos primarios: Sensibilidad (I), Animación (F), Vigilancia (L), Abstracción (M), Privacidad, (N) Aprensión (O), Apertura al Cambio (Q1) y Tensión (Q4).
- Dimensiones globales: Ansiedad (Ans).

Categoría alta (DE 8-10)

- Rasgos primarios: Razonamiento (B), Estabilidad(C), Dominancia (E), Animación (F), Atención a normas (G), Atrevimiento (H) y Perfeccionismo (Q3).
- Dimensiones globales: Extraversión (Ext), Independencia (Ind) y Autocontrol (Auc).

Este procedimiento se ha repetido para cada sustancia, indicándose a continuación los resultados obtenidos:

11.5.3.2. Muestra dependientes de alcohol

Se obtienen porcentajes significativos por encima de lo esperable en los siguientes factores (véase Tabla 24):

Categoría baja (DE 1-3)

- Rasgos primarios: Razonamiento (B), Estabilidad (C), Dominancia (E), Animación (F), Atrevimiento (H) y Perfeccionismo (Q3).
- Dimensiones globales: Extraversión (Ext) e Independencia (Ind).

Categoría alta (DE 8-10)

- Rasgos primarios: Sensibilidad (I), Vigilancia (L), Abstracción (M), Aprensión (O), Autosuficiencia (Q2) y Tensión (Q4).
- Dimensiones globales: Ansiedad (Ans).

Indicamos los porcentajes significativos por debajo de lo esperable en los factores siguientes (ver Tabla 24):

Categoría baja (DE 1-3)

- Rasgos primarios: Sensibilidad (I), Vigilancia (L), Abstracción (M), Aprensión (O), Autosuficiencia (Q2) y Tensión (Q4).

Categoría alta (DE 8-10)

- Rasgos primarios: Razonamiento (B), Estabilidad (C), Animación (F), Atrevimiento (H) y Perfeccionismo (Q3).
- Dimensiones globales: Extraversión (Ext).

11.5.3.3. Muestra dependientes a cocaína

Como puede observarse en la tabla 24, se obtienen porcentajes significativos por encima de lo esperable en los siguientes factores:

Categoría baja (DE 1-3)

- Rasgos primarios: Razonamiento (B), Estabilidad (C), Dominancia (E) y Perfeccionismo (Q3).
- Dimensiones globales: Extraversión (Ext) e Independencia (Ind).

Categoría alta (DE 8-10)

- Rasgos primarios: Vigilancia (L), Abstracción (M), Aprensión (O), Autosuficiencia (Q2) y Tensión (Q4).
- Dimensiones globales: Ansiedad (Ans) y Dureza (Dur).

Se identifican porcentajes significativos por debajo de lo esperable en los factores siguientes:

Categoría baja (DE 1-3)

- Rasgos primarios: Vigilancia (L), Aprensión (O), Autosuficiencia (Q2) y Tensión (Q4).
- Dimensiones globales: Ansiedad (Ans).

Categoría alta (DE 8-10)

- Rasgos primarios: Razonamiento (B), Estabilidad (C) y Atención a normas (G).

11.5.3.4. Muestra dependientes a cannabis

Se obtienen porcentajes significativos por encima de lo esperable en los siguientes factores (ver Tabla 24):

Categoría baja (DE 1-3)

- Rasgos primarios: Razonamiento (B), Estabilidad (C), Animación (F), Atrevimiento (H), Perfeccionismo (Q3) y Autosuficiencia (Q2).
- Dimensiones globales: Extraversión (Ext) y Autocontrol (AuC).

Categoría alta (DE 8-10)

- Rasgos primarios: Sensibilidad (I), Vigilancia (L), Abstracción (M), Aprensión (O), Autosuficiencia (Q2) y Tensión (Q4).
- Dimensiones globales: Ansiedad (Ans).

Se obtienen porcentajes significativos por debajo de lo esperable en los factores siguientes (ver Tabla 24):

Categoría baja (DE 1-3)

- Rasgos primarios: Sensibilidad (I), Vigilancia (L), Abstracción (M), Aprensión (O), Apertura al cambio (Q1) y Tensión (Q4).
- Dimensiones globales: Ansiedad (Ans).

Categoría alta (DE 8-10)

- Rasgos primarios: Razonamiento (B), Estabilidad (C), Dominancia (E), Perfeccionismo (Q3) Atención a normas (G) y Atrevimiento (H)
- Dimensiones globales: Autocontrol (AuC).

11.5.3.5. Muestra dependientes de alcohol más cocaína

Se obtienen porcentajes significativos por encima de lo esperable en los siguientes factores (ver Tabla 24):

Categoría baja (DE 1-3)

- Rasgos primarios: Razonamiento (B), Estabilidad (C), Dominancia (E), Animación (F), Atrevimiento (H) y Perfeccionismo (Q3).
- Dimensiones globales: Extraversión (Ext) e Independencia (Ind).

Categoría alta (DE 8-10)

- Rasgos primarios: Sensibilidad (I), Vigilancia (L), Abstracción (M), Aprensión (O), Autosuficiencia (Q2) y Tensión (Q4).
- Dimensiones globales: Ansiedad (Ans).

En la tabla 24 se puede observar, los porcentajes significativos por debajo de lo esperable en los factores siguientes:

Categoría baja (DE 1-3)

- Rasgos primarios: Sensibilidad (I), Vigilancia (L), Abstracción (M), Privacidad. (N) Aprensión(O) y Tensión (Q4).
- Dimensiones globales: Ansiedad (Ans).

Categoría alta (DE 8-10)

- Rasgos primarios: Razonamiento (B) y Estabilidad (C).

11.5.4. Diferencias significativas en los factores del 16PF-5 en función del sexo

Se ha procedido a comparar los distintos factores del 16PF-5 según sexo, para la muestra global como para los diferentes grupos de dependientes a sustancias. Para la muestra global de PD se han calculado los promedios para cada sexo en cada una de los factores del 16PF-5, y las comparaciones de estos en función del sexo mediante la prueba T de Student para muestras independientes. Para analizar los factores para cada combinación sexo y sustancia se compararon los porcentajes de prevalencia alta o baja mediante la prueba Chi-cuadrado.

11.5.4.1. Diferencias 16PF-5 en función del sexo en la muestra Global

En mujeres el promedio en Afabilidad (A), es significativamente superior que en hombres ($t_{293}=-2.444$; $p=.015$). El promedio en Atención a Normas (G) es significativamente superior en mujeres en comparación con los hombres ($t_{293}=-3.151$; $p=.002$). En el factor Atrevimiento (H) las mujeres obtienen un promedio superior al de los hombres, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($t_{293}=-2.888$; $p=.004$) Los hombres obtienen un promedio significativamente mayor ($t_{293}=2.587$; $p=.010$) que las mujeres en el factor Sensibilidad (I). En Vigilancia (L) el promedio para hombres es significativamente superior al de mujeres ($t_{293}=2.232$; $p=.026$). Los hombres obtienen un promedio superior al de mujeres en Privacidad (N), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($t_{293}=3.822$; $p=.000$). En el factor Aprensión (O) el promedio en hombres es significativamente mayor que en mujeres ($t_{293}=2.022$; $p=.044$). El promedio en hombres en el factor Autosuficiencia (Q2) es significativamente mayor que en mujeres ($t_{293}=2.248$; $p=.025$). En el factor Tensión (Q4) el promedio en hombres es superior que en mujeres. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($t_{293}=2.268$; $p=.024$). Por último en Extraversión (Ext) las mujeres obtienen un promedio significativamente mayor que en hombres ($t_{293}=3.143$; $p=.002$).

11.5.4.2. Diferencias 16PF-5 en función del sexo en dependientes de alcohol

En Estabilidad (C), el porcentaje de hombres (75.0 %) es superior al de mujeres (57.1%) en decatipos bajos, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($\text{CHI}_2=6.378$; $p=.041$). En cuanto al factor Abstracción (M), existen diferencias estadísticamente significativas ($\text{CHI}_2=6.163$; $p=.046$), entre los porcentajes de hombres (63.6 %) y mujeres (38.1%) en decatipos altos. En la distribución de los decatipos de Autosuficiencia (Q2) según sexo, se puede apreciar que el 72.7% de los hombres presentan (Autosuficiencia elevada) frente al 42.9% en mujeres. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($\text{CHI}_2=8.335$; $p=.015$). Por último en Tensión (Q4), el porcentaje de hombres (63.6%) es superior al de mujeres (38.1%), en decatipos altos, rozando la diferencia estadísticamente significativa ($\text{CHI}_2=5.914$; $p=.052$).

11.5.4.3. Diferencias 16PF-5 en función del sexo en dependientes a cocaína

En Afabilidad (A), se obtienen diferencias significativas ($\text{CHI}_2=11.277$; $p=.004$) entre el porcentaje de mujeres (17.4%) y hombres (0.0%) en decatipos altos. Por último, en Autocontrol (AuC) el porcentaje de mujeres (17.4 %) es superior al de hombres (1.8%) en decatipos altos, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($\text{CHI}_2=6.847$; $p=.033$).

11.5.4.4. Diferencias 16PF-5 en función del sexo en dependientes a cannabis

En afabilidad (A), el porcentaje de mujeres (28.6%) es superior al de hombres (5.4%) en decatipos altos, rozando esta diferencia la significación estadística ($\text{CHI}_2=5.728$; $p=.057$). El porcentaje de mujeres (28.6%) en comparación con el de hombres (1.8%) en decatipos altos del factor Dominancia (E), es significativamente superior ($\text{CHI}_2=9.940$; $p=.007$). En Animación (F) se puede observar diferencias significativas ($\text{CHI}_2=10.243$; $p=.006$) siendo superior el porcentaje de mujeres (42.9%) al de hombres (5.4%) en decatipos altos. En Atrevimiento (H) el porcentaje de hombres (35.7%) es superior al de mujeres (0.0) en decatipos bajos, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($\text{CHI}_2=6.078$; $p=.048$). En la distribución de las prevalencias del factor Privacidad (N) según sexo, se puede apreciar que el 28.6% de las mujeres presentan privacidad baja frente al 3.6% en hombres. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($\text{CHI}_2=7.875$; $p=.019$). Por último el porcentaje de mujeres (28.6%) en comparación con el de hombres (3.6%) en decatipos altos del factor Extraversión (Ext) es significativamente superior ($\text{CHI}_2=7.190$; $p=0.27$).

11.5.4.5. Diferencias 16PF-5 en función del sexo en dependientes de alcohol más cocaína

En el factor Vigilancia (L), la prevalencia en hombres (56.6 %) es superior a la de mujeres (14.3%) en decatipos bajos, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($\text{CHI}_2=10.368$; $p=.005$). En Aprensión (O), existen diferencias estadísticamente significativas ($\text{CHI}_2=4.817$; $p=.028$), entre los porcentajes de hombres (37.7%) y mujeres (7.1%), siendo más aprensivos los hombres en decatipos altos. Se observa entre hombres y mujeres dependientes de alcohol más cocaína, que las mujeres presentan una prevalencia mayor en decatipos altos (21.4%) frente a los hombres (1.9%) en el factor

Perfeccionismo (Q3), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($\text{CHI}_2=7.543$; $p = .023$). En el Factor global Autocontrol (Aut) existe un porcentaje en las mujeres de esta muestra (35.7%) superior al de hombres (7.5%) en decatipos altos. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($\text{CHI}_2 = 7.573$; $p = .023$).

11.5.5. Diferencias significativas en los factores del 16PF-5 según grupos de consumo

Al comparar los cuatro grupos según los distintos factores del 16PF-5, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en Sensibilidad ($F_{3, 291}=2.693$; $p=.046$) y en Dureza ($F_{3, 291}=3.744$; $p=.012$). Las comparaciones Bonferroni realizadas posteriormente pudieron detectar que los dependientes de cannabis presentaban mayor sensibilidad que los dependientes de cocaína ($d=.784$; $p=.032$) y los dependientes de cocaína mayor dureza que los dependientes de alcohol ($d=.889$; $p=0.16$).

Tabla 23. Porcentajes significativos en 16PF-5 en muestra PD

Factor 16PF-5	DEC 1-3	DEC 4-7	DEC 8-10
Afabilidad(A)	19.3	73.2	7.5
Razonamiento(B)	48.1	49.2	2.7
Estabilidad(C)	66.1	33.2	0.7
Dominancia(E)	32.2	61.0	6.8
Animación(F)	31.2	60.3	8.5
Atención a normas(G)	23.7	70.8	5.4
Atrevimiento(H)	30.8	65.4	3.7
Sensibilidad(I)	2.7	68.8	28.5
Vigilancia(L)	1.0	60.0	39.0
Abstracción(M)	1.7	44.7	53.6
Privacidad(N)	6.8	71.9	21.4
Aprensión(O)	0.7	59.0	40.3
Apertura al cambio(Q1)	9.2	78.3	12.5
Autosuficiencia(Q2)	2.7	48.8	48.5
Perfeccionismo(Q3)	32.2	63.1	4.7
Tensión(Q4)	1.7	53.9	44.4
Extraversión(Ext)	34.6	59.0	6.4
Ansiedad(Ans)	3.7	52.2	44.1
Dureza(Dur)	11.9	68.8	19.3
Independencia(Ind)	31.2	57.3	11.5
Autocontrol(AuC)	23.4	66.4	10.2

PD: Patología Dual

Sombreado oscuro: Porcentaje estadísticamente superior ($p \leq .05$; 20.2%) a lo esperado en población normal (16%) en los decatipos 1 a 3 u 8 a 10.

Sombreado claro: Porcentaje estadísticamente inferior ($p \leq .05$; 11.7%) a lo esperado en población normal (16%) en los decatipos 1 a 3 u 8 a 10.

Tabla 24. Porcentajes significativos en 16PF-5 según sustancia y sexo

Grupos PD	Alcohol				Cocaína				Cannabis				Alcohol+Cocaína											
	Total		Varón		Mujer		Total		Varón		Mujer		Total		Varón		Mujer							
	1-3	8-10	1-3	8-10	1-3	8-10	1-3	8-10	1-3	8-10	1-3	8-10	1-3	8-10	1-3	8-10	1-3	8-10	1-3	8-10	1-3	8-10	1-3	8-10
Decatipo	1-3	8-10	1-3	8-10	1-3	8-10	1-3	8-10	1-3	8-10	1-3	8-10	1-3	8-10	1-3	8-10	1-3	8-10	1-3	8-10	1-3	8-10	1-3	8-10
Afabilidad (A)	23.3	10.5	29.5*	4.5*	16.7	16.7	17.7	5.1	21.4	0.0 *	8.7	17.4	19.0	7.9	21.4	5.4	0.0*	28.6*	16.4	6.0	13.2	3.8*	28.6*	14.3
Razonamiento (B)	43.0*	3.5*	47.7*	2.3*	38.1*	4.8	59.5*	1.3*	55.4*	1.8*	69.6*	0.0 *	42.9*	3.2*	44.6*	1.8*	28.6*	14.3	46.3*	3.0*	49.1 *	3.8*	35.7*	0.0*
Estabilidad (C)	66.3*	2.3*	75.0*	4.5*	57.1*	0.0*	72.2*	0.0*	73.2*	0.0*	69.6*	0.0*	66.1*	0.0*	66.7*	0.0*	71.4*	0.0*	58.2*	0.0*	58.5*	0.0*	57.1*	0.0*
Dominancia (E)	32.6*	10.5	27.3*	9.1	38.1*	11.9	35.4*	6.3	35.7*	5.4	34.8*	8.7	25.4	4.8*	26.8	1.8*	14.3	28.6*	34.3*	4.5	35.8*	1.9*	28.6*	14.3
Animación (F)	36.0*	4.7*	36.4*	4.5*	35.7*	4.8	25.3	13.9	30.4*	14.3	13.0	13.0	30.2*	9.5	32.1*	5.4	14.3	42.9*	32.8*	6.0	32.1*	7.5	35.7*	0.0*
Atenc.norm. (G)	22.1	10.5	25.0	6.8	19.0	14.3	24.1	1.3*	26.8	0.0*	17.4	4.3*	25.4	1.6*	25.0	1.8*	28.6*	0.0	23.9	7.5	22.6	7.5	28.6*	7.1
Atrevimiento (H)	34.9*	2.3*	45.5*	2.3*	23.8	2.4*	22.8	5.1	26.8	3.6*	13.0	8.7	31.7*	3.2*	35.7*	1.8*	0.0*	14.3	34.3*	4.5	37.7*	5.7	21.4	1.5*
Sensibilidad (I)	3.5*	27.9*	0.0*	29.5*	7.1	26.2	3.8	20.3	3.6*	23.2	4.3*	13.0	1.6*	41.3*	1.8*	42.9*	0.0*	28.6*	1.5*	26.9*	1.9*	28.3*	0.0*	21.4
Vigilancia (L)	2.3*	34.9*	0.0*	38.6*	4.8	31.0*	0.0*	38.0*	0.0*	35.7*	0.0*	43.5*	0.0*	36.5*	0.0*	33.9*	0.0*	57.1*	1.5*	47.8*	0.0*	56.6*	7.1	14.3
Abstracción (M)	1.2*	54.7*	2.3*	65.9*	0.0*	42.9*	2.5	50.6*	3.6*	55.4*	0.0*	39.1*	0.0*	61.9*	0.0*	60.7*	0.0*	71.4*	3.0*	47.8*	1.9*	47.2*	7.1	50.0*
Privacidad (N)	5.8	22.1	4.5*	25.0	7.1	19.0	6.3	17.7	5.4	23.2	8.7	4.3*	6.3	22.2	3.6*	25.0	28.6*	0.0*	9.0	23.9	5.7	24.5	21.4	21.4
Aprensión (O)	1.2*	39.5*	0.0*	45.5*	2.4*	33.3*	0.0*	53.6*	0.0*	39.1*	0.0*	49.4*	1.6*	39.7*	1.8*	41.1*	0.0*	28.6*	0.0*	31.3*	0.0*	37.7*	0.0*	7.1
Apert. camb. (Q1)	15.1	15.1	18.2	20.5	11.9	9.5	10.1	12.7	10.7	17.9	8.7	0.0*	3.2*	6.3	3.6*	5.4	0.0*	14.3	6.0	14.9	7.5	15.1	0.0*	14.3
Autosufic (Q2)	1.2*	58.1*	0.0*	72.7*	2.4*	42.9*	1.3*	44.3*	1.8*	50.0*	0.0*	30.4*	4.8*	47.6*	3.6*	51.8*	14.3	14.3	4.5	41.8*	5.7	47.2*	0.0*	21.4
Perfeccionismo (Q3)	32.6*	4.7*	36.4*	4.5*	28.6*	4.8	31.6*	3.8	28.6*	3.6*	39.1*	4.3*	38.1*	4.8*	33.9*	5.4	71.4*	0.0*	26.9	6.0	28.3*	1.9*	21.4	21.4
Tensión (Q4)	4.7*	51.2*	2.3*	63.6*	7.1	38.1*	0.0*	50.6*	0.0*	51.8*	0.0*	47.8*	1.6*	30.2*	1.8*	69.6*	0.0*	42.9*	0.0*	41.8*	0.0*	43.4*	0.0*	35.7*
Extraversión (Ext)	43.0*	5.8*	47.7*	2.3*	38.1*	9.5	30.4*	7.6	35.7*	5.4	17.4	13.0	36.5*	6.3	39.3*	3.6*	14.3	28.6*	26.9	6.0	30.2*	3.8*	14.3	14.3
Ansiedad (Ans)	8.1	43.0*	9.1	50.0*	7.1	35.7*	1.3*	43.0*	1.8*	41.1*	0.0*	47.8*	1.6*	44.4*	1.8*	42.9*	0.0*	57.1	3.0*	46.3*	1.9*	47.2*	7.1	42.9*
Dureza (Dur)	12.8	14.0	11.4	13.6	14.3	14.3	8.9	30.4*	10.7	28.6*	4.3*	34.8*	11.1	11.1	10.7	10.7	14.3	14.3	14.9	20.9	15.1	20.8	14.3	21.4
Independencia (Ind)	37.2*	8.1	29.5*	9.1	45.2*	7.1	32.9*	15.2	33.9*	14.3	30.4	17.4	23.8	14.3	25.0	10.7	14.3	42.9*	28.4*	9.0	28.3*	7.5	28.6*	14.3
Autocontrol (AuC)	23.3	15.1	25.0	15.9	21.4	14.3	21.5	6.3	21.4	1.8*	21.7	17.4	28.6*	4.8*	25.0	5.4	57.1*	0.0*	20.9	13.4	22.6	7.5	14.3	35.7*

Atenc. norm: Atención a normas; Apert. camb: Apertura al cambio; Autosufic: Autosuficiencia

*: Porcentaje estadísticamente superior o inferior a lo esperado en población normal (16%) en los decatipos 1 a 3 u 8 a 10.

11.5.6. Dimensiones del MCMI-III: Porcentajes significativos*11.5.6.1. Muestra global de Patología Dual*

Se ha procedido a calcular los porcentajes en las distintas dimensiones del MCMI-III en la muestra global de PD. Para ello, en cada dimensión se han considerado tres categorías: normal (prevalencia 0-74), alto (prevalencia 75-84) y muy alto (prevalencia ≥ 85). En la Tabla 25 se observan los porcentajes de cada dimensión en estas categorías, donde se muestra en sombreado claro los porcentajes significativos inferiores a los obtenidos en población normal y en sombreado oscuro los significativos superiores. Para ello se han realizado distintos contrastes de proporciones entre la muestra utilizada y los porcentajes esperables en población normal, fijando un nivel de significación mínimo del 5%.

Como se puede apreciar en la tabla 25, se obtienen porcentajes significativos por encima de lo esperable en los siguientes factores:

Categoría alto (PREV 75-84)

- Síndromes Clínicos: Trastorno de Ansiedad (A), Dependencia al alcohol (B) Dependencia a sustancias (T) y Trastorno Bipolar (N).
- Síndromes clínicos graves: Trastorno del Pensamiento (SS) y Trastorno Delirante (PP).

Categoría muy alto (PREV ≥ 85)

- Síndromes clínicos: Trastorno de Ansiedad (A), Trastorno Distímico (D), Dependencia de alcohol (B) y Dependencia a sustancias (T).
- Síndromes clínicos graves: Trastorno del Pensamiento (SS) y Depresión Mayor (CC).

Porcentajes significativos por debajo de lo esperable (ver tabla 25):

Categoría alto (PREV 75-84)

- Patrones clínicos de la personalidad: Esquizoide (1), Evitativo (2A), Histriónico (4), Narcisista (5), Agresivo (6B), Negativista (8A), Auodestructivo (8B) y Compulsivo (7).
- Patología grave de la personalidad: Esquizotípica (S).
- Síndromes clínicos: Trastorno de Estrés postraumático (R).

Categoría muy alto (PREV >=85)

- Patrones clínicos de la personalidad: Esquizoide (1), Depresivo (2B), Evitativo (2A), Dependiente (3), Histriónico (4), Narcisista (5), Agresiva (6B), Compulsivo (7), Negativista (8A) y Autodestructivo (8B).
- Patología grave: Esquizotípica (R), Límite (C) y Paranoide (P).

Este procedimiento se ha repetido para cada sustancia, indicándose a continuación los resultados obtenidos:

11.5.6.2. Muestra dependientes de alcohol

En la tabla 26, se puede observar porcentajes significativos por encima de lo esperable en los siguientes factores:

Categoría alto (PREV 75-84)

- Síndromes Clínicos: Trastorno de Ansiedad (A), Trastorno Bipolar (N), Dependencia de alcohol (B) y Dependencia a sustancias (T).
- Síndromes clínicos graves: Depresión Mayor (CC) y Trastorno Delirante (PP).

Categoría muy alto (PREV >=85)

- Síndromes clínicos: Trastorno de Ansiedad (A), Trastorno Bipolar (N), Trastorno Distímico (D) y Dependencia de alcohol (B).
- Síndromes clínicos graves: Depresión Mayor (CC).

Porcentajes significativos por debajo de lo esperable (véase tabla 26):

Categoría alto (PREV 75-84)

- Patrones clínicos de la personalidad: Agresiva (6B).

Categoría muy alto (PREV \geq 85)

- Patrones clínicos de la personalidad: Histriónica (4), Narcisista (5) y Agresiva (6B).

11.5.6.3. Muestra dependientes a cocaína

En la tabla 26, se observan porcentajes significativos por encima de lo esperable en los siguientes factores:

Categoría alto (PREV 75-84)

- Síndromes Clínicos: Trastorno de Ansiedad (A) y Dependencia a sustancias (T).

Categoría muy alto (PREV \geq 85)

- Síndromes clínicos: Trastorno de Ansiedad (A), Trastorno Bipolar (N), Dependencia de alcohol (B) y Dependencia de Sustancias (T).
- Síndromes clínicos graves: Trastorno del Pensamiento (SS) y Depresión Mayor (CC).

Porcentajes significativos por debajo de lo esperable (ver Tabla 26):

Categoría alto (PREV 75-84)

- Síndromes clínicos: Trastorno de Estrés Postraumático (R).

Categoría muy alto (PREV \geq 85)

- Patología grave de la personalidad: Límite (C) y Paranoide (P)
- Síndromes clínicos: Trastorno de Estrés Postraumático (R).

11.5.6.4. Muestra dependientes a cannabis

Se observan en la tabla 26, porcentajes significativos por encima de lo esperable en los siguientes factores:

Categoría alto (PREV 75-84)

- Síndromes Clínicos: Trastorno de Ansiedad (A), Dependencia de Alcohol (B) y Dependencia a sustancias (T).
- Síndromes clínicos graves: Trastorno Delirante (PP).

Categoría muy alto (PREV \geq 85)

- Síndromes clínicos: Trastorno de Ansiedad (A), Dependencia de alcohol (B) y Dependencia a Sustancias (T).
- Síndromes clínicos graves: Trastorno del Pensamiento (SS) y Depresión Mayor (CC).

Porcentajes significativos por debajo de lo esperable (ver Tabla 26):

Categoría alto (PREV 75-84)

- Patología grave de la personalidad: Esquizotípica (S)

Categoría muy alto (PREV \geq 85)

- Patrones clínicos de la personalidad: Depresiva (2B) y Compulsiva (7).

11.5.6.5. Muestra dependientes de alcohol más cocaína

Según aparecen en la tabla 26, se obtienen porcentajes significativos por encima de lo esperable en los siguientes factores:

Categoría alto (PREV 75-84)

- Síndromes Clínicos: Trastorno de Ansiedad (A), Dependencia de alcohol (B) y Dependencia a sustancias (T).
- Síndromes clínicos graves: Depresión Mayor (CC).

Categoría muy alto (PREV \geq 85)

- Síndromes clínicos: Trastorno de Ansiedad (A), Dependencia de alcohol (B) y Dependencia a sustancias (T).
- Síndromes clínicos graves: Trastorno del Pensamiento (SS) y Depresión Mayor (CC).

Porcentajes significativos por debajo de lo esperable (véase Tabla 26):

Categoría muy alto (PREV \geq 85)

Patrones clínicos de la personalidad: Esquizoide (1) y Compulsiva (7).

11.5.7. Diferencias significativas en las dimensiones del MCMI-III en función del sexo

Se ha procedido a comparar las dimensiones del MCMI-III según sexo, para la muestra global como para los diferentes grupos de dependientes a sustancias. Para la muestra global de PD se han calculado los promedios para cada sexo en cada una de las dimensiones del MCMI-III y las comparaciones de estas en función del sexo mediante la prueba T de Student para muestras independientes. Para analizar los factores para cada combinación sexo y sustancia se compararon los porcentajes de prevalencia alta o baja mediante la prueba Chi-cuadrado.

11.5.7.1. Diferencias MCMI-III en función del sexo en la muestra Global

El promedio en personalidad Evitativa, es significativamente superior en mujeres que en hombres ($t_{293}=-2.192$; $p=.029$). En mujeres el promedio en personalidad Histriónica es significativamente superior que en hombres ($t_{293}=-2.484$; $p=.014$). En personalidad Narcisista el promedio de hombres es superior al de mujeres, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($t_{293}=2.581$; $p=.010$). En el síndrome Distimia, el promedio en mujeres es significativamente mayor que en hombres ($t_{293}=-3.491$; $p=.001$). Las mujeres con PD, en Dependencia de alcohol obtienen un promedio superior que los hombres ($t_{293}=-3.921$; $P=.000$). En Dependencia a sustancias, el promedio de hombres es significativamente superior al de mujeres ($t_{293}=2.969$; $p=.003$). En Depresión mayor las mujeres obtienen un promedio superior al de hombres, siendo esta

diferencia estadísticamente significativa ($t_{236}=-2.681$; $p=.008$) y finalmente las mujeres presentan un promedio significativamente superior al de hombres en Trastorno de Estrés Postraumático ($t_{236}=-3.943$; $p=.000$).

11.5.7.2. Diferencias MCMI-III en función del sexo en dependientes de alcohol

En la distribución de las prevalencias de la escala Evitativo (2A) según sexo, se puede apreciar que el 9.5% de las mujeres alcohólicas presentan rasgos evitativos altos frente al 0.0% en hombres. Esta diferencia roza la significación estadística ($\text{CHI}_2 = 5.466$; $P = .065$). En cuanto a la escala Dependiente (3), la diferencia entre sexos roza la significación estadística en prevalencia muy alta ($\text{CHI}_2 = 5.929$; $p = 0.52$). El porcentaje de mujeres (16.7%) es superior al de hombres (4.5%). En Dependencia a sustancias (T), el porcentaje de hombres alcohólicos (25.0%) es superior al de mujeres (11.9%) en prevalencia muy alta, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($\text{CHI}_2 = 6.130$; $p = 0.47$). En la distribución de prevalencias de Trastorno del Pensamiento (SS) según sexo, se puede apreciar que el 31.8% de los hombres presentan Trastorno del Pensamiento muy alto frente al 11.9% en mujeres. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($\text{CHI}_2 = 6.764$; $p = 0.34$).

11.5.7.3. Diferencias MCMI-III en función del sexo en dependientes a cocaína

En personalidad Dependiente (3), el porcentaje de mujeres (26.1%) es superior al de hombres (5.4%), en prevalencia alta, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($\text{CHI}_2 = 11.009$; $p = .004$). En la distribución de las prevalencias de la escala Trastorno Distímico (D) según sexo, se puede apreciar que el 34.8% de las mujeres presentan Distimia muy alta frente al 8.9% en hombres. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($\text{CHI}_2 = 16.973$; $p = .000$). Por último en Dependencia a sustancias (T), el porcentaje de hombres (64.3%) es superior al de mujeres (30.3%), en prevalencia muy alta, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($\text{CHI}_2 = 7.778$; $P = .020$).

11.5.7.4. Diferencias MCMI-III en función del sexo en dependientes a cannabis

En personalidad Agresivo/Sádica (6B), el porcentaje de mujeres (28.6%) es superior al de hombres (5.4%) en prevalencia muy alta, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($\text{CHI}_2 = 8.180$; $p = .017$). En prevalencia muy alta, se observa que el porcentaje de mujeres dependientes de cannabis (85.7%) es superior al de hombres (33.9%) en Trastorno de Ansiedad. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($\text{CHI}_2 = 7.187$; $p = .027$). Entre hombres y mujeres adictos al cannabis, las mujeres presentan una prevalencia superior en Trastorno Bipolar (28.6%) frente a los hombres (5.4%) en ($\text{PREV} \geq 85$), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($\text{CHI}_2 = 7.797$; $p = .020$).

11.5.7.5. Diferencias MCMI-III en función del sexo en dependientes de alcohol más cocaína

No se observan diferencias significativas en función del sexo en las escalas de MCMI-III para esta muestra.

11.5.8. Diferencias significativas en las dimensiones del MCMI-III en función de los grupos de consumo

Al comparar las dimensiones del MCMI-III, entre los diferentes grupos de consumo, encontramos diferencias estadísticamente significativas en:

- Patrones clínicos de la personalidad: Narcisista ($F_{3, 291} = 4.049$; $p=.008$), Antisocial ($F_{3, 291} = 8.307$; $p=.000$), Agresiva-sádica ($F_{3, 291} = 7.523$; $p=.000$) y Compulsiva ($F_{3, 291} = 3.134$; $p=.026$).
- Síndromes clínicos: Trastorno bipolar ($F_{3, 291} = 2.708$; $p=.045$) y Dependencia de sustancias ($F_{3, 291} = 17.032$; $p=.000$).

Las comparaciones Bonferroni posteriores indicaron lo siguiente:

Los dependientes de cocaína se caracterizan presentar mayores rasgos Narcisistas ($d=10.933$; $p=.003$), Antisociales ($d= 11.428$; $p=.000$) y Agresivos ($d= 10.803$; $p=.000$) al compáralos con los alcohólicos, así mismo los dependientes de alcohol más cocaína muestran mayores rasgos Antisociales ($d=8.862$; $p=.003$) y Agresivos ($d=11.186$; $p=.001$), que los dependientes de alcohol. Los dependientes de cannabis se caracterizan por ser más agresivos que los dependientes de alcohol ($d= 8.827$; $p=.013$). En personalidad Compulsiva los resultados reflejan que los dependientes de alcohol se caracterizan por mostrar mayores rasgos compulsivos que los dependientes de alcohol más cocaína ($d=11.779$; $p=.020$).

En cuanto a los síndromes clínicos, el Trastorno Bipolar en dependientes a cocaína es más prevalente que en dependientes de alcohol ($d=8.596$; $p=.038$). En Dependencia a sustancias los dependientes de alcohol se diferencian de los dependientes a cocaína por presentar menos dependencia a sustancias ($d=-17.124$; $p=.000$), igualmente ocurre entre los dependientes de alcohol y cannabis ($d=-14.982$; $p=.000$) y entre los dependientes de alcohol y dependientes de cocaína más alcohol ($d=17.124$; $p=.000$).

Tabla 25. Porcentajes significativos en MCMI-III en muestra PD

Dimensión MCMI-III	PREV ≤75	PREV >75	PREV ≥85
Esquizoide (1)	86.8	5.8	7.5
Evitativo (2A)	86.4	5.1	8.5
Depresiva (2B)	89.9	7.6	2.5
Dependiente (3)	79.3	10.8	9.8
Histriónica (4)	87.8	3.4	8.8
Narcisista (5)	86.4	6.1	7.5
Antisocial (6A)	70.2	14.6	15.3
Agresiva (6B)	88.8	4.4	6.8
Compulsiva (7)	90.2	3.4	6.4
Negativista (8A)	90.8	4.4	4.7
Autodestructiva(8B)	89.8	4.1	6.1
Esquizotípica (S)	86.4	2.7	10.8
Límite (C)	85.8	4.7	9.5
Paranoide (P)	83.4	6.8	9.8
Trastorno de Ansiedad (A)	35.9	23.4	40.7
Trastorno Somatomorfo (H)	79.3	9.2	11.5
Trastorno Bipolar (N)	70.8	16.3	12.9
Trastorno Distímico (D)	67.1	12.9	20.0
Dependencia de alcohol (B)	44.1	18.6	37.3
Dependencia de sustancias (T)	32.5	24.4	43.1
Trastorno Estrés Postraumático (R)	87.8	3.4	8.8
Trastorno del Pensamiento (SS)	56.3	13.9	29.8
Depresión Mayor (CC)	57.6	15.3	27.1
Trastorno Delirante (PP)	63.1	19.3	17.6

PD: Patología Dual

Sombreado oscuro PREV>75: Porcentaje estadísticamente superior ($p \leq .05$; 13.4%) con respecto a lo esperado en población normal en $75 < PREV \geq 85$ (10%).

Sombreado claro PREV>75: Porcentaje estadísticamente inferior ($p \leq .05$; 6.51%) con respecto a lo esperado en población normal en $75 < PREV \geq 85$ (10%).

Sombreado oscuro PREV≥85: Porcentaje estadísticamente superior ($p \leq .05$; 19.15%) con respecto a lo esperado en población normal en $PREV \geq 85$ (15%).

Sombreado claro PREV≥85: Porcentaje estadísticamente inferior ($p \leq .05$; 10.85%) con respecto a lo esperado en población normal en $PREV \geq 85$ (15%).

Tabla 26. Porcentajes significativos en MCMI-III según sustancia y sexo

Grupos PD	Alcohol						Cocaína						Cannabis						Alcohol+Cocaína					
	Total 75-85	>=85	Varón 75-85	>=85	Mujer 75-85	>=85	Total 75-85	>=85	Varón 75-85	>=85	Mujer 75-85	>=85	Total 75-85	>=85	Varón 75-85	>=85	Mujer 75-85	>=85	Total 75-85	>=85	Varón 75-85	>=85	Mujer 75-85	>=85
Esquizoide (1)	7.0	10.5	9.1	9.1	4.8	11.9	6.3	6.3	5.4	7.1	8.7	4.3	3.2	11.1	3.6	12.5	0.0*	0.0**	6.0	1.5* *	5.7	1.9**	7.1	0.0**
Evitativa (2A)	4.7	7.0	9.5	4.5	0.0*	9.5	7.6	8.9	7.1	10.7	8.7	4.3	3.2	11.1	3.6	12.5	0.0*	0.0**	4.5	7.5	5.7	9.4	0.0*	0.0**
Depresiva (2B)	11.0	8.41	5.6	0.0**	16.2	8.1	5.2	3.4	2.6	5.1	10.5	0.0**	6.4	2.1**	4.9	2.4**	16.7	0.0**	0.0	6.7	0.0*	6.4	0.0*	7.7
Dependiente (3)	14.0	10.5	9.1	4.5	19.0	16.7	11.4	8.9	5.4	5.4	26.1*	17.4	12.7	12.7	12.5	14.3	14.3	0.0**	4.5	7.5	5.7	9.4	0.0*	0.0**
Histriónica (4)	3.5	3.5**	4.5	4.5	2.4	2.4**	3.8	13.9	3.6	12.5	4.3	17.4	4.8	6.3	5.4	5.4	0.0*	14.3	1.5	11.9	1.9	11.3	0.0*	14.3
Narcisista (5)	3.5	2.3**	2.3	4.5	4.8	0.0**	8.9	15.2	12.5	14.3	0.0*	17.4	6.3	7.9	7.1	7.1	0.0*	14.3	6.0	4.5	7.5	3.8**	0.0*	7.1
Antisocial (6A)	7.0	7.0	11.4	6.8	2.4	7.1	20.3	22.8	21.4*	23.2	17.4	21.7	14.3	14.3	14.3	12.5	14.3	28.6**	17.9	17.9	17.0*	18.9	21.4*	14.3
Agresiva (6B)	0.0*	3.5**	0.0*	4.5	0.0*	2.4**	11.4	7.6	14.3	5.4	4.3	13.0	3.2	7.9	1.8	5.4	14.3	28.6**	3.0	9.0	3.8	7.5	0.0*	14.3
Compulsiva (7)	3.5	9.3	4.5	9.1	2.4	9.5	2.5	6.3	3.6	7.1	0.0*	4.3	6.3	7.9	7.1	8.9	0.0*	0.0**	1.5	1.5**	1.9*	1.9	0.0*	0.0**
Negativista (8A)	3.5	1.2**	2.3	2.3**	4.8	0.0**	3.8	7.6	3.6	7.1	4.3	8.7	7.9	6.3	8.9	5.4	0.0*	14.3	3.0	4.5	3.8	3.8**	0.0*	7.1
Autodestr (8B)	5.8	3.5**	4.5	4.5	7.1	2.4**	1.3	10.1	1.8	8.9	0.0*	13.0	6.3	6.3	7.1	7.1	0.0*	0.0**	3.0	4.5	3.8	5.7	0.0*	0.0**
Esquizotípica (S)	1.2	10.5	2.4	6.8	0.0*	14.3	3.8	12.7	5.4	12.5	0.0*	13.0	1.6*	12.7	1.8	14.3	0.0*	0.0**	4.5	7.5	1.9	9.4	14.3	0.0**
Límite (C)	4.7	7.0	4.5	6.8	4.8	7.1	5.1	13.9	5.4	12.5	4.3	17.4	3.2	11.1	3.6	10.7	0.0*	14.3	6.0	6.0	7.5	3.8**	0.0*	14.3
Paranoide (P)	8.1	5.8	4.5	9.1	11.9	2.4**	7.6	15.2	7.1	16.1	8.7	13.0	3.2	11.1	3.6	10.7	0.0*	14.3	7.5	7.5	5.7	5.7	14.3	14.3
Tr. Ansiedad (A)	19.8*	48.8**	20.5*	45.5**	19.0	52.4**	22.8*	36.7**	23.2*	33.9**	21.7*	43.5**	27.0*	39.7**	30.4*	33.9**	0.0*	85.7**	25.4*	35.8**	28.3*	32.1**	14.3	50.0**
Tr. Somatom (H)	16.3	16.3	9.1	13.6	23.8*	19.0	6.3	10.1	3.6	13.0	13.0	8.9	6.3	11.1	7.1	12.5	0.0*	0.0**	6.0	7.5	7.5	7.5	0.0*	7.1
Tr. Bipolar (N)	20.9*	7.0	25.0*	4.5**	16.7	9.5	12.7	25.3	14.3	21.4	8.7	34.8**	11.1	7.9	8.9	5.4	28.6*	28.6**	19.4	10.4	15.1	11.3	35.7*	7.1
Tr. Distímico (D)	16.3	32.6**	15.9	22.7	16.7	42.9**	15.2	16.5	8.9	8.9	30.4*	34.8**	11.1	14.3	8.9	14.3	28.6*	14.3	7.5	13.4	5.7	13.2	14.3	14.3
Dep. Alcohol (B)	20.9*	50.0**	25.0*	38.6**	16.7	61.9**	13.9	29.1**	12.5	28.6**	17.4	30.4**	19.0*	33.3**	19.6*	30.4**	14.3	57.1**	20.9*	34.3**	24.5*	28.3**	7.1	57.1**
Dep. Sustan (T)	20.9*	18.6	27.3*	25.0	14.3	11.9	26.6*	54.4**	19.6*	64.3**	43.5*	30.4**	25.4*	50.8**	26.8*	51.8**	14.3	42.9**	25.4*	53.7**	22.6	56.6**	35.7*	42.9**
Tr.Estr.Postr (R)	1.4	13.7	0.0*	5.6	2.7	21.6	1.7	6.9**	2.6	7.7	0.0*	5.3	6.4	6.4	4.9	7.3	16.7	0.0**	5.0	6.7	4.3	6.4	7.7	7.7
Tr. Pensam (SS)	15.1	22.1	18.2	31.8**	11.9	11.9	11.4	34.2**	10.7	39.3**	13.0	21.7	15.9	33.3**	14.3	35.7**	28.6*	14.3	13.4	31.3**	13.2	37.7**	14.3	7.1
Depre. Mayor (CC)	18.6*	32.6**	11.4	34.1**	26.2*	31.0**	11.4	24.1	7.1	23.2	21.7*	26.1**	9.5	27.0**	8.9	28.6**	14.3	14.3	20.9*	23.9**	17.0	28.3**	35.7*	7.1
Tr. Delirante (PP)	18.6*	17.4	20.5*	11.4	16.7	23.8	20.3	19.0	23.2*	17.9	13.0	21.7	23.8*	17.5	26.8*	16.1	0.0*	28.6**	14.9	16.4	17.0	13.2	7.1	28.6**

Autodestr: Autodestructiva; Tr: Trastorno; Somatom: Somatomorfo; Sustan: Sustancias; Estr; Estrés; Postr: Postraumático; Pensam: Pensamiento; Depre: Depresión.

*: Porcentaje estadísticamente superior o inferior (p<=.05) con respecto a lo esperado en población normal (10%).

** : Porcentaje estadísticamente superior o inferior (p<=.05) con respecto a lo esperado en población normal (15%).

11.5.9. Dimensiones del CTI: Porcentajes significativos*11.5.9.1. Muestra global de Patología Dual*

Se ha procedido a calcular las distintas dimensiones del CTI en la muestra global. Para ello, en cada dimensión se han considerado tres categorías: significativamente inferior ($T < 35$), normal ($T 35-64$) y significativamente superior ($T > 65$). En la Tabla 27 se observan los porcentajes de cada dimensión en estas categorías, donde se muestra en sombreado claro los porcentajes significativos inferiores a los obtenidos en población normal y en sombreado oscuro los significativos superiores. Para ello se han realizado distintos contrastes de proporciones entre la muestra utilizada y los porcentajes esperables en población normal, fijando un nivel de significación mínimo del 5%.

Como puede observarse en la tabla 27, se obtienen porcentajes significativos por encima de lo esperable en los siguientes factores:

Categoría significativamente inferior ($T < 35$)

- PCG, Emotividad y Eficacia.

Categoría significativamente superior ($T > 65$)

- Pensamiento Supersticioso, Rigidez, Pensamiento Esotérico e Ilusión.

Porcentajes significativos por debajo de lo esperable (véase Tabla 27):

Categoría significativamente inferior ($T < 35$)

- Pensamiento Supersticioso y Rigidez

Categoría significativamente superior ($T > 65$):

- PCG y Emotividad

Este procedimiento se ha repetido para cada sustancia, indicándose a continuación los resultados obtenidos:

11.5.9.2. Muestra de dependientes de alcohol

Como puede observarse en la tabla 28, se obtienen porcentajes significativos por encima de lo esperable en los siguientes factores:

Categoría significativamente inferior ($T < 35$)

- PCG, Emotividad y Eficacia.

Categoría significativamente superior ($T > 65$)

- Pensamiento Supersticioso, Rigidez, Pensamiento Esotérico e Ilusión.

Porcentajes significativos por debajo de lo esperable (ver Tabla 28):

Categoría significativamente superior ($T > 65$):

- PCG y Emotividad.

11.5.9.3. Muestra de dependientes a cocaína

En la tabla 28, se pueden observar los porcentajes significativos por encima de lo esperable en los siguientes factores:

Categoría significativamente inferior ($T < 35$)

- PCG, Emotividad y Eficacia.

Categoría significativamente superior ($T > 65$)

- Pensamiento Supersticioso, Rigidez, Pensamiento Esotérico e Ilusión.

Porcentajes significativos por debajo de lo esperable en (ver Tabla 28):

Categoría significativamente inferior ($T < 35$)

- Rigidez, Pensamiento Supersticioso, Pensamiento Esotérico e Ilusión.

Categoría significativamente superior ($T > 65$):

- Emotividad.

11.5.9.4. Muestra de dependientes a cannabis

En la tabla 28, se pueden observar los porcentajes significativos por encima de lo esperable en los siguientes factores:

Categoría significativamente inferior (T<35)

- PCG, Emotividad y Eficacia.

Categoría significativamente superior (T> 65)

- Pensamiento Supersticioso, Rigidez, Pensamiento Esotérico e Ilusión.

Se obtienen porcentajes significativos por debajo de lo esperable en los factores siguientes (véase Tabla 28):

Categoría significativamente inferior (T<35)

- Pensamiento Supersticioso y Rigidez.

Categoría significativamente superior (T> 65)

- PCG

11.5.9.5. Muestra de dependientes de alcohol más cocaína

Se obtienen porcentajes significativos por encima de lo esperable en los siguientes factores (ver Tabla 28):

Categoría significativamente inferior (T<35)

- PCG, Emotividad y Eficacia.

Categoría significativamente superior (T> 65)

- Pensamiento Supersticioso, Rigidez, Pensamiento Esotérico e Ilusión.

Porcentajes significativos por debajo de lo esperable (ver Tabla 28):

Categoría significativamente inferior (T<35)

- Pensamiento Supersticioso y Rigidez.

11.5.10. Diferencias significativas en las dimensiones del CTI en función del sexo

Se ha procedido a comparar las dimensiones del CTI según sexo, para la muestra global como para los diferentes grupos de dependientes a sustancias. Para la muestra global de PD se han calculado los promedios para cada sexo en cada una de los factores del CTI y las comparaciones de estos en función del sexo mediante la prueba T de Student para muestras independientes. Para analizar los factores para cada combinación sexo y sustancia se compararon los porcentajes de prevalencia alta o baja mediante la prueba Chi-cuadrado.

11.5.10.1. Diferencias CTI en función del sexo en la muestra Global

En la dimensión Emotividad, el promedio en hombres supera al de mujeres de forma significativa ($t_{293}=3.106$; $p=.002$).

11.5.10.2. Diferencias CTI en función del sexo en la muestra de dependientes de alcohol.

En la escala Eficacia, el porcentaje de mujeres (11.9%) es superior al de hombres (0.0%) en puntuaciones superiores, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($\text{CHI}_2 = 6.321$; $p = .042$). En cuanto a Rigidez, el porcentaje en hombres (52.3%) es superior al de mujeres (28.6%), existiendo una diferencia estadísticamente significativa ($\text{CHI}_2 = 6.414$; $p = .040$).

11.5.10.3. Diferencias CTI en función del sexo en la muestra de dependientes a cocaína

No se han encontrado diferencias significativas en función del sexo entre los factores de primer orden del CTI en esta muestra.

11.5.10.4. Diferencias CTI en función del sexo en la muestra de dependientes a cannabis

No se han encontrado diferencias significativas entre sexos en los factores de primer orden del CTI en este grupo de adictos.

11.5.10.5. Diferencias CTI en función del sexo en la muestra de dependientes de alcohol más cocaína

No se observan diferencias significativas en función del sexo en las escalas de CTI para esta muestra.

11.5.11. Diferencias significativas en las dimensiones del CTI en función de los grupos de consumo

No se aprecian diferencias significativas entre los grupos de sustancias en ninguna de los factores que componen el CTI.

Tabla 27. Porcentajes significativos en CTI en muestra PD

Dimensión CTI	T<35	T35-65	T>65
Pensamiento Constructivo Global (PCG)	48.5	50.8	0.7
EMOTIVIDAD	43.7	55.3	1.0
Autoestima	36.6	61.7	1.7
Tolerancia a la frustración	40.0	58.6	1.4
Impasibilidad	25.1	72.5	2.4
Capacidad de Sobreponerse	42.7	56.3	1.0
EFICACIA.	32.9	63.4	3.7
Pensamiento positivo	15.9	74.2	9.8
Actividad	34.9	64.1	1.0
Responsabilidad	20.3	72.2	7.5
PENSAMIENTO SUPERSTICIOSO	0.7	63.7	35.6
RIGIDEZ	0.7	57.3	42.0
Extremismo.	1.0	64.4	34.6
Susplicacia	1.0	61.7	37.3
Intolerancia	5.4	78.3	16.3
PENSAMIENTO ESOTÉRICO	3.4	78.3	18.3
Creencias Paranormales	4.1	80.7	15.3
Creencias irracionales	2.4	76.9	20.7
ILUSIÓN	6.4	76.3	17.3
Euforia	7.5	70.5	22.0
Pensamiento Estereotipado	6.4	74.6	19.0
Ingenuidad	6.8	83.7	9.5

PD: Patología Dual

Sombreado oscuro: Porcentaje estadísticamente superior ($p \leq .05$; 12.06%) con respecto a lo esperado en población normal (6.68%).

Sombreado claro: Porcentaje estadísticamente inferior ($p \leq .05$; 1.3%) con respecto a lo esperado en población normal (6.68%).

Tabla 28. Porcentajes significativos en CTL según sustancia y sexo

Grupos PD	Alcohol				Cocaína				Cannabis				Alcohol+Cocaína											
	Total	<35	>65	Varón	<35	>65	Varón	Mujer	Total	<35	>65	Varón	Mujer	Total	<35	>65	Varón	Mujer						
PCG	55.8*	0.0*	56.8*	0.0	54.8*	0.0	51.9*	1.3	44.6*	1.8	69.6*	0.0	46.0*	0.0*	44.6*	0.0	57.1*	0.0	37.3*	1.5	34.0*	1.9	50.0*	0.0
EMO	45.3*	0.0*	38.6*	0.0	52.4*	0.0	49.4*	0.0*	46.4*	0.0	56.5*	0.0	38.1*	1.6	35.7*	1.8	57.1*	0.0	40.3*	3.0	37.7*	3.8	50.0*	0.0
Autoestima	43.0*	1.2	36.4*	2.3	50.0*	0.0	45.6*	2.5	44.6*	3.6	47.8	0.0	22.2*	1.6	19.6*	1.8	42.9*	0.0	31.3*	1.5	28.3*	1.9	42.9*	0.0
Toler.Frustr	44.2*	0.0*	38.6*	0.0	50.0*	0.0	40.5*	1.3	37.5*	1.8	47.8*	0.0	33.3*	0.0*	32.1*	0.0	42.9*	0.0	40.3*	4.5	37.7*	5.7	50.0*	0.0
Impasib	27.9*	2.3	22.7*	2.3	33.3*	2.4	25.3*	1.3	19.6*	1.8	39.1*	0.0	19.0*	3.2	17.9*	3.6	28.6*	0.0	26.9*	3.0	20.8*	3.8	50.0*	0.0
Capa. Sobr.	45.3*	1.2	43.2*	2.3	47.6*	0.0	48.1*	0.0*	44.6*	0.0	56.5*	0.0	34.9*	0.0*	32.1*	0.0	57.1*	0.0	40.3*	3.0	34.0*	3.8	64.3*	0.0
EFI	38.4*	5.8	36.4*	0.0	40.5*	11.9	27.8*	2.5	23.2*	3.6	39.1*	0.0	31.7*	1.6	32.1*	1.8	28.6*	0.0	32.8*	4.5	28.3*	3.8	50.0*	7.1
Pens. Posit	26.7*	9.3	20.5*	4.5	33.3*	14.3*	12.7	11.4	10.7	7.1	17.4*	21.7*	14.3*	9.5	14.3*	8.9	14.3	14.3	7.5	9.0	5.7	9.4	14.3	7.1
Actividad	34.9*	1.2	31.8*	0.0	38.1*	2.4	38.0*	0.0*	30.4*	0.0	56.5	0.0	34.9*	0.0*	33.9*	0.0	42.9*	0.0	31.3*	3.0	28.3*	1.9	42.9*	7.1
Respons	19.8*	8.1	15.9*	9.1	23.8*	7.1	13.9	7.6	12.5	8.9	17.4*	4.3	22.2*	6.3	19.6*	7.1	42.9*	0.0	26.9*	7.5	28.3*	3.8	21.4*	21.4*
SUP	1.2	34.9*	0.0	38.6*	2.4	31.0*	1.3*	45.6*	0.0	56.5*	1.8	41.1*	0.0*	22.2*	0.0	19.6*	0.0	42.9*	0.0*	37.3*	0.0	39.6*	0.0	28.6*
RIG	2.3	40.7*	0.0	52.3*	4.8	28.6*	0.0*	53.2*	0.0	50.0*	0.0	60.9*	0.0*	33.3*	0.0	33.9*	0.0	28.6*	0.0*	38.8*	0.0	43.4*	0.0	21.4*
Extremismo	1.2	29.1*	0.0	36.4*	2.4	21.4*	1.3*	39.2*	0.0	32.1*	4.3	56.5*	1.6	31.7*	0.0	32.1*	14.3*	28.6*	0.0*	38.8*	0.0	39.6*	0.0	35.7*
Suspiciacia	2.3	41.9*	0.0	47.7*	4.8	35.7*	0.0*	36.7*	0.0	35.7*	0.0	39.1*	1.6	33.3*	1.8	30.4*	0.0	57.1*	0.0*	35.8*	0.0	35.8*	0.0	35.7*
Intolerancia	7.0	18.6*	2.3	22.7*	11.9	14.3*	6.3	13.9*	8.9	16.1*	0.0	8.7	1.6	15.9*	1.8	16.1*	0.0	14.3	6.0	16.4*	5.7	13.2	7.1	28.6*
ESO	5.8	15.1*	4.5	18.2*	7.1	11.9	1.3*	19.0*	1.8	16.1*	0.0	26.1*	4.8	17.5*	5.4	16.1*	0.0	28.6*	1.5	22.4*	1.9	18.9*	0.0	35.7*
Creen. Para.	5.8	9.3	4.5	11.4	7.1	7.1	1.3*	20.3*	0.0	14.3*	4.3	34.8*	4.8	17.5*	5.4	16.1*	0.0	28.6*	4.5	14.9*	5.7	13.2	0.0	21.4*
Creen.Irrac	2.3	20.9*	0.0	22.7*	4.8	19.0*	1.3*	20.3*	1.8	17.9*	0.0	26.1*	3.2	20.6*	3.6	19.6*	0.0	28.6*	3.0	20.9*	3.8	18.9*	0.0	28.6*
ILU	11.6	12.8*	15.9*	9.1	7.1	16.7*	2.5*	25.3*	1.8	25.0*	4.3	26.1*	4.8	14.3*	3.6	12.5	14.3	28.6*	6.0	16.4*	5.7*	18.9*	7.1	7.1
Euforia	5.8	15.1*	6.8	15.9*	4.8	14.3*	8.9	30.4*	10.7	30.4*	4.3	30.4*	4.8	15.9*	5.4	14.3*	0.0	28.6*	10.4	26.9*	11.3	24.3*	7.1	35.7*
Pens. Estere	8.1	14.0	13.6	11.4	2.4	16.7*	3.8	25.3*	3.6	25.0*	4.3	26.1*	7.9	17.5*	8.9	16.1*	0.0	28.6*	6.0	19.4*	7.5	18.9*	0.0	21.4*
Ingenuidad	10.5	4.7	11.4	4.5	9.5	4.8	5.1	11.4	5.4	10.7	4.3	13.0	6.3	11.1	7.1	8.9	0.0	28.6*	4.5	11.9	3.8	13.2	7.1	7.1

PCG: Pensamiento Constructivo Global; EMO: Emotividad; Toler. Frustr: Tolerancia a la Frustración; Impasib: Impasibilidad; Capa. Sobr: Capacidad de Sobreponerse; EFI: Eficacia; Pens. Posit: Pensamiento Positivo; Respons: Responsabilidad; SUP; Pensamiento Supersticioso; RIG: Rigidez; ESO: Pensamiento Esotérico; Creen. Para: Creencias Paranormales; Creen. Irrac: Creencias Irracionales; ILU: Ilusión; Pens. Estere; Pensamiento Estereotipado.

*: Porcentaje estadísticamente superior o inferior ($p \leq .05$) con respecto a lo esperado en población normal (6.68%).

11.5.12. Dimensiones del SCL-90-R: Porcentajes significativos*11.5.12.1. Muestra Global de Patología Dual*

Se ha procedido a calcular las distintas dimensiones del SCL90-R en la muestra global de PD. Para ello, en cada dimensión se han considerado dos categorías: Normal (PC 0-85) y Presencia Trastorno (PC >85). En la Tabla 29 se observan los porcentajes de cada dimensión en estas categorías, donde se muestra en sombreado claro los porcentajes significativos inferiores a los obtenidos en población normal y en sombreado oscuro los significativos superiores. Para ello se han realizado distintos contrastes de proporciones entre la muestra utilizada y los porcentajes esperables en población normal, fijando un nivel de significación mínimo del 5%.

Como puede observarse en la Tabla 29, se obtienen porcentajes significativos por encima de lo esperable:

- Obsesión-Compulsión (OBS).
- Depresión (DEP).
- Psicoticismo (PSI).
- PST.

En ninguna dimensión del SCL-90-R se obtienen porcentajes por debajo de lo esperable (ver Tabla 29).

Este procedimiento se ha repetido para cada sustancia, indicándose a continuación los resultados obtenidos:

11.5.12.2. Muestra de dependientes de alcohol

Como puede observarse en la Tabla 30 se obtienen porcentajes significativos por encima de lo esperable en las siguientes dimensiones:

Somatización (SOM), Obsesión-Compulsión (OBS), Depresión (DEP), Ansiedad (ANS), Ideación Paranoide (PAR) y Psicoticismo (PSI), además de los índices GSI y PST.

No observamos porcentajes significativos por debajo de lo esperable en ninguna dimensión del SCL-90-R en esta muestra (ver Tabla 30).

11.5.12.3. Muestra de dependientes a cocaína

Como puede observarse en la tabla 30, no se han encontrado porcentajes significativos por encima de lo esperable en ninguna de las dimensiones del SCL-90-R del grupo de dependientes a cocaína. Aunque se observa una tendencia al alta en las siguientes escalas o dimensiones: Depresión (DEP), Somatización (SOM), Hostilidad (HOS), Psicoticismo (PSI), GSI y PST.

11.5.12.4. Muestra de dependientes a cannabis

No se han encontrado porcentajes significativos por encima de lo esperable en ninguna de las dimensiones del SCL-90-R del grupo de adictos a cannabis. Se observa una tendencia al alta en las siguientes escalas o dimensiones: Hostilidad (HOS), Ideación Paranoide (PAR), Psicoticismo (PSI), Depresión (DEP), Sensibilidad Interpersonal (INT), Ansiedad (ANS), Ansiedad Fóbica (FOB), GSI y PST (ver Tabla 30).

11.5.12.5. Muestra de dependientes de alcohol más cocaína

Como puede observarse en la tabla 30, no se obtienen porcentajes significativos por encima de lo esperable, aunque destacan al alta las siguientes dimensiones: Obsesión-Compulsión (OBS), Depresión (DEP), Hostilidad (HO), Ideación Paranoide (PAR) Psicoticismo (PSI), además de los índices GSI y PST.

Se puede observar en la tabla 30 no se obtienen porcentajes significativos por debajo de lo esperable en ninguna dimensión del SCL-90 para este grupo de consumidores.

11.5.13. Diferencias significativas en las dimensiones del SCL-90-R en función del sexo

Se ha procedido a comparar las dimensiones del SCL90-R según sexo, para la muestra global como para los diferentes grupos de dependientes a sustancias. Para la muestra global de PD se han calculado los promedios para cada sexo en cada una de las dimensiones del SCL-90-R y las comparaciones de estas en función del sexo mediante la prueba T de Student para muestras independientes. Para analizar los factores para cada combinación sexo y sustancia se compararon los porcentajes de prevalencia alta o baja mediante la prueba Chi-cuadrado.

11.5.13.1. Diferencias SCL-90-R en función del sexo en la muestra Global

No se obtienen diferencias significativas entre sexos en ninguna de las dimensiones e índices del SCL90-R para la muestra de PD global.

11.5.13.2. Diferencias SCL-90-R en función del sexo en la muestra de dependientes de alcohol

No se observan diferencias significativas entre sexos en ninguna de las dimensiones e índices del SCL90-R para esta muestra.

11.5.13.3. Diferencias SCL-90-R en función del sexo en la muestra de dependientes a cocaína

En la distribución de las prevalencias de la dimensión Psicoticismo (PSI) según sexo, se puede apreciar que el 26.1% de las mujeres presentan indicadores elevados en presencia de trastorno frente al 1.8% en hombres. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($\text{CHI}_2 = 11.923$; $p = .001$). Por último en PST, el porcentaje de mujeres (26.1%) es superior al de hombres (8.9%) en presencia de trastorno, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($\text{CHI}_2 = 4.005$; $p = .045$).

11.5.13.4. Diferencias SCL-90-R en función del sexo en la muestra de dependientes a cannabis

En Sensibilidad Interpersonal, el porcentaje de mujeres (28.6%) es superior al de hombres (5.4%). Esta diferencia es estadísticamente significativa ($\text{CHI}_2 = 4.589$; $p = .032$). En presencia de trastorno, se observa que el porcentaje de mujeres (42.9%) es superior al de hombres (5.4%) en la dimensión Depresión (DEP). Esta diferencia es estadísticamente significativa ($\text{CHI}_2 = 10.155$; $p = .001$). En la distribución de las prevalencias de la dimensión Ansiedad (ANS) según sexo, se puede apreciar que el 28.6% de las mujeres presentan porcentajes superiores en presencia de trastorno frente al 5.4% en hombres. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($\text{CHI}_2 = 4.589$; $p = 0.32$). Por último en Hostilidad (HOS), el porcentaje de mujeres (42.9%) es superior al de hombres (12.5%) en presencia de trastorno, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($\text{CHI}_2 = 4.294$; $p = 0.38$).

11.5.13.5. Diferencias SCL-90-R en función del sexo en la muestra de dependientes de alcohol más cocaína

En Depresión (DEP), la prevalencia en hombres (22.6%) es superior a la de mujeres (0.0%) en presencia de trastorno, esta diferencia es estadísticamente significativa ($\text{CHI}_2 = 3.861$; $p = 0.49$).

11.5.14. Diferencias significativas en las dimensiones del SCL-90-R en función de los grupos de consumo

Al comparar los cuatro grupos según las dimensiones del SCL-90-R se encontraron diferencias estadísticamente significativas en Ansiedad ($F_{3, 291}=3.763$; $p=.011$) y Ansiedad Fóbica ($F_{3, 291}=3.342$; $p=.020$). Las comparaciones Bonferroni posteriores indicaron lo siguiente:

Los dependientes de alcohol sufren más ansiedad ($d=14.419$; $p=.005$) y ansiedad fóbica ($d=14.478$; $p = 0.15$) en comparación con los dependientes de alcohol más cocaína.

Tabla 29. Porcentajes significativos en SCL-90-R en muestra PD.

Dimensión SCL-90-R	PC<=85	PC>85
Somatización(SOM)	89.5	10.5
Obsesión-compulsión(OBS)	86.1	13.9
Sensibilidad interpersonal(INT)	92.9	7.1
Depresión(DEP)	82.7	17.3
Ansiedad(ANS)	89.2	10.8
Hostilidad(HOS)	87.5	12.5
Ansiedad fóbica(FOB)	92.5	7.5
Ideación paranoide(PAR)	87.5	12.5
Psicoticismo (PSI)	85.1	14.9
GSI	86.8	13.2
PST	82.0	18.0
PSDI	91.5	8.5

PD: Patología Dual

Sombreado oscuro: Porcentaje estadísticamente superior ($p \leq .05$; 13.49%) con respecto a lo esperado en población normal en PC>85 (15%).

Sombreado claro: Porcentaje estadísticamente inferior ($p < .05$; 6.51%) con respecto a lo esperado en población norma en PC>85 (15%).

Tabla 30. Porcentajes significativos en SCL-90-R según sustancia y sexo.

Grupos PD	Alcohol			Cocaína			Cannabis			Alcohol+Cocaína		
	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer
PC	>85	>85	>85	>85	>85	>85	>85	>85	>85	>85	>85	>85
Somatización	19.8*	25.0*	14.3	8.9	5.4	17.4	4.8	5.4	0.0	6.0	7.5	0.0*
Obs-Comp.	23.3*	29.5*	16.7	7.6	5.4	13.0	11.1	8.9	28.6*	11.9	13.2	7.1
Sensib. Inter.	10.5	6.8	14.3	6.3	5.4	8.7	7.9	5.4	28.6*	3.0	3.8	0.0*
Depresión.	26.7*	29.5*	23.8*	12.7	10.7	17.4	9.5	5.4	42.9*	17.9	22.6*	0.0*
Ansiedad	20.9*	27.3*	14.3	6.3	3.6	13.0	7.9	5.4	28.6*	6.0	7.5	0.0*
Hostilidad	15.1	15.9	14.3	8.9	8.9	8.7	15.9	12.5	42.9*	10.4	13.2	0.0*
Ans. Fób.	12.8	13.6	11.9	3.8	1.8	8.7	7.9	8.9	0.0*	4.5	5.7	0.0*
Ide. Para.	17.4*	20.5*	14.3	5.1	5.4	4.3	14.3	14.3	14.3	13.4	15.1	7.1
Psicoticismo	23.3*	25.0*	21.4*	8.9	1.8	26.1*	14.3	12.5	28.6*	11.9	13.2	7.1
GSI	23.3*	27.3*	19.0	8.9	5.4	17.4	7.9	7.1	14.3	10.4	13.2	0.0*
PST	27.9*	31.8*	23.8*	13.9	8.9	26.1*	11.1	10.7	14.3	16.4	20.8*	0.0*
PSDI	15.1	18.2	11.9	6.3	3.6	13.0	4.8	3.6	14.3	6.0	7.5	0.0*

Obs-Comp: Obsesión –Compulsión; Sensib. Inter: Sensibilidad Interpersonal; Ans. Fób: Ansiedad Fóbica; Ide. Para: Ideación Paranoide.

*: Porcentaje estadísticamente superior o inferior ($p \leq .05$) con respecto a lo esperado en población normal (15%).

CAPITULO 12

DISCUSIÓN

El perfil sociodemográfico más frecuente de los pacientes de este estudio lo representa un varón, en torno a los 35 años, soltero, que convive con la familia de origen, desempleado, con estudios primarios y de nivel socioeconómico medio.

Estos datos son congruentes con los obtenidos en diferentes estudios epidemiológicos, nacionales así como internacionales, en sujetos consumidores de drogas. Así, según refleja la última Encuesta Nacional sobre Alcohol y Drogas (EDADES, 2015) el consumo de drogas tanto legales como ilegales está más extendido en hombres. En el estudio NSC-R, realizado en EE.UU destaca que varones con un nivel educativo bajo presentaron mayor riesgo para el consumo de sustancias (Kessler et al., 2003). Los datos estimados por la encuesta NESARC realizada sobre una amplia muestra de estadounidenses, concluyen que ser varón, soltero, viudo o divorciado, con una edad entre los 18 y 44 años y bajo nivel socioeconómico, supuso una mayor tasa de prevalencia de abuso y dependencia en esta población (Grant et al., 2004).

Existen datos que indican que los hombres muestran una mayor prevalencia en PD (Rodríguez-Jiménez et al., 2008). Arias et al. (2013) en un estudio realizado sobre la prevalencia de PD en la Comunidad de Madrid, indican que los pacientes con PD, con respecto a los pacientes con trastorno mental, eran más jóvenes, con mayor predominio de varones, vivían con su familia de origen, con un nivel educativo inferior y una situación laboral más precaria.

A nivel clínico se trata de pacientes con antecedentes en diversos tratamientos relacionados con su trastorno adictivo. Un 87.2% reciben tratamiento ambulatorio especializado, el 77.9% han requerido ingresos psiquiátricos, y un 44.7% combinaron tratamientos de corte psiquiátrico y psicológico. Este dato resulta coherente dadas las graves consecuencias tanto clínicas y sociales que suelen presentar este tipo de pacientes (Compton et al., 2007; Grant et al., 2004) así como los altos índices de fracasos terapéuticos y el coste sanitario que este hecho conlleva (Brown, 2005; San-Molina, 2003).

Los TP, están presentes en el 48.5% de los casos analizados, el 23.7% presentan como diagnóstico principal el Trastorno Límite de la Personalidad. Este dato concuerda con numerosos estudios en muestras de drogodependientes donde principalmente son los trastornos del clúster B los más prevalentes en sujetos con TUS (Arias et al., 2013; Berge et al., 2005; Bottlender et al., 2006; Verheul, 2001) y en muestras de pacientes con diagnóstico de TP donde se obtiene altas prevalencias de TUS (Colpaert et al., 2012; Dulit et al., 1990). El trastorno límite en especial resulta uno de los más frecuentes en sujetos con TUS según la literatura revisada (Compton et al., 2005; Dulit, et al., 1990 Grant et al., 2008; Langas et al., 2012; Links, et al., 1995; Pennay et al., 2011; Trull, et al., 2000; Walter et al., 2009).

En los distintos grupos por sustancias analizados (alcohol, cocaína, cannabis y alcohol más cocaína) los resultados obtenidos reflejan homogeneidad en el número de sujetos incluidos en cada grupo. Los datos indican una edad temprana en el inicio del consumo de sustancias puesto que el 92,2% comienza el consumo antes de los 25 años, con frecuencia diaria y gran dificultad en el mantenimiento de la abstinencia prolongada desde el inicio del uso de la sustancia. Estos datos son similares a los obtenidos en diferentes estudios epidemiológicos. En la Encuesta Nacional EDADES (2015) las edades medias en el inicio del consumo en todas las sustancias evaluadas (con excepción de la cocaína en base e hipnosedantes) son inferiores a los 25 años. En el Estudio NSC-R realizado en 2002 en población estadounidense indican que la edad media para el inicio del desarrollo de un TUS gira en torno a los 20 años (Kessler et al., 2003). Por último, en el estudio ESeMED-España, el 88% de los encuestados se inicia en el consumo de alcohol antes de los 40 años (Haro et al. 2006).

Como primera hipótesis se estableció, que *las características sociodemográficas, clínicas y del patrón de consumo diferirán en función de la sustancia consumida.*

Los resultados confirman parcialmente esta hipótesis en algunas de las variables descritas. Se obtienen diferencias significativas en las variables, edad, estado civil, tipo de convivencia, hijos, nivel educativo, diagnóstico asociado, edad de inicio y frecuencia de consumo.

Los resultados indicaron que en el momento de la consulta los dependientes de alcohol presentaban una edad entre 36-45 años, superior a los dependientes de cannabis, generalmente inferior a los 25 años. Los dependientes de alcohol más cocaína se distribuyen con diferencia en una etapa intermedia (26-35 años) con respecto al resto de consumidores. Nuestros datos coinciden con los indicados en la Encuesta Nacional (EDADES, 2015), donde el 47% de los consumidores de cannabis y un 3.9% de los consumidores de riesgo para esta sustancia se sitúan en una edad comprendida entre los 15 y 17 años. En cambio el alcohol se asocia con un mayor riesgo para el desarrollo de dependencia y abuso en edades más tardías (Sartor, et al., 2007).

En relación con la variable situación socio-familiar, los dependientes de cannabis con respecto principalmente al grupo de dependientes de alcohol, indicaban el siguiente perfil: solteros, viven en casa con sus padres y sin hijos, contrariamente a los dependientes de alcohol los cuales suelen tener otro estado civil distinto a la soltería y mantienen cargas familiares. Este resultado puede ser explicado por la diferencia en la edad entre ambos tipos de adictos en esta muestra.

En cuanto al nivel educativo, se obtiene una ligera diferencia entre los dependientes de alcohol, los cuales alcanzan niveles de estudios superiores en un porcentaje mayor a lo esperado, con respecto a los dependientes de cocaína y alcohol más cocaína.

A nivel clínico, los dependientes de cannabis presentan una mayor prevalencia de diagnósticos de trastornos psicóticos en comparación con los otros grupos de dependientes, así como una menor prevalencia en TP. La literatura revisada indica que los trastornos psicóticos son frecuentes en dependientes de cannabis (González et. al., 2000). En el estudio realizado por Arias et al. (2013), la adicción al cannabis se asoció además de a otros trastornos, a la psicosis. Otros autores destacan la esquizotipia como rasgo en consumidores habituales de cannabis (Dumas et al., 2002; Esterberg, et al., 2005; Fridberg, et al., 2010) y revisiones sistemáticas, indican una relación clara, donde el consumo de cannabis se asocia al incremento para el riesgo de la presencia de psicosis a lo largo de la vida (Arseneault, et al., 2004; Henquet et al., 2005; Moore et al., 2007; Semple, et al., 2005; Smit, et al., 2004).

Al contrario que los dependientes de cannabis, los dependientes de alcohol no se caracterizan tanto por las patologías de tipo psicótico, pero si más por patología orgánica. Este dato no resulta extraño ya que el consumo de alcohol está asociado a un mayor número de lesiones físicas y accidentes de tráfico (Cherpital, 2007) siendo frecuentes los trastornos cráneo encefálicos relacionados con el alcoholismo (Guardia, 2012).

Con respecto al patrón de consumo el 54.4% de dependientes de cocaína se inician con frecuencia antes de los 25 años, diferenciándose especialmente de los dependientes de cannabis, los cuales inician el consumo en su mayor parte antes de los 18 años. La edad de inicio es posterior en el consumo de cocaína con respecto a las otras sustancias. Este dato es coincidente con los obtenidos en España, donde el cannabis es la tercera sustancia después el alcohol y el tabaco de inicio más temprano, con una media de 18,6 años. La cocaína en cambio, es de inicio más tardío en torno a los 21.3 años (EDADES, 2015).

En cuanto a la frecuencia de consumo los dependientes de alcohol y cannabis son principalmente consumidores a diario, en cambio los dependientes de cocaína y de alcohol más cocaína espacian los consumos alterándolos entre días.

Factores como el coste económico, disponibilidad de acceso, riesgo percibido podrían explicar estos resultados. Según la encuesta EDADES (2015), el alcohol (5 copas en fin de semana), es la sustancia con más bajo riesgo percibido. Fumar cannabis es percibido como menos peligroso que el consumo de tabaco. En cuanto a las drogas ilegales el cannabis es la sustancia con mayor disponibilidad percibida, manteniéndose constante el porcentaje de personas que consideran muy importante su legalización.

La segunda hipótesis formula que la muestra de PD se caracterizará por presentar rasgos desajustados en la personalidad en comparación con la población normal, con una baja inteligencia emocional y presencia de elevada sintomatología psicopatológica. Esta hipótesis queda confirmada a partir de los resultados descritos a continuación.

En esta investigación utilizamos el 16PF-5, el cual es una recopilación y actualización de las diferentes formas de aplicación del 16PF de Cattell (1993). En la literatura revisada no se encontraron estudios que utilicen esta versión en sujetos con TUS. Los estudios revisados con esta prueba destacan que distintos factores del 16PF son característicos en la personalidad de sujetos drogodependientes. Los resultados de estos estudios son complementarios, sin contradecirse en sus conclusiones.

Los rasgos de la personalidad obtenidos en el 16PF-5 en la muestra global reflejan niveles significativamente mayores en los factores primarios Sensibilidad (I), Vigilancia (L), Abstracción (M), Privacidad (N), Aprensión (O), Autosuficiencia (Q2), Privacidad (N) y Tensión (Q4); y significativamente menores en Afabilidad (A), Razonamiento (B), Estabilidad emocional (C), Dominancia (E), Animación (F), Atrevimiento (H), Atención a Normas y Perfeccionismo (Q3).

Las bajas puntuaciones en Afabilidad (A), reflejan que estos sujetos frecuentemente presentan problemas al iniciar y mantener relaciones interpersonales significativas, mostrándose fríos y distantes, con tendencia al aislamiento. Las puntuaciones excesivamente bajas en Razonamiento (B), indican frecuentes problemas a nivel cognitivo evidenciando un pobre funcionamiento intelectual, que pueden reforzar el mal control de impulsos y afrontamiento ineficaz de problemas. La baja escolaridad y el consumo crónico de sustancias pueden ser condiciones que favorezcan este resultado. Las puntuaciones bajas en Estabilidad (C), reflejan inestabilidad emocional y dificultades para tolerar el malestar y demorar la recompensa. Con frecuencia experimentan estados de ánimo depresivos, las personas con las que se relacionan los describen como serios, reprimidos y pesimistas, dadas las bajas puntuaciones obtenidas en Animación (F). Las Puntuaciones bajas en Atención a Normas (G) indican una tendencia a ser inadecuados por falta de habilidades sociales e incumplidores de normas. Suelen ser temerosos y poco espontáneos según los bajos niveles obtenidos en la escala Atrevimiento (H). Según las altas puntuaciones obtenidas en la escala Sensibilidad (I), tienen a ser vulnerables e hipersensibles al rechazo o crítica, reflejando inmadurez y dependencia. Frecuentemente se muestran desconfiados y cautelosos ante los comportamientos y sentimientos de los demás, dato observado en los elevados niveles que obtienen en la escala Vigilancia (L). Las altas puntuaciones en Abstracción (M) indican una tendencia a ser poco eficaces y prácticos, con baja orientación a la acción, suelen ensimismarse en sus

pensamientos prestando poca atención a los aspectos cotidianos. Las elevadas puntuaciones en Privacidad (N), indican una predisposición a no expresar sus sentimientos y confiar en los demás. También tienden a ser inseguros, preocupados y ansiosos, con elevados sentimientos de culpa que refuerzan estados afectivos negativos y una baja autoestima según las altas puntuaciones observadas en Aprensión (O). Los elevados indicadores obtenidos en Autosuficiencia (Q2) indican una predisposición a la soledad e incomodidad en situaciones sociales, por lo que no suelen atender a necesidades externas a ellos. Por otro lado suelen mostrarse desordenados, flexibles, condescendientes y poco perfeccionistas, dadas las bajas puntuaciones obtenidas en Perfeccionismo (Q3). Los altos indicadores obtenidos en Tensión (Q4) reflejan una tendencia a mostrarse tensos, impacientes, irritables, con facilidad para experimentar estrés por falta de recursos internos.

En cuanto a las dimensiones globales las puntuaciones fueron significativamente más bajas en Extraversión (Ext), Independencia (Ind), Autocontrol (AuC) y más altas en Ansiedad (Ans).

Bajas puntuaciones en Extraversión (Ext) reflejan una tendencia a la introversión, e inhibición en las relaciones sociales. Suelen experimentar un elevado nivel de activación presentándose como ansiosos e intranquilos, afectados por múltiples problemas, reflejando desajustes de larga duración según indican las elevadas puntuaciones en Ansiedad (Ans). Las bajas puntuaciones en Independencia (Ind) indican que frecuentemente aparentan desinterés, y conformidad sin tendencia a experimentar y plantearse nuevos desafíos y retos. Por último, suelen ser impulsivos, con dificultades para dirigir su conducta según las bajas puntuaciones observadas en Autocontrol (AuC).

En general los resultados indican un patrón de personalidad bastante disfuncional, que coincide con algunas de las variables que destacan los escasos estudios que utilizan el 16PF en sus diferentes formas de aplicación con sujetos drogodependientes. Bajas puntuaciones en Estabilidad (C), Afabilidad (A), Atención a las Normas (G), así como la elevada Vigilancia (L), Aprensión (O) Autosuficiencia (Q2), Tensión (Q4) y Ansiedad (Ans) son rasgos característicos en sujetos con TUS (Cabal-Bravo et al., 1989; Ciotola, 1976; Hart & Stueland, 1980; Sánchez-Hervás y Berjano-Peirats, 1996).

Además de los datos coincidentes con estos estudios, en el presente trabajo resultaron significativos los factores elevados en Sensibilidad (I) y Abstracción (M) junto con bajos niveles en los factores Razonamiento (B), Dominancia (E), Animación (F), Atrevimiento (H), Perfeccionismo (Q3), Extraversión (Ext), Independencia (ind) y Autocontrol (AuC).

En relación a la baja puntuación obtenida en Autocontrol, variable indicativa de una alta impulsividad, estudios indican que la impulsividad es uno de los rasgos de la personalidad que mayormente se asocia a las conductas adictivas (Case, 2007; Nielsen et al., 2012; deWit, 2009; Wetering & Franken, 2013). En concreto la Impulsividad suele ser más elevada en sujetos con PD al compararlos con sujetos que solo presentan un trastorno mental (Dervaux et al., 2010a; Kim et al., 2007; Swann et al., 2004).

Siguiendo con el análisis de los rasgos y trastornos de la personalidad, los resultados en el MCMI-III, destacaron de forma significativa los siguientes aspectos:

En las escalas de personalidad se obtienen puntuaciones significativamente inferiores en Esquizoide, Evitativo, Depresiva, Dependencia, Histriónico, Narcisista Agresivo/Sádico, Compulsivo, Negativista, Autodestructivo, Esquizóptica, Límite y Paranoide. Como se puede observar, no se obtienen resultados significativos para ninguno de los patrones de personalidad analizados que identifiquen la posible presencia de TP.

Es importante destacar que estos resultados no coinciden con la literatura científica revisada donde analizan los rasgos y los trastornos de la personalidad utilizando el MCMI en muestras de drogodependientes (Belda –Ferri, L., et al., 2010; Bakken, 2007; Bravo de Medina et al., 2007; Espinoza, 2008; Fernández- Montalvo et al., 2006; Fernández- Montalvo et al., 2009; Langas et al., 2012; López y Becoña, 2006; Magor-Blatch et al., 2014 ; Mestre et al., 2001; Nadeau et al., 1999; Pedrero et al., 2003; Pedrero-Pérez et al., 2012). En estos estudios las puntuaciones obtenidas identifican rasgos destacados incluso para el diagnóstico de diferentes trastornos de la personalidad en población adicta.

Para algunos autores la medición de los trastornos de personalidad entre los toxicómanos puede implicar problemas especiales relacionados con la fiabilidad y validez de los instrumentos. En relación con el MCMI algunos estudios indican una reducción significativa en las puntuaciones de las escalas tras un tiempo de abstinencia prolongada (Calsyn et al., 2000; Ravndal & Vaglum, 2010).

Pedrero-Pérez et al. (2012) estudian la estructura factorial del MCMI-II, indicando cautela a la hora de aplicar este instrumento en población drogodependiente, ya que en su mayor parte mide condiciones sintomatológicas inestables que pueden inducir al sobrediagnóstico en fases de admisión o primeras fases en el tratamiento del TUS.

Los resultados obtenidos mediante esta prueba de diagnóstico no son congruentes con la experiencia y percepción clínica que tenemos de estos sujetos, y contrariamente a lo indicado por los estudios comentados anteriormente, hubiera sido esperable puntuaciones elevadas, ya que la evaluación fue realizada durante la admisión o al inicio del tratamiento. Por ello, resulta indispensable la aplicación conjunta de entrevistas específicas para valorar la existencia de trastornos de la personalidad en estos pacientes.

En un estudio realizado por Marlowe et al. (1998) recomiendan prudencia a la hora de interpretar los resultados de esta prueba al compararlos con datos normativos. Nuestros resultados son similares a los obtenidos por estos autores en una muestra de sujetos cocainómanos donde las puntuaciones en la mayoría de las escalas oscilaron entre moderadas a bajas con una reducción significativa en la magnitud de las puntuaciones obtenidas en el MCMI-III, por lo que recomiendan interpretar al alza las puntuaciones obtenidas en poblaciones adictas.

En el presente estudio los resultados obtenidos en los síndromes clínicos del MCMI-III, se observan indicadores elevados en Trastorno de Ansiedad, lo que reflejaría la presencia de estados generalizados de tensión, con dificultades para relajarse y facilidad para sobresaltarse fácilmente. Los elevados porcentajes obtenidos en las escalas de Dependencia al alcohol y Dependencia de sustancias resultan fácilmente interpretables dado que estos sujetos presentan un diagnóstico de TUS. En síndromes clínicos graves destacan las puntuaciones en Trastorno Dístimico y Depresión Mayor, indicando la presencia de sintomatología depresiva crónica y grave. Igualmente se obtiene puntua-

ciones significativamente elevadas en Trastorno del Pensamiento y Trastorno Delirante reflejando frecuencia de pensamientos extraños y alejados de la realidad que pueden reforzar estados de ansiedad y depresión.

Con el fin de analizar los aspectos de la inteligencia emocional, se aplicó el Cuestionario de Pensamiento Constructivo CTI con el obtuvimos en la muestra de PD el siguiente perfil:

Los sujetos con PD que componen la muestra global se caracterizan por poseer una estructura de pensamiento inflexible, problemas para adaptarse eficazmente a los cambios y controlar impulsos. Perciben elevados niveles de estrés, dificultades para iniciar y mantener relaciones sociales significativas, mostrando desconfianza hacia los demás y reflejando una baja autoestima (Bajo PCG). Suelen ser hipersensibles a la crítica y rechazo, intranquilos, centrados en pensamientos y emociones negativas, con baja tolerancia a la frustración y tendencia a generalizar errores y fracasos a otras áreas vitales, sobreestimando la mayoría de experiencias desagradables y reforzando estados depresivos. Tienden a ser inflexibles con problemas para tolerar la incertidumbre, el rechazo y desaprobación. Con frecuencia rumian pensamientos negativos que reviven con gran malestar (Baja Emotividad).

Conductualmente poco eficaces en el afrontamiento de problemas, suelen ser pasivos, pesimistas con predisposición a la depresión, resentidos y críticos con los demás. Los sujetos de esta muestra frecuentemente son poco realistas, por lo que no suelen anticipar los fracasos de forma eficaz. No suelen orientarse a la acción a la hora de afrontar problemas; tienden a evitar los desafíos y se hunden ante el fracaso sin comprometerse con objetivos personales (Baja Eficacia). En relación al procesamiento de la información, tienden a ver el mundo en blanco y negro ignorando y no apreciando otras diferencias. Con un estilo de pensamiento dicotómico y rígido suelen agrupar personas y hechos en amplias categorías, mostrándose desconfiados, y suspicaces ante intenciones y conductas de los demás (Elevada Rigidez). Esta muestra tiende a aferrarse a supersticiones privadas, cuando les fallan las expectativas de un resultado favorable como forma de reducir el malestar (Elevado Pensamiento Supersticioso). Suelen creer en la astrología, supersticiones, buenos o malos augurios, indicando falta de pensamiento crítico y una excesiva confianza en impresiones intuitivas (Elevado Pensamiento Esóte-

rico). Cuando son optimistas suelen mostrar un optimismo ingenuo que indica una visión simplista de la vida, cometen frecuentes errores por no prever y anticipar posibles fracasos, con un estilo evitativo de afrontamiento, generalizando los éxitos a otras situaciones. Suelen creer en estereotipos sociales sin someterlos a cuestión (Elevada Ilusión).

En el estudio de la IE y su posible relación con el consumo de sustancias, varias investigaciones se han centrado en la población adolescente con el objetivo de esclarecer tal relación para fines preventivos. En la mayoría de estas investigaciones, el alcohol ha sido la sustancia con mayor frecuencia estudiada, con el acuerdo general que factores asociados a una baja inteligencia emocional, así como una alta impulsividad ejercen un papel importante al iniciar y mantener el consumo de sustancias (García del Castillo-López 2011; Monaci et al., 2013; Limonero et al., 2013; Ruíz Aranda et al., 2006; Riley & Schutte, 2003; Ruíz-Aranda et al., 2009; Trinidad & Johnson, 2002).

En adultos con TUS autores comparten que niveles bajos en inteligencia emocional se relacionan de forma positiva con un mayor uso de la sustancia, procesos de recaída y aspectos emocionales que refuerzan el consumo (Graig et al., 2010; Fox et al., 2011; Kun & Demetrovics, 2010).

En relación con el pensamiento constructivo, la mayoría de la investigación relacionada con el consumo de drogas se ha centrado en población adolescente, observándose dificultades en la capacidad de afrontamiento para hacer frente a estresores en sujetos consumidores (Aramermanet al., 2001; Epstein & Meier, 1989; Epstein & Sherman, 1992; Mezzich et al., 1995; Park & Grant, 2005; Shoal & Giancola, 2005; Shoal, & Giancola, 2001; Shoal et al., 2001; Urben et al., 2015).

En población adulta con TUS existe escasa bibliografía (Fernández-Moreno et al., 2012; Gollnish, 1991; Park et al., 1997) y en concreto en PD hasta la fecha solo un artículo publicado con datos aportados por Albalat et al. (2014).

Nuestros resultados coinciden con los aportados en estos estudios de consumidores de sustancias en los que utilizando el CTI se obtienen bajas puntuaciones en Pensamiento Constructivo Global, Emotividad y Eficacia junto con elevadas puntuaciones en Pensamiento Supersticioso, Pensamiento Esotérico Rigidez e Ilusión, indicando en ge-

neral, un pobre pensamiento constructivo e inteligencia emocional en sujetos consumidores de drogas (Albalat et al., 2014; Fernández-Moreno et al., 2012; Gollnisch, 1991; Park et al., 1997).

En cuanto a la presencia de sintomatología los datos obtenidos a través del SCL-90-R, resultan coherentes con los reportados por el MCMI-III. El SCL-90-R recoge la sintomatología percibida en el paciente durante el último mes indicando que la muestra analizada global de PD sufre una amplia sintomatología psíquica, según el alto porcentaje obtenido en el índice PST. Esta sintomatología según el criterio que hemos utilizado en su baremación ($PC > 85$) indicarían la posible presencia de un trastorno en las siguientes escalas: Obsesión-Compulsión (OBS), en la que se destaca una recurrencia significativa de pensamientos negativos, que les causan malestar y les son difíciles de cortar junto con alteraciones cognitivas propias de la sintomatología obsesiva; Depresión (DEP), cuadro sintomático importante que recoge la muestra de PD mediante un síndrome depresivo caracterizado por presentar sintomatología afectiva negativa como tristeza, apatía anhedonia, baja energía y autoestima, sentimientos de soledad, culpa e indefensión propia de trastornos afectivos, y por último Psicoticismo (PSI) indicando presencia intensa de sintomatología del espectro psicótico.

Numerosos estudios indican una elevada presencia de sintomatología afectiva y de ansiedad en sujetos con TUS (Boschloo et al., 2011; Conner et al., 2008; Cottler et al., 1992; Fox et al., 2005; McDermott et al., 2009; Lubman et al., 2007; Poole, 2015). En relación a los síntomas y trastornos del espectro psicótico, también existe una extensa literatura al respecto, indicado la alta prevalencia en PD (Arseneault et al., 2002; Bailey & Sawllo, 2004; Koskinen, et al., 2009; Large et al., 2011; Roncero et al., 2001; Roncero et al., 2013; Schiffman et al., 2005; Temple et al., 2014; van der Pol et al., 2013).

El SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised) es uno de los instrumentos que mayor sensibilidad y especificidad moderada ha demostrado para la identificación de trastornos mentales en pacientes con trastornos adictivos (Haver, 1997; Benjamin, Mossman, Graves, & Sanders, 2006), con mayor eficacia que otros instrumentos para detectar comorbilidad en población adicta a sustancias (Franken & Hendriks, 2001).

Estos resultados son coherentes con los revisados en la literatura y especialmente con los estudios que aplicaron el SCL-90-R para medir psicopatología en sujetos con TUS, en los cuales destacan la presencia de sintomatología ansio-depresiva y psicotimismo, además de otros síntomas (Bravo de medina et al., 2007; Bravo de Medina et al., 2008; Bravo de Medina et al., 2010; Campbell & Stark, 1990; Karlsgodt et al., 2003; Langas et al., 2012; Pedrero et al., 2004; Pérez-Galvez, et al., 2008, Rose et al., 1989; Sánchez et al., 2000).

La tercera hipótesis formulada indica que en pacientes con PD, *los rasgos, trastornos de personalidad, inteligencia emocional y sintomatología difieren en función del sexo*. Esta hipótesis se confirma al encontrar diferencias significativas entre hombres y mujeres en algunas de las variables analizadas en este trabajo de investigación.

En concreto, según los datos obtenidos en el cuestionario 16PF-5 las mujeres que componen la muestra global de PD suelen ser más afables (A), cumplidoras de normas (G), Atrevidas (H) y extrovertidas (Ext) que los hombres. Por el contrario estos tienden a mostrar una mayor sensibilidad (I), desconfianza (L), Privacidad (N), Aprensión (O) Autosuficiencia (Q2) y Tensión que las mujeres (Q4). Estos resultados coinciden parcialmente con los encontrados en un estudio realizado por Deren and Koslowky (1977) donde aplicaron el 16PF en una muestra de drogodependientes e identificaron que los hombres de su muestra eran más reservados, serios e independientes que las mujeres.

En cuanto a los indicadores de las escalas de personalidad del MCMI-III, los resultados indican diferencias en las escalas Evitativa e Histriónico, donde las mujeres obtienen significativamente mayores puntuaciones que los hombres. Los hombres en cambio muestran mayores indicadores Narcisistas con respecto a las mujeres. Estos resultados coinciden parcialmente con los aportados por Bravo de Medina et al. (2008) en dependientes de alcohol. En este estudio los resultados indicaron una prevalencia significativamente más alta de trastorno paranoide y narcisista en hombres, en cambio las mujeres principalmente mostraban trastornos de personalidad del clúster C (ansioso-temeroso).

Grant et al. (2000) indican que el patrón antisocial se da con mayor frecuencia en hombres, mientras que en mujeres es el trastorno límite, hecho que no se ha podido constatar con los resultados obtenidos en este trabajo de investigación a través del MCMI-III.

En síndromes clínicos las mujeres presentan una mayor frecuencia de Trastorno Dístimico, Dependencia al alcohol y Trastorno de Estrés Postraumático. En cambio, los hombres se diferencian de las mujeres por presentar mayores puntuaciones en Dependencia a sustancias.

Estudios sugieren que las mujeres presentan una mayor probabilidad de comorbilidad psiquiátrica y sintomatología emocional, junto con un TUS en comparación con hombres (Kerr-Correa, et al., 2007; Mann et al., 2004; Nolen-Hoeksema, 2004; Landa et al., 2006; Zillberman et al., 2003). Nuestros datos son congruentes con estos estudios y con los datos aportados por Khan et al. (2012), en los que las mujeres presentaban mayor sintomatología afectiva y de tipo ansioso que los hombres.

En relación a la variable dependencia de alcohol, aunque los estudios epidemiológicos indican una mayor prevalencia de consumo de alcohol en hombres, existen evidencias que el consumo de alcohol afecta más a las mujeres por su peor metabolización al presentar estas, menor nivel de agua y grasa corporal que los hombres (OMS, 2014).

En cuanto a las características de la inteligencia emocional, las mujeres de la muestra global de PD puntúan de forma significativamente superior a los hombres en el factor Emotividad del CTI. Según este resultado las mujeres de esta muestra son menos sensibles aceptan mejor las críticas, toleran mejor el malestar y se sobreponen con mayor facilidad en comparación con los hombres. Aunque no hay otros estudios donde se establezcan diferencias entre sexos con esta prueba, futuras investigaciones podrían analizar esta diferencia en sujetos con TUS o PD.

En cuanto a la sintomatología descrita en el SCI-90-R no se han observado diferencias significativas entre sexos. Este dato no resulta congruente con el estudio realizado por Bravo de Medina et al. (2008). Estos autores encontraron diferencias significati-

vas en las variables Obsesión-Compulsión y Ansiedad fóbica del SCL90-R, en sujetos alcohólicos donde las mujeres presentaron una sintomatología psicopatológica más grave en comparación con los hombres, principalmente de tipo ansioso-depresiva.

La cuarta y última hipótesis formulada propone que en pacientes de PD, *los rasgos, trastornos de personalidad, inteligencia emocional y sintomatología variaran en función de la sustancia principal de consumo.*

Esta hipótesis queda confirmada ya que se encuentran diferencias significativas en diversas características de personalidad, IE y sintomatología clínica entre los diferentes grupos de sujetos con TUS.

En los factores y dimensiones del 16PF se observan las siguientes diferencias: en el factor Sensibilidad (I) los dependientes de cannabis presentan significativamente una mayor sensibilidad que los dependientes de cocaína. En la Dimensión Dureza (Dur), los dependientes de cocaína muestran significativamente una mayor dureza, suelen ser más reservados, objetivos y prácticos que los dependientes de alcohol.

Los estudios realizados con el 16PF en población adicta no son frecuentes y mucho menos los que comparan grupos de distintos drogodependientes (Deren & Koslowky, 1977; Krung, 1971; Malhotra & Murthy, 1977; Savage & Marchington, 1977; Spotts, 1981). Uno de los estudios revisados donde se realiza comparaciones entre diferentes grupos de adictos es realizado por Ciotola (1976). En este estudio se analizó diferencias entre tres grupos en función de la sustancia de consumo (alcohol, heroína y múltiples drogas). Los resultados no indicaron diferencias significativas entre los diferentes grupos de consumidores.

Los resultados obtenidos podrían ser replicados en futuras investigaciones con el fin de esclarecer la relación entre estas variables y el consumo de ciertas sustancias.

En los indicadores de las escalas del MCMI-III los dependientes de cocaína muestran porcentajes significativamente más altos en las escalas Narcisista, Antisocial y Agresiva que los dependientes de alcohol de la muestra. Por otra parte los dependientes

de alcohol más cocaína muestran indicadores en la escalas Antisocial y Agresiva significativamente elevados al compararlos con los dependientes de alcohol.

Estos resultados son parcialmente congruentes con los encontrados por otros autores al comparar distintos grupos de sustancias (Craig & Olson 1990; Craig, 2000; Marlowe et al., 1998) sobre todo en lo que se refiere a los patrones Antisocial y Narcisista en dependientes a cocaína.

Arias et al., (2013) al comparar adictos a la cocaína con otro tipos de consumidores destaca la presencia de forma significativa del trastorno antisocial. Otros estudios comparten que el trastorno antisocial es uno de los más prevalentes en adictos a la cocaína (Ball et al., 1995; Flynn et al., 1995; Grella et al., 2003; Kandel et al., 2001; López y Becoña 2006; Stinson et al., 2005).

En cambio en otros trabajos, se observan diferencias significativas entre los adictos a cocaína con respecto a otros consumidores en diferentes escalas del MCMI-III a las encontradas en esta investigación (Belda-Ferri et al., 2010; Campbell & Stark, 1990).

Siguiendo con los resultados, en los dependientes de alcohol se observan indicadores significativamente elevados en la escala Compulsiva en comparación con los dependientes de alcohol más cocaína. Este dato coincide con el estudio de Fernández-Montalvo et al. (2003) donde el patrón Compulsivo resultó significativo en dependientes de alcohol, al compararlos con dependientes de cocaína.

Los dependientes de cannabis presentan indicadores significativamente superiores en la escala Agresiva en comparación con los dependientes de alcohol. Este dato resulta similar al encontrado por Espinoza (2008) al comparar consumidores de cannabis con un grupo control, observando diferencias en varias escalas de la personalidad entre las que destacaba la escala Agresivo –Sádico en este tipo de adictos.

En la muestra analizada las puntuaciones en escala Trastorno Bipolar del MCMI-III es significativamente superior en los dependientes de cocaína al compararlos con los dependientes de alcohol.

En el Trastorno Bipolar, el abuso de cocaína es más frecuente en fases maníacas e hipomaniacas que en fases depresivas, indicándose una alta prevalencia de trastorno por consumo de cocaína en estos pacientes (Cassidy et al., 2001; Weiss, Mirin, Griffin, & Michael, 1988), aunque según la literatura revisada, el trastorno bipolar es uno de los trastornos más asociados al alcoholismo (Guardia, 2012). Diversos estudios han demostrado la alta prevalencia de este trastorno en consumidores de alcohol (Hasin et al., 2005; Kessler et al., 1994; Merikangas et al., 2008 Potash et al., 2000; Regier et al., 1990; Vyssoki et al., 2011).

Estudios epidemiológicos indican una mayor probabilidad de presentar TUS en pacientes diagnosticados de Trastorno Bipolar (Hasin et al., 2005; Kessler et al., 1994; Regier et al., 1990). En el estudio ECA los pacientes con trastorno bipolar tenían las tasas más altas de trastornos por uso de alcohol (46%) y de trastornos por uso de sustancias (41%).

Por tanto la diferencia observada en el presente trabajo, podría ser consecuencia de diversos factores, como por ejemplo la presencia de otros trastornos asociados y no exclusivamente al tipo de sustancia consumida.

En este sentido Goodwin et al. (2002) en un estudio con 33 pacientes bipolares, presentaron mayor gravedad en el consumo de cocaína aquellos que presentaban un trastorno de pánico comorbido al trastorno bipolar, en comparación con los que no presentaban el diagnóstico de pánico.

Por último en la escala Dependencia a Sustancias, los dependientes de alcohol se diferencian significativamente de todos los grupos de consumidores en puntuaciones inferiores. Este resultado se interpreta fácilmente ya que en esta muestra el grupo de alcohólicos suele estar menos contaminado por el consumo de otras sustancias, lo que no ocurre con los otros grupos de dependientes.

En las escalas sintomáticas del SCL-90-R se observan diferencias significativas en las dimensiones Ansiedad y Ansiedad Fóbica indicando que los dependientes de alcohol sufren más sintomatología en este sentido que los consumidores de alcohol más cocaína.

Este dato es coherente con la investigación al respecto; los trastornos de ansiedad en el consumo de alcohol son frecuentes (Boschloo et al., 2011; Bravo de Medina et al., 2007; Chaudhury et al., 2010). Los sujetos con trastorno por abuso de alcohol tienen a experimentar elevado estrés con una mala capacidad de afrontamiento ante situaciones difíciles (Armelit et al., 2005; Moussas et al., 2006). En concreto Lucht et al. (2002), observaron que puntuaciones elevadas en Ansiedad y Ansiedad Fóbica en sujetos dependientes de alcohol, se asociaban a un mayor riesgo de recaída.

CAPITULO 13

CONCLUSIONES

Con el presente estudio se han podido describir las principales características sociodemográficas, clínicas y de personalidad de una amplia muestra de pacientes diagnosticados de PD procedentes de las redes asistenciales de Salud Mental y Drogodependencias de la Región de Murcia.

La Unidad Hospitalaria de Conductas Adictivas de la Fundación Santo y Real Hospital de la Caridad es una unidad especializada en la evaluación y tratamiento integral de la PD. Este hecho asegura que la muestra seleccionada ha sido previamente valorada por distintos profesionales especializados en Salud Mental y Adicciones, llegando al acuerdo en el establecimiento del diagnóstico de PD en estos pacientes.

El perfil sociodemográfico de la muestra global que destaca con mayor frecuencia es de varón, con edad cronológica media de 36.12 años, con estado civil soltero, conviviendo con la familia de origen, sin cargas familiares, con nivel de estudios primarios, desempleado y nivel socioeconómico medio.

Son pacientes que a pesar de su edad tienen una larga historia clínica de tratamientos especializados e ingresos psiquiátricos anteriores. Estos datos evidencian las frecuentes recaídas en el consumo, desajustes en los trastornos mentales asociados a la adicción, así como los fracasos a nivel terapéutico.

La patología mental mayormente asociada al TUS en la muestra de PD fueron los TP entre ellos, el trastorno límite resultó ser el diagnóstico más prevalente, dato que resulta coherente con la literatura revisada en sujetos con TUS. Por otro lado, en los dependientes de cannabis fueron los trastornos de tipo psicótico los más frecuentes y en menor medida los TP. Como se indica en la parte teórica, revisiones realizadas sobre el consumo de cannabis indican que el uso habitual de esta sustancia puede aumentar en 2-3 veces el riesgo de aparición de psicosis a lo largo de la vida, por lo que intervenciones de corte preventivo serían interesantes al respecto.

En cuanto al patrón de consumo, destaca la temprana edad en la que se inician en el uso de la sustancia. El 92.2% comienzan el consumo antes de los 25 años. Este dato es principalmente llamativo en los dependientes de cannabis que suelen iniciar el consumo en su mayor parte antes de los 18 años. En general y específicamente sobre el cannabis, existen estudios que indican que en edades tempranas, su uso predispone al inicio en el consumo de otras sustancias junto con un riesgo elevado en el desarrollo de enfermedades mentales.

Por otro lado, los dependientes de cannabis y alcohol del presente estudio, destacan por un consumo diario de la sustancia. La realidad social, indica que hoy en día estas sustancias, en comparación con otras, son de fácil acceso con una percepción de riesgo bajo que favorece una mayor frecuencia de uso y riesgo de dependencia.

La muestra estudiada destaca por presentar una estructura desajustada de la personalidad, un pobre pensamiento constructivo indicador de una baja IE y la presencia de variada sintomatología psíquica, principalmente de tipo obsesiva, depresiva y psicótica.

El conocimiento de las características de la personalidad es importante a la hora de diseñar actuaciones terapéuticas específicas en estos pacientes. Es distinta la intervención en pacientes con PD que presentan un TP, que en pacientes con PD sin TP. Las dificultades que se suelen presentar en estas intervenciones influyen en la vinculación terapéutica, adherencia y pronóstico del tratamiento. Los resultados de este trabajo podrían contribuir al diseño de programas específicos para el tratamiento de la personalidad en pacientes con PD.

Por otro lado, investigaciones que relacionen la IE y las adicciones son todavía insuficientes, pero se evidencia que de forma general niveles altos de IE representan un factor de protección en la prevención del consumo de sustancias.

El Pensamiento Constructivo como medida de IE, se analiza por primera vez en PD en este trabajo junto con otro estudio ya publicado con los datos procedentes de esta muestra. Como ya se ha indicado, destaca un pobre pensamiento constructivo y por consecuencia una baja IE que limitan la capacidad de afrontamiento en estos pacientes. Los resultados de este trabajo pueden contribuir a que futuras investigaciones analicen el papel que juega estas variables en la PD.

Se ha procedido a analizar diferencias en las variables anteriormente descritas en función del sexo, destacando en general un mayor desajuste en los hombres en los rasgos de la personalidad y en IE. Sin obtener significación estadística para el TP, el patrón Narcisista resultó más destacado en hombres en comparación con las mujeres mientras estas, destacaron más en los patrones Evitativo e Histriónico. En síndromes clínicos el Trastorno Distímico, Dependencia al alcohol y Trastorno de Estrés Postraumático destacó en mujeres mientras que en los hombres resaltó la Dependencia a sustancias, reflejando una mayor tendencia en mujeres para los trastornos depresivos y de ansiedad.

Aunque existen escasos datos sobre las diferencias de género en PD, la investigación sugiere la existencia de diferencias. Según estudios la patología dual está más extendida en hombres y otros datos como se señala en la revisión teórica, indican que las mujeres presentan un mayor riesgo de presentar PD. Conocer las diferencias de género sería imprescindible a la hora de elaborar planes y estrategias de tratamiento en este tipo de pacientes.

Por último se analizaron diferencias en personalidad, IE y sintomatología psíquica según la sustancia de consumo. Los resultados indicaron diferencias en personalidad y sintomatología clínica.

En concreto los dependientes de cannabis mostraron indicadores más altos en sensibilidad emocional que los dependientes de cocaína, los cuales se presentan más duros, antisociales, agresivos y narcisistas que los dependientes de alcohol. Los dependientes de alcohol más cocaína resultaron más agresivos y antisociales que los dependientes de alcohol. En los dependientes de cannabis se observaron indicadores más elevados en el patrón agresivo con respecto a los dependientes de alcohol y estos resultaron más compulsivos que los dependientes de alcohol más cocaína.

Actualmente, sigue sin estar claro que existan diferentes perfiles de personalidad en función de la sustancia consumida, y diversas variables como el consumo de varias sustancias en un mismo individuo hace difícil conocer esta cuestión, por lo que los resultados del presente trabajo pueden contribuir a la investigación con el fin de que siga profundizando sobre esta cuestión.

En cuanto a la sintomatología de la muestra de PD destaca la sintomatología ansiosa en dependientes de alcohol diferenciándose de los dependientes de cocaína. Los trastornos de ansiedad son frecuentes y juegan un papel importante tanto en el inicio como mantenimiento del consumo en consumidores de alcohol según la literatura científica revisada. Según estos resultados sería importante considerar incluir la aplicación de estrategias y técnicas en el manejo de la ansiedad en los programas de prevención y tratamiento en adicciones en particular en los de pacientes con trastornos por uso de alcohol.

En España son escasos los estudios epidemiológicos en PD. No existen datos a nivel nacional sobre la prevalencia de la PD y sus características. Este trabajo recoge datos de una muestra clínica amplia y representativa de la Región de Murcia, que podrían contribuir en la realización de estudios epidemiológicos necesarios a nivel nacional, con el fin de estimar la prevalencia y distribución de la PD en nuestro entorno.

La drogodependencia es un fenómeno de carácter multifactorial, de abordaje integral. La adicción es una enfermedad neurocomportamental, de alta complejidad, frecuentemente influenciada por patología psiquiátrica comórbida así como por aspectos sociológicos y conductuales. Sus consecuencias clínicas y sociales constituyen un problema de una enorme dimensión y una amenaza para la salud y el bienestar de los seres humanos. El conocimiento de la realidad clínica de los pacientes con PD es esencial, ya que no todos responden de igual manera a un mismo tratamiento ni con la misma eficacia. Las conclusiones extraídas del presente estudio ayudaría en el diseño de estrategias preventivas y de tratamiento adecuadas a las características de estos pacientes.

Este trabajo de investigación no está exento de ciertas limitaciones que se comentan a continuación:

En primer lugar existe un porcentaje bastante bajo de mujeres en comparación con los hombres que componen la muestra. Este hecho limita la generalización de resultados en este grupo. Los hombres son los que suelen demandar mayor atención y tratamiento y por tanto los más estudiados, aunque las mujeres son un grupo vulnerable que podría beneficiarse de los resultados de la investigación sobre PD.

La muestra analizada accede a la Unidad Hospitalaria de Conductas Adictivas a través de los dispositivos de Salud Mental de toda la Región de Murcia. Este hecho limita la generalización de los resultados a población nacional.

Las conclusiones de este estudio técnicamente no son generalizables a todos los pacientes de PD. Otros recursos atienden a pacientes con PD con un perfil social y clínico diferente, como por ejemplo pacientes sin apoyo familiar o psiquiátricamente desajustados.

La muestra estudiada no pudo ser comparada con una muestra normal de referencia y con muestras clínicas sin TUS o muestras con TUS sin patología psiquiátrica, lo que impide, aún, tener un conocimiento diferencial nítido de la relación entre la PD y las variables analizadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agosti, V., Nunes, E., & Levin, F. (2002). Rates of psychiatric comorbidity among US residents with lifetime Cannabis dependence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28, 645-654.
- Agrawal, A., Lynskey, M.T., Madden, P.A.F., Pergadia, M.L, Bucholz, K. K., & Heath, A.C.(2009). Simultaneous cannabis and tobacco use and cannabis-related outcomes in young women. *Drug Alcohol Depend*, 101, 8–12.
- Albalat, C., Fernández, E. y López, J. J. (2014). El pensamiento constructivo como medida de inteligencia emocional en patología dual. *Revista Española de Drogodependencias*, 39 (4), 47-58.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality* .New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Alterman, A. I., Cacciola, J. S., Habing, B., & Lynch, K. G. (2007). Addiction Severity Index recent and lifetime summary indexes based on nonparametric item response theory methods. *Psychological Assessment*, 19, 119-32.
- American Psychiatry Association (1952). *Diagnoctic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatry Press.
- American Psychiatry Association (1980). *Diagnoctic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatry Press.
- American Psychiatry Association (1987). *Diagnoctic and Statistical Manual of Mental Disorders*.3rd ed-R. Washington, DC: American Psychiatry Press.
- American Psychiatry Association (1994). *Diagnoctic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatry Press.
- American Psychiatry Association (2000). *Diagnoctic and Statistical Manual of Mental Disorders*.4rd ed-TR. Washington, DC: American Psychiatry Press

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5[®])*, 5^a Arlington VA.
- Ammerman, R. T., Lynch, K. G., Donovan, J. E., Martin, C. S., & Maisto, S. A. (2001). Constructive thinking in adolescents with substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 15 (2), 89–96.
- Andrews, P. (1997). Cocaethylene toxicity. *J Addict Dis*, 16, 75-84.
- Anthony, J. C., & Helzer, J. E. (1991). Syndromes of drug abuse and dependence. In: L.N Robins and D.A Regier, (Editors). *Psychiatric disorders in America The Epidemiologic Catchment Area Study* (pp 116-154). New York: Free Press.
- Araos, P., Vergara Moragues, E., Pedraz, E., Pavón, F. J.,...Rodríguez de Fonseca, F. (2014). Comorbilidad psicopatológica en consumidores de cocaína en tratamiento ambulatorio. *Adicciones*, 26 (1), 15-26.
- Arendt, M., Rosenberg, R., Foldager, L., Perto, G., & Munk-Jørgensen, P. (2007). Psychopathology among cannabis-dependent treatment seekers and association with later substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat*, 32 (2), 113-119
- Arendt, M., Mortensen, P. B., Rosenberg, R., Pedersen, C. B., & Waltoft, B. L. (2008). Familial predisposition for psychiatric disorder: comparison of subjects treated for cannabis-induced. *Psychosis and schizophrenia*, 65 (11), 1269-74..
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F., & Babín, F. (2013a). Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 6 (3), 121-128.

- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F., & Babin, F. (2013b). Abuso o dependencia al cannabis y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Actas Esp Psiquiatr*, 41 (2), 122-9.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I., Morant C., ...Babín F. (2013). Estudio Madrid sobreprevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*, 25, 118-127.
- Armeli, S., Todd, M., & Mohr, C. (2005). A Daily Process Approach to Individual Differences in Stress-Related Alcohol Use. *Journal of Personality*, 73 (6), 1-30.
- Arseneault, L., Cannon, M., Poulton, R., Murray, R., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2002). Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *Brit Med J*, 325 (7374), 1212-1213.
- Arseneault, L., Cannon, M., Witton, J., & Murray, R. (2004). Causal association between Cannabis and psychosis: Examination of the evidence. *Br J Psychiatry*, 184, 110-17.
- Arteaga, A., Fernández-Montalvo, J. y López-Goñi, J. J. (2012). Diferencias en variables de personalidad en sujetos adictos a drogas con y sin conductas violentas contra la pareja. *Acción Psicológica*, 9, 19-32.
- Ashtari, M., Cervellione, K., Cottone, J., Ardekani, B.A., Sevy, S., & Kumra, S. (2009). Diffusion abnormalities in adolescents and young adults with a history of heavy Cannabis use. *J Psychiatr Res*, 43 (3), 189-204.
- Augusto, J.M., López, E., Martínez de Antoñana, R. y Pulido, M. (2006). Perceived Emotional Intelligence and Life Satisfaction among university teachers. *Psicothema*, 18, 152-157.
- Ávila, J. J. y González, D. (2007). Diferencias de género en la enfermedad alcohólica. *Adicciones*, 19, 383-92.

- Baars, M., Müller, M. J., Gallhofer, B., & Netter, P. (2013). Relapse (Numbers of detoxifications) in Abstinent Male Alcohol-Dependent Patients as Related to personality Traits and Types of Tolerance to Frustration. *Neuropsychobiology*, *67*, 241-248.
- Bagney, A., Peñas, J. M., del Pino, C. y Rodríguez-Jiménez, R. (2010). Psicosis crónica y alcohol. En: G. Haro, J. Bobes, M. Casas, J. Didia y G. Rubio (Eds). *Tratado sobre Patología Dual. Reintegrando la Salud Mental* (pp 285-308). Barcelona: MRA Ediciones, S.L.
- Bailey, E. L., & Swallow, B. L. (2004). The relationship between cannabis use and schizotypal symptoms. *Eur Psychiatry*, *19*, 113-114.
- Baker, A., Lee, N. K., Claire, M., Lewin, T. J., Grant, T., Pohlman, S., Saunders, J. B., Kay-Lambkin, F., Constable, P., Jenner, L., & Carr, V.J. (2004). Drug use patterns and mental health of regular amphetamine users during a reported 'heroin drought. *Addiction*, 875-884.
- Bakken K, Landheim, A. S., & Vaglum, P. (2007). Axis I and II disorders as long-term predictors of mental distress: a six-year prospective follow-up of substance-dependent patients. *BMC Psychiatry*, *7*, 29.
- Balcells-Oliveró, M. (2001). Complicaciones orgánicas de la cocaína. *Adicciones*, *13* (2), 167-177.
- Ball, S. A., Carroll, K. M., Babor, T. F., & Rounsaville, B. J. (1995). Subtypes of cocaine abusers: support for a type A-type B distinction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*, 115-124.
- Barkley, R. A. (2002). Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry*, *63*, 10-15.
- Barkus, E., & Lewis, S. (2008). Schizotypy and psychosis-like experiences from recreational cannabis in a non-clinical sample. *Psychological Medicine*, *38*, 1267-1276.

- Barnes, G. E., Barnes, M. O., & Patton, D. (2005). Prevalence and predictors of “heavy” marijuana use in a Canadian youth sample. *Subst Use Misuse*, *40* (12), 1849-63.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, *18*, 13-25.
- Barron-Pardo, E., Mateos, Agut, M. y Martínez-Villate I. (2004). Temperamento y carácter en adictos a cocaína y a opiáceos. *Adicciones*, *16*, 4 287-294.
- Beck, F., Legleye, S., & Spilka, S. (2008). Multiple psychoactive substance use (alcohol, tobacco and Cannabis) in the French general population in 2005. *PresseMed*, *37* (2), 207-15.
- Belda-Ferri, L., Cortés-Tomás, M. T. y Tomás-Gradoli, V. (2010). Comparación de psicopatología en pacientes dependientes de alcohol, de cocaína y policonsumidores. *Revista Española de Drogodependencias*, *35* (4), 395-412.
- Benjamin, A. B., Mossman, D., Graves, N. S., & Sanders, R. D. (2006). Tests of a symptom checklist to screen for comorbid psychiatric disorders in alcoholism. *Compr Psychiatry*, *47*, 227–233.
- Bergé, D., Fonseca, F., Mateu, G., Nocon, A. y Torrens M. (2005). Edad de inicio en el consumo de sustancias y gravedad clínica de la drogodependencia. *RevPsiquiatríaFac Med Barna*, *32* (4), 166-172.
- Berman, S. M., & Noble, E. P. (1993). Childhood antecedents of substance misuse. *Current Opinion in Psychiatry* *6*, 382–387.
- Biederman, J., Faraone, S. V., & Monteaux, M. C.(2000). Patterns of alcohol and drug use in adolescents can be predicted by parental substance use disorders. *Pediatrics*, *106*, 792-97.
- Biederman, J., & Faranone, S. V. (2005). Attention-deficit hiperactivity disorder. *Lancet*, *66*, 237-248.

- Birchwood, M., Mason, R., MacMillan, F., & Healy, J. (1993). Depression, demoralization and control over psychotic illness: A comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychological Medicine* 23, 387–395.
- Bizzarri, J. V., Rucci, P., Sbrana, A., Miniati, M., Raimondi, F., Ravani, L.,...Cassano, G. B. (2009). Substance use in severe mental illness: Self-medication and vulnerability factors. *Psychiatry Research*, 165, 88-95
- Bjork, J. M., Hommer, D. W., Grant, S. J., & Danube, C. (2004). Impulsivity in abstinent alcohol-dependent patients: Relation to control subjects and type 1-/type 2-like traits. *Alcohol*, 34, 133–150.
- Bornovalova, M. A., Lejuez, C. W., Daughters, S. B., Rosenthal, M. Z., & Lynch, T. R. (2005). Impulsivity as a common process across borderline personality and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 25, 790-812.
- Boschloo, L., Vogelzangs, N., Smit, J. H., Van den Brink, W., Veltman, D. J., Beekman, A. T., & Penninx, B. W. (2011). Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders: findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, 131, 233–242.
- Boschloo, L., Vogelzangs, N., van den Brink, W., Smit, J. H., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2013). The role of negative emotionality and impulsivity in depressive/anxiety disorders and alcohol dependence. *Psychological Medicine*, 43, 1241-1253.
- Bottlender, M., & Soyka, M. (2005). Efficacy of an intensive outpatient rehabilitation program in alcoholism: predictors of outcome 6 months after treatment. *European Addiction Research* 11 (3), 132-137.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.

- Brady, K.T., & Sinha, R. (2005). Co-occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress. *The American Journal of Psychiatry* 162, 1483–1493.
- Bravo de Medina, R., Echeburúa, E. y Aizpiri, J. (2007). Características psicopatológicas y dimensiones de personalidad en los pacientes dependientes del alcohol: un estudio comparativo. *Adicciones*, 19, 373-82.
- Bravo de Medina, 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 (2), 218-223.
- Bravo de Medina, R., Echeburúa, E. y Aizpiri, J. (2010). Características psicopatológicas y dimensiones de personalidad en pacientes adultos jóvenes dependientes del cannabis en tratamiento: un estudio comparativo. *Adicciones*, 22 (3), 245-252.
- Bricolo, F., Gomma M., Bertani, M. E., Serpelloni, G. (2002). Prevalencia de trastornos de la personalidad en una muestra de 115 clientes con trastornos por uso de drogas. *Adicciones*, 14, (4), 1-6.
- Brien, R. L., Kleiman, J., & Eisenman, R. (1972). Personality and drug use: Heroin, alcohol, methadone, mixed drug dependency and the 16 PF. *Corrective Psychiatry & Journal of Social Therapy*, 18 (4), 22-23.
- Brodhad, D. (2014). *Support for the self-medication hypothesis: the association of recent crack, use depression, pain and fatigue among HIV positive adults* (Order No.AAI3591797). Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1534281250?Accounted=17225>.
- Broos, N., Schmaal, L., Wiskerke, J., Kostelijk, L., Lam, T., Stoop, N., ... Goudriaan, A.E. (2012). The relationship between impulsive choice and impulsive action: a cross-species translational study. *PLoS One*, 7 (5), e36781.

- Brown, E. S. (2005). Bipolar disorder and substance abuse. *Psychiatric Clinics of North America*, 28, 415-25.
- Bruce, M. L., Takeuchi, D. T., & Leaf, P. J. (1991). Poverty and psychiatric status Longitudinal evidence from the New Haven Epidemiologic Catchment Area Study. *Archives of General Psychiatry* 48, 470–474.
- Buckner, J. D. & Carroll, K. M. (2010). Effecto anxiety on treatment presentation and outcome: results from the Marijuana Treatment Project. *Psychiatry Res*, 178 (3), 493–500.
- Budney, A. J, Roffman, R., Stephens, R., & Walker, D. (2007). Marijuana dependence and its treatment. *Addict Sci Clin Pract*, 4(1), 4-16.
- Bukstein, O. (2008). Substance abuse in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Medscape J. Med*, 10-24.
- Burge, V., Felts, M., Chenier, T., & Parrillo, A.V. (1995). Drug use, sexual activity and suicidal behavior in US high school students. *J Sch Health*, 65 (6), 222-7.
- Burns, L., & Teeson, M. (2002). Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders. Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug Alcohol Depend*, 68, 299-307.
- Cabal-Bravo, J. C., Bobes-García, J., Vazquez-Fernández, A., González, Quirós, P., Bousuño-García, M., García Prieto, A. y González García Portilla, P. (1989). Rasgos psicopatológicos en pacientes heroinómanos. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr*, 17 (3), 161-167.
- Caballero, L. y Alarcón, A. (2000) *Cocaína y cocaínomanía en atención primaria*. En: *Drogas en Atención Primaria II* (pp 207-244). Madrid. Fundación Ciencias de la Salud.
- Calabrese, J. R., Shelton, M. D., Bowden, C. L., Rapport, D. J., Suppes, T., Shirley, E. R., Kimmel, S. E.,& Caban, S. J.(2001). Bipolar rapid cycling: focus on depression as its hallmuk. *J Clin Psychiatry*, 62 (14), 34-41.

- Calsyn, D. A., & Saxon, A. J. (1990). Personality disorder subtypes among cocaine and opioid addicts using the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *International journal of the Addictions, 25*, 1037-1049.
- Calvo, N., Caseras, X., Gutierrez, F. y Torrubia, R. (2002). Spanish version of the personality diagnostic questionnaire-4+ (PDQ-4+). *Actas Españolas de Psiquiatría, 30*, 7-13.
- Campbell, B. K., & Stark, M. J. (1990). Psychopathology and personality characteristics in different forms of substance abuse. *In J Addict, 25*, 1467-74.
- Cardenal, V., Sánchez, M. P. y Ortiz-Tallo, M. (2007). *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. Madrid: TEA, Ediciones.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., & Bryant, K. J. (1993). Alcoholism in treatment-seeking cocaine abusers: clinical and prognostic significance. *Journal of Studies on Alcohol, 199-209*.
- Casas, M., Pérez, J., Salazar, I. y Tejero, A. (1992). Las conductas de automedicación en drogodependencias. En: M. Casas (ED). *Trastornos psíquicos en las toxicomanías* (pp 291-303). Barcelona: Neurociencias
- Casas, M. y Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones, 14*, 195-219.
- Case, S. (2007). Indicators of adolescent alcohol use: A composite risk factor approach. *Substance Use & Misuse, 42*, 89-111.
- Cassidy F., Ahearn, E., & Carroll, B (2001). Substance abuse in Bipolar disorder. *Bipolar Disord, 3*, 181-188.
- Castaneda, R. (1994). Empirical assessment of the self-medication hypothesis among dually diagnosed inpatients. *Comprehensive Psychiatry, 35*, 108-184.
- Cattell, R. B., Cattell, A. K. S., & Cattell, H. E. P. (1995). *Cuestionario Factorial de la Personalidad-16PF-5*. Madrid: TEA.

- Catlin, G., & Epstein, S. (1992). Unforgettable experiences: The relation of life-events to basic beliefs about the self and world. *Social Cognition, 10*, 189-209.
- Caton, C. L. M., Shrout, P. E., Eagle, P. F., Opler, L. A., Felix, A. F., & Dominguez, B (1994). Risk factors for homelessness among women with schizophrenia. *American Journal of Public Health, 84*, 265-270.
- Caton, C. L. M. (1995). Mental Health service use among homeless and never-homeless men with schizophrenia. *Psychiatric Services, 46*, 1139-1143.
- Cervera, G., Bolinches, F. y Valderrama, J. C. (1999). Trastornos de la personalidad y drogodependencias. *Trastornos adictivos, 1*, 91-99.
- Chabrol, H., Massot, E., & Mullet, E. (2004). Factor structure of cannabis related beliefs in adolescents. *Addict Behav, 29*, 929-933.
- Chaiken, S., & Trope, Y. (1999). *Dual-process theories in social psychology*. New York: Guilford Press.
- Chan, Y. F., Dennis, M. L., & Funk, R. R. (2008). Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse and Treatment, 34*, 14-24.
- Chaudhury, S., Prakash, J., Walia, T. S., Seby, K., Sukumaran, S., & Kumari, D. (2010). Psychological Distress in Alcohol Dependence Syndrome. *SIS J. Proj. Psy & Ment. Health, 17*, 38-44.
- Chen, C. Y., Wagner, F., & Anthony, J. (2002). Marijuana use and the risk of mayor depressive episode: epidemiological evidence from the United States National Comorbidity Survey. *Soc Psych Psychiat Epidemiol, 37*, 199-206.
- Cherpitel, C. J. (2013). Focus on: The burden of alcohol use trauma and emergency outcomes. *Alcohol Res: Current Reviews, 35* (2), 150-4.

- Ciotola, P (1976). Personality characteristics of alcoholics and drug addicts in a merged treatment program. *J. of Studies On Alcohol*, 37 (9), 1229-1235.
- Cloninger, C. R. (1987). Neurogenetic adaptive mechanism in alcoholism. *Science*, 236, 410-416.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 50, 975-90.
- Cloninger, C. R. (1996). Assessment of the impulsive – compulsive spectrum of behavior by the seven-factor model of temperament and character. In: J. M. Oldham, E. Hollander & A. E. Skodol (Editors). *Impulsivity and compulsivity* (pp 59-95). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Cloninger, C. R., & Svrakic, D. M. (1997). Integrative psychobiological approach to psychiatric assessment and treatment. *Psychiatry*, 60, 120-41.
- Coffey, C., Lynskey, M., Wolfe, R., & Patton, G. C. (2000). Initiation and progression of cannabis use in a population-based Australian adolescent longitudinal study. *Addiction*, 95, 1679–1690.
- Cohen L. J., Gertmenian-King, E., Kunik, L., Weaver, C., London, E. D., & Galynker, I. (2005). Personality measures in former heroin users receiving methadone or in protracted abstinence from opiates. *Acta Psychiatr Scand*, 112, 149-58.
- Cole, G., Tucker, L., & Freedman, G. M. (1991). Relationship among measure of alcohol drinking behavior, life events and perceived stress. *Psychological Abstracts*, 78, 18924.
- Colpaert, K., Vanderplasschen, W., De Meyer, J., Broekaert, E., & De Fruiti, F. (2012). Prevalence and Determinants of Personality Disorders in a Clinical Sample of Alcohol-, Drug-, and Dual-Dependent Patients. *Substance Use & Misuse*, 47, 649–661.
- Compton, W. M. Thomas, Y. F., Conway, K. P., & Colliver, J. D. (2005). Developments in the epidemiology of drug use and drug use disorders. *Am J Psychiatry*, 162, 1494-1502.

- Compton, W., Conway, K., Stinson, F., Colliver, J., & Bridget, F. (2005). Prevalence, correlates and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry, 66*, 677-85.
- Compton, W. M., Thomas, Y. F., Stinson, F., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Drug Abuse and Dependence in the United States Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry, 64*, 566-576.
- Conner, K. R., Piquart, M., & Hollbrook, A. P. (2008). Meta-analysis of depression and substance use and impairment among cocaine users. *Drug Alcohol Depend, 98*, 13-23.
- Connor, J. P., Gullo, M. J., Chan, G., Young, R., Hall, W. D., & Feeney, G. (2013). Polysubstance use in cannabis users referred for treatment: drug use profiles, psychiatric comorbidity and cannabis-related beliefs. *Frontiers on psychiatry/Addictive Disorders and Behavioral Dyscontrol, 4*, (79), 1-7.
- Cornelius, J. R., Thase, M. E., Salloum, I. M., Cornelius, M. D., Black, A., & Mann, J.J. (1998). Cocaine use associated with increased suicidal behavior in Depressed alcoholics. *Addict Behav, 23* (1), 119-21.
- Cottler, L. B., Compton, W. M., Mager, D., Spitznagel, E. L., & Janca, A. (1992). Posttraumatic stress disorder among substance users from the general population. *American Journal of Psychiatry, 149*, 664-670.
- Cox, W.M. (1985). Personality correlates of substance abuse. In: M. Galizio & S. Maisto (Eds.), *Determinants of substance abuse: Biological, psychological, and environment factors*, (pp 209-246). New York: Plenum press.
- Craig, R. J., & Olson, R. (1990). MCMI Comparisons of cocaine abusers and heroin addicts. *Journal of Clinical Psychology, 46* (2), 230-237.

- Craig, R. J., Bivens, A., & Olson, R. (1997). MCMI-III-Derived Typological Analysis of Cocaine and Heroin Addicts. *Journal of Personality Assessment*, 69 (3), 583-595.
- Craig, R. J. (2000). Prevalence of Personality Disorders among Cocaine and Heroin addicts. *Subst Abus*, 21(2), 87-94.
- Craig, L., Fisk, J. E., Montgomery, C., Murphy, P. N., & Wareing, M. (2010). Is emotional intelligence impaired in ecstasy-polydrug users? *Journal of Psychopharmacology*, 24 (2) 221-231
- Crews, F. T., & Boettiger, C. A. (2009). Impulsivity, frontal lobes and risk for addiction. *Pharmacol Biochem Behav*, 93 (3), 237-47.
- Crum, R. M., Storr, C. L., & Chan, Y. F. (2005). Depression syndromes with risk of alcohol dependence in adulthood: a latent class analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 79 (1), 71-81.
- Daigre, C., Roncero, C., Grau,-López, L., Martínez-Luna, N., Prat, G. Valero, S., Tejedor, R., Ramos,-Quiroga, J.A., & Casas, M. (2013). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Cocaine Dependent Adults: A Psychiatric Comorbidity Analysis. *The American Journal on Addictions*, 22, 466–473.
- Dannon, P. N., Lowengrub, K., Amiaz, R., Grunhaus, L., & Kotler. (2004). Comorbid cannabis use and panic disorder: short term and long term follow-up study. *Hum Psychopharmacol*, 19 (2), 47-101.
- Davies, M., Stankov, L., & Roberts R. D.(1998). Emotional Intelligence: in search on an elusive construct. *Journal of Personality and Social psychology*,75, 989-1015.
- Dawson, D. A., Goldstein, R. B., & Grant, B. F. (2007). Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: a 3-year follow-up. *Alcohol Clin Exp Res*, 12, 2036–45.

- De Graaf, R., Bijl, R. V., Smit, F., Vollebergh, W. A. M., & Spijker, J. (2003). Risk factors for 12 month comorbidity of mood, anxiety and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Psychiatry* 159, 620–629.
- De Graaf, R., Radovanovic, M., Van Laar, M., Fairman, B., Degenhardt, L., Aguilar-Gaxiola, S.,...Anthony, J. C. (2010). Early Cannabis Use and Estimated Risk of Later Onset of Depression Spells: Epidemiologic Evidence From the Population-based World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *American Journal of Epidemiology*, 172 (2), 149-159.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual for the Revised Versión of the SCL-90*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- de Wit, H. (2009). Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: A review of underlying processes. *Addict Biol*, 14, 22-31.
- Degenhardt, L., Hall, W., & Lynskey, M. (2001). The relationships between Cannabis use and other substance use in the general population. *Drug Alcohol Depend*, 64, 319-327.
- Degenhardt, L., Hall, W., & Lynskey, M. (2001a). The relationship between cannabis use, depression and anxiety among Australian adults: Findings from the national survey of mental health and well-being. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 219.
- Degenhardt, L., Hall, W., & Lynskey, M. (2001b). Alcohol, cannabis and tobacco use among Australians: a comparison of their associations with other drug use and use disorder, affective and anxiety disorders, and psychosis. *Addiction*, 12, 1861-1863.
- Degenhardt, L., Hall, W., & Lynskey, M. (2003). Testing hypotheses about the relationship between Cannabis use and psychosis. *Drug Alcohol Depend*, 71 (1), 37–48.

- Degenhardt, L., Chiu, W. T., Sampson, N., Kessler, R.C., Anthony, J. C., Angermeyer, M.,...Wells, J. E., (2008). Toward a global view of alcohol,tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med.* 5, 141.
- Degenhardt, L., Dieker, L., Chiu, W. T., Medina-Mora, M. E., Neumark, Y., Sampson, N.,...Kessler, R. C. (2010). Evaluating the drug use “gateway” theory using cross-national data: Consistency and associations of the order of initiation of drug use among participant in the WHO World Mental Health Surveys. *Drug and Alcohol Dependence*, 108, 84-97.
- Degenhardt, L., & Hall, W. (2012). Extentofillicitdrug use and dependence, and the ir contribution to the global burden of disease. *Lancet*, 379, 55–70.
- Degenhardt, L., Ferrari, A., Calabria, B., Hall, W., Norman, R., McGrath, J.,...Vos, T. (2013). The Global Epidemiology and Contribution of Cannabis Use and Dependence to the Global Burden of Disease: Results from the GBC 2010 Study. *PLoS One*, 8(10), e76635.
- DeJong, C. A., van den Brink, W., Harteveld, F. M., & van der Wielen, E. G. (1993). Personality disorders in alcoholics and drug addicts. *Compr Psychiatry*, 34, 87–94.
- Deren, S., & Koslowky, M. (1977). Personality sex differences of narcotic addicts and treatment implications. *Int. J. Addicts*, 12 (4), 541-551.
- Derogatis, L. R. (1975). *Brief Symptom Inventory*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Dervaux, A., Goldberger, C., Gourion, D., Bourdel, M. C., Laqueille, X.,Loo, H.,... & Krebs, M. O. (2010a). Impulsivity and sensation seekingin cannabis abusing patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 123,278–280.doi: 10.1016/j.schres.2010.08.029.
- Dervaux, A., Laqueille, X., Bourdel, M. C., Olié, J. P., & Krebs, M. O.(2010b). Impulsivity and sensation seeking in alcohol abusing patientswith schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 1, 135.

- Díaz-Mesa, E. M., García Portilla, P., Saíz, P., Bobes, M. T., Casares, M. J., Fonseca, E....Bobes, J. (2010). Rendimiento psicométrico de la 6ª versión del Addiction Severity Index en español (ASI-6). *Psicothema*, 22, 513-9
- Dick, D. M., Smith, G., Olausson, P., Mitchell, S.H., Leeman, R.F., O'Malley, S.S., & Sher, K. (2010). Understanding the construct of impulsivity and its relationship to alcohol use disorders. *Addiction Biology* 15, 217–226.
- Diez-Quevedo, C., Rangil, T., Sánchez-Planell, L., Kroenke K., & Spitzer, R. L. (2001). Validation and utility of the Patient Health Questionnaire in diagnosing mental disorders in 1.003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosomatic Med*, 63, 679-686.
- Dollard, J., & Miller, N. E. (1950). *Personality and psychotherapy: An analysis in terms of learning, thinking, and culture*. New York: McGraw-Hill.
- Dom, G., D'haene, P., Hulstijn, W., & Sabbe, B. (2006). Impulsivity in abstinent early- and late-onset alcoholics: Differences in self-report measures and a discounting task. *Addiction*, 101, 50-9.
- Donat, D. C. Walters, J., & Hume, A. (1992). MCMI differences between alcoholics and cocaine abusers: effect of age, sex and race. *J Per Assess*, 58, 96-104.
- Donovan, J. E., & Jessor, R. (1985). Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *J Consult Clin Psychol*, 53, 890-904.
- Donovan, J. E, Jessor, R., & Costa, F. M. (1988). Syndrome of problem behavior in adolescence: A replication. *J Consult Clin Psychol*, 56, 762-65.
- Dougherty, D. M., Mathias, C. W., Tester, L., & Marsh, D. M. (2004). Age at first drink relates to behavioral measures of impulsivity: The immediate and delayed memory tasks. *Alcohol Clin Exp Res*, 28, 408 - 14.

- Dougherty, R. J., & Lesswing, N. J. (1989). Inpatient cocaine abusers: An analysis of psychological and demographic variables. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 45-47.
- Drake, R. E., & Wallach, M. A. (1993). Moderate drinking among people with severe mental illness. *Hospital and Community Psychiatry* 44, 780–782.
- Drgt, S., Nieman, D. H., Schultze-Lutter, F., van de Meer, F., Becker, H., de Haan., L., ...Linszen, D. H. (2012). Cannabis use and age at onset of symptoms in subjects at clinical high risk for psychosis. *Acta Psychiatr Scand*, 125, 45-53.
- Driessen, M., Veltrup, C., Wetterling, T., John, U., & Dilling, H. (1998). Axis I and axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res*, 22, 77–86.
- Driessen, M., Meier, S., Hill, A., Wetterling, T., & Lange, W. (2001). The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 249-55.
- Dulit, R. A., Fyer, M. R., Haas, G.L., Sullivan, T., & Frances, A. J. (1990). Substance use in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatric*, 147 (8), 1002-1007.
- Dumas, P., Saoud, M., Bouafía, S.,Gutknecht, C., Ecochard, R., Dalery, J., Rochet, T., & d'Amato, T. (2002). Cannabis use correlates with schizotypal personality traits in healthy students. *Psychiatry Res*, 109, 27-35.
- Echeburúa, E., De Medina, R. B., & Aizpiri, J. (2005). Alcoholism and personality disorders: an exploratory study. *Alcohol Alcohol*, 40, 323–326.
- Echeburúa, E., De Medina, R. B., & Aizpiri, J. (2007). Comorbidity of alcohol dependence and personality disorders: a comparative study. *Alcohol*, 42, 618–622.

- Echeburúa, E., De Medina, R. B. y Aizpiri, J. (2008). Variables de personalidad, alteraciones psicopatológicas y trastornos de la personalidad en pacientes con dependencia de alcohol en función de la tipología de Cloninger. *Psicothema*, 20 (4), 525-530.
- Endicott, J., & Spitzer, R. L. (1978). A diagnostic interview. The schedule for affective disorders and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35, 837-844.
- Epstein, S. (1979). Natural healing processes of the mind: I. Acute schizophrenic disorganization. *Schizophrenic Bulletin, National Institute of Mental Health*, 5, 313- 321.
- Epstein, S. (1983). A research paradigm for the study of personality and emotions. In M. M. Page (Ed.), *Personality--Current Theory & Research: 1982, Nebraska Symposium on Motivation*, 91-154.
- Epstein, S., & Meier, P. (1989). Constructive thinking: A broad coping variable with specific components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 332-350.
- Epstein, S., & Katz, L. (1992). Coping ability, stress, productive load, and symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62 (5), 813–825.
- Epstein, S., & Sherman. (1992). Constructive Thinking and alcoholism in college students. *Unpublished raw data*.
- Epstein, S. (1993). *Manual for the Constructive Thinking Inventory*. MA: University of Massachusetts at Amherst.
- Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. *American Psychologist*, 49 (8), 709–724.
- Epstein, S. (1998). *Constructive Thinking: The Key to Emotional Intelligence*. Greenwood Publishing Group.
- Epstein, S., & Pacini, R. (1999). Some basic issues regarding dual-process theories from the perspective of cognitive-experiential self-theory. In S. Chaiken & Y. Trope (Eds.), *Dual-process theories in social psychology*, 462-482.

- Epstein S. (2001). *Inventario de Pensamiento Constructivo. Una medida de la inteligencia emocional*. Madrid: Tea Ediciones.
- Epstein, S. (2003). Cognitive-experiential self-theory of personality. In Millon, T., & Lerner, M.J. (Eds), *Comprehensive Handbook of Psychology. Personality and Social Psychology*, 5, 159-184.
- Esper, L. H., Corradi-Webster, C., Carvalho, A.M., & Furtado, E. F. (2013). Women in outpatient treatment for alcohol Abuse: sociodemographic clinical characteristics. *Rev Gáucha Enferm*, 34 (2), 93-101.
- Espinoza, L. (2008). Perfiles clínicos de personalidad en consumidores y no consumidores de Marihuana. *Revista Española de Drogodependencias*, 33 (2), 206-222.
- Esterberg, M. L, Goulding, S. M., McClure-Tone, E. B., & Compton, M. T. (2009). Schizotypy and nicotine, alcohol, and cannabis use in a non-psychiatric sample. *Addict Behav*, 34 (4), 374–379.
- Evren, C., Kural, S., & Erkiran, M. (2006). Antisocial personality disorder in Turkish substance dependent patients and its relationship with anxiety, depression and a history of childhood abuse. *Israel Journal of Psychiatry Related Sciences*, 43, 40-46.
- Evren, C., Durkaya, M., Evren, B., Dalbudak, E., & Cetin, R. (2012). Relationship of relapse with impulsivity, novelty seeking and craving in male alcohol-dependent inpatients. *Drug and Alcohol Review*, 31, 81–90.
- Ewing, J. A. (1986). Detecting alcoholism, the CAGE questionnaire. *J Am Med Assoc*, 252, 1905-7.
- Extremera N., & Fernández-Berrocal P. (2006). Emotional Intelligence as predictor of the mental, social, and physical health in university students. *Spanish Journal of Psychology*, 9, 45-51.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1995). *EPQ. Cuestionario de personalidad para niños (EPQ-J) y adultos (EPQ-A). Manual. (7ª ed.)*. Madrid: TEA.

- Falk, D. E., Yi, H. Y., & Hilton, M. E. (2008). Age of onset and temporal sequencing of lifetime DSM-IV alcohol use disorders relative to comorbid mood and anxiety disorders. *Drug Alcohol Depend*, *94*, 234-245.
- Faraone, S. V., Sergeant, J., Gilberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? *World Psychiatry*, *2*, 104-113.
- Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A. J. R., Winokur, G., & Muñoz R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry*, *26*, 57-63.
- Fein, G., Di Sclafani, V., & Finn, P. (2010). Sensation seeking in longterm abstinent alcoholics, treatment-naive active alcoholics, and nonalcoholic controls. *Alcohol Clin Exp Res*, *34*, 1045-51.
- Ferdinand, R. F., Sondeijker, F., Van der Ende, J., Selten, J. P., Huizink, A., & Verhulst, F. C. (2005). Cannabis use predicts future psychotic symptoms, and vice versa. *Addiction*, *100* (5), 612-618.
- Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2000). Does Cannabis use encourage other forms of illicit drug use? *Addiction*, *95*, 505-20.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Swain-Campbell, N. (2002). Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction*, *97*, 1123-35.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Ridder, E. M. (2005). Tests of causal linkages between Cannabis use and psychotic symptoms. *Addiction*, *100* (3), 354- 366.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2011). Structural model of the comorbidity of internalizing disorders and substance use disorders in a longitudinal birth cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *46*, 933-42.

- Fernández Del Rio, A., López, A. y Becoña, E. (2011). Trastornos de la Personalidad en fumadores y personas con dependencia de la cocaína que acuden a Tratamiento: Un estudio comparativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6 (1), 67-75.
- Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J. R., Secades-Villa, R. y García-Portilla, P. (2011). Cannabis y salud mental. *Actas EspPsiquiatr*, 39 (3) ,180-90.
- Fernández-Fernández, J. A. y Touriño-González, R. (2006). Evaluación e intervención sobre el trastorno dual en rehabilitación psicosocial. *Rehabilitación psicosocial*, 3 (1), 9-16.
- Fernández-Montalvo, J., Landa, N., López-Goñi, J. J ., Lorea, I. y Zarzuela, A. (2002). Trastornos de la personalidad en alcohólicos: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7 (3), 217-225.
- Fernández- Montalvo, J., Lorea, I., López, J. J. y Landa, N. (2003). Trastornos de la personalidad en adictos a la cocaína: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 79-98.
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Landa, N., Illescas, C., Lorea, I. y Zarzuela, A. (2004). Trastornos de Personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica. *Int J Clin Health Psychol*, 4, 271-283.
- Fernández-Montalvo, F., Lorea, I., López-Goñi, J. J. y Landa, N. (2008). Comorbilidad psicopatológica en la adicción a la cocaína: Resultados con el SCL-90-R. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 16 (2), 275-288.
- Fernández-Montalvo, J., Landa, N., López-Goñi, J. J., & Lorea, I. (2006). Personality disorders in alcoholics: a comparative study with the IPDE and the MCMI-II. *Addictive Behaviours*, 31, 1442-1448.
- Fernández-Serrano, M. J., Moreno-López, L., Pérez-García, M. y Verdejo-García, A. (2012). Inteligencia emocional en individuos dependientes de cocaína. *Trastornos Adictivos*, 14(1), 27–33. doi:10.1016/S1575-0973(12)70040-5.

- Ferusson, D., & Boden, J. (2008). Cannabis use and adult ADHD symptoms. *Drug and Alcohol Dependence, 95* (2), 90-96.
- Fetzner, M. G., McMillan, K. A., Sareen, J., & Asmundson, G. J. (2011). What is the association between traumatic life events and alcohol abuse/dependence in people with and without PTSD? Findings from a nationally representative sample. *Depress Anxiety, 28*, 632-638.
- Feurlein, W. (1982). *Alcoholismo: Abuso y dependencia*. Barcelona: Salvat.
- First, M. B., Spitzer, R. L, Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1999a). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I*. Barcelona: Masson.
- Flannery, B. A., Morgenstern, J., McKay, J., Wechsberg, W. M., & Litten, R. (2004). Cooccurring alcohol and cocaine dependence: recent finding clinical and field studies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 28*, 976-81.
- Flory, K., Lynam, D., Millich, R., Leukefeld, C., & Clayton, R. (2002). The relations among personality, symptoms of alcohol and marijuana abuse, and symptoms of comorbid Psychopathology: Results from a Community Sample. *Experimental and Clinical psychopharmacology, 10* (4), 425-434.
- Flory, K., Lynam, D., Millich, R., Leukefeld, C., & Clayton, R. (2004). Early adolescent through young adult alcohol and marijuana use trajectories: Early predictors, young adult outcomes, and predictive utility. *Development of Psychopathology, 16* (1) 1, 93-2013.
- Flynn, P. M., Lukhey, J. W., Brown, B. S., Hoffman, J. A., Dunteman, G. H., Theisen, A. C., & Hubbard, R. L.(1995). Relationship between drug preference and indicators of psychiatric impairment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 21*,153-166.

- Flynn, P. M. & McMahon, R.C. (1997). MCMI applications in Substance abuse. In: T. Millon (Ed.), *The Millon inventories: Clinical and personality assessment* (pp173-190). New York : Guilford.
- Fox, H. C., Talh, M., Malison, R., Anderson, G. M., Kreek, M. J., & Sinha, R. (2005). Frequency of recent cocaine and alcohol use affects drug craving and associated responses to stress and drug-related cues. *Psichoneuroendoc rinology*, 30 (9), 880-91.
- Fox, H., Bergquist, K., Casey, J., Hong, K., & Sinha, R. (2011). Selective cocaine-related difficulties in emotional intelligence: Relationship to stress and impulse control. *The American Journal on Addictions*, 20 (2), 151-160.
- Franken I. H. A., & Hendriks, V. M. (2001). Screening and diagnosis of axiety and mood disorders in substance abuse patients. *Am J Addict*, 10, 39-9.
- Freud, S. (1921). *Obras completas de Sigmund Freud. Volumen XVIII-Más allá del principio de placer, Psicología de las masa y análisis del yo, y otras obras (1920-1922). 1. Más allá del principio del placer (1920)*. (tra. J.L Etcheverry). Buenos Aires & Madrid: Amorrortu editores.
- Fridberg, D. J., Vollmer, J. M., O'Donnell, B. F., & Skosnik, P. D. (2010). Cannabis users differ from non-users onmeasures of personality and schizotypy. *Psychiatry Res*, 186 (1), 46-52.
- Fridell M., Hese, M., Jaeger, M., & Kühllhorne. (2008). Antisocial personality disorder as a predictor of criminal Behaviour in a longitudinal study of a cohort abusers de several classes of drugs. *Addictive Behaviors*, 33, 799-811.
- García del Castillo, J. A., García del Castillo-López, A., Gazquez-Pertusa, M. y Marzo-Campos. (2013). La inteligencia emocional como estrategia de prevención en adicciones. *Health and Addictions*, 13 (2), 89-97.

- García del Castillo-López, A. (2011). *Elaboración de un modelo psicosocial multidimensional explicativo del consumo de alcohol desde la inteligencia emocional*. Tesis Doctoral. Universidad Miguel Hernández.
- Gastó Ferrer, C. (2004). Trastorno histriónico de la personalidad. En: M. Roca Bennasar, coordinador. *Trastornos de la personalidad* (pp 545-56). Barcelona: Ars Médica.
- Gershon, E. S., DeLisi, L. E., Hamovit, J., Nurnberger, J. I., Maxwell, M. E., Schreiber, J., Dauphinais, D., Dingman, C. W., & Guroff, J. J. (1988). A controlled family study of chronic psychoses Schizophrenia and schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 45, 328–336.
- Giancola, P. R., Shoal, G. D., & Mezzich, A. C. (2001). Constructive Thinking, Executive Functioning, Antisocial Behavior, and Drug Use Involvement in Adolescent Females With a Substance Use Disorder. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 9 (2), 2015-227.
- Gianoli, M. O., Jane, J. S., O'Brien, E. & Ralevski, E. (2012). Treatment for comorbid borderline personality disorder and alcohol use disorders: A review of the evidence and future recommendations. *Exp Clin Psychopharmacol*, 20 (4), 333-344.
- Goldstein, R. B., Dawson, D. A., & Chou, S. P. (2012). Sex differences in prevalence and comorbidity of alcohol and drug use disorders: results from wave 2 of the national Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Stud Alcohol Drugs*, 73, 938–950.
- Goleman D. (1996). *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairos.
- Gollnisch, G. (1991). *Drug Use in Methadone Maintenance Clients: A Multidimensional Model of Personality, Coping, and Motivation*. University of Massachusetts at Amherst.
- González, M. P., Sáiz, P. A., Quirós, M. y López J. L. (2000). Personalidad y uso-abuso de cannabis. Monografía Cannabis. *Adicciones*, 12 (2), 185-195.

- González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C, Rodríguez, M. & Rodríguez F. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis, L.* Adaptación española. Madrid: TEA Ediciones
- Goodwin, R. D., Stayner, D. A., Chinman, M. J., Wu, P., Tebes, J. K., & Davidson, L. (2002a). The relationship between anxiety and substance use disorders among individuals with severe affective disorders. *Compr Psychiatry*, 4 3(4), 245-252.
- Goulding, S. M., Mclure-Tone, E. B., & Compton, M. T. (2009). Schizotypy and nicotine, alcohol, and cannabis use in non-psychiatric sample. *Addictive Behaviors*, 34, 374-379.
- Grant, B. F., Harford T. C., Dawson, D. A., Chou, S. P., & Pickering, R. (2003) The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS): Reliability of alcohol and drug modules in a general population sample. *Drug and Alcohol Dependence* 39 (1), 37-44.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., Pickering, R. P., & Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 61, 807-816.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 61, 361-8.
- Grant, B.F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Smith, S., Huang, B., & Saha, T. D. (2006). The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*; 67, 363-374.

- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P., & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry, 69*, 533-545.
- Grant, B. F., Goldstein, R. B., Smith, S. M., Jung, J., Zhang, H., Chou, S. P., Pickering, R. P., Ruan, W. J., Huang, B., Saha, T. D., Aivadyan, C., Greenstein, E., & Hasin, D. S. (2015). The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-5 (AUDADIS-5): reliability of substance use and psychiatric disorder modules in a general population sample. *Drug Alcohol Depend, 1* (148), 27-33.
- Gregg, L., Barrowclough, C., & Haddock, G. (2007). Reasons for increased substance use in psychosis. *Clin Psychol Rev, 24* (4), 494-510.
- Gregory, R. J., Chlebowski, S., Kang, D., Remen, A. L., Soderberg, M. G., Stepkovitch, J., & Virk, S. (2008). A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*, 28-41.
- Grella, C. E., Joshi, V., & Hser, Y. I. (2003). Follow-up of cocaine-dependent men and women with antisocial personality disorder. *J Subst Abuse Treat, 25*, 155-164.
- Guardia, J. (2012). Trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo excesivo de alcohol. En: F. Pascual y J. Guardía (Eds). *Monografías sobre alcoholismo* (pp 219-294). Barcelona: Socidrogalcohol.
- Guerra, G., Leonardi, C., Cortese, E., Zaimovic, A., Dell'agenello, G., & Manfredini, M. (2007). Homovanillic acid (HVA) plasma levels inversely correlate with attention deficit-hyperactivity and childhood neglect measures in addicted patients. *J Neural Transm, 114*, 1637-1647.

- Hall, W., & Solowij, N. (1998). Adverse effects of Cannabis. *Lancet*, 352, 1611- 1616.
- Hall, W., & Degenhardt, L. (2000). Cannabis use and psychosis: a review of clinical and epidemiological evidence. *Australian Journal of Psychiatry*, 34, 26-34.
- Hall, W. D., & Lynskey, M. (2005). Is Cannabis a gateway drug? Testing hypothesis about the relationship between Cannabis use and the use of other illicit drugs. *Drug Alcohol Rev*, 24, 39-48.
- Hall, W. (2006). Is Cannabis use psychotogenic? *Lancet*, 367, 193-195.
- Hall, W., & Degenhardt, L. (2009). The adverse health and psychological effect of non-medical cannabis use. *Lancet*, 374, 1383-1391.
- Haro, G (2009). Necesidad de programas específicos de seguimiento en patología dual: la nueva experiencia del Hospital Provincial de Castellón. En J. Bobes, y M. Casas (coord) *Manejo Clínico del Paciente con Patología Dual* (pp 107-121). Valencia: Socidrogalcohol.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M. y Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126, (12), 445-451.
- Hart, L., & Stueland, D. (1980). Classifying Women Alcoholics by Cattell's 16PF: A Preliminary investigation of an Alcoholic Typology. *Journal of Studies on Alcohol*, 41 (9), 911-921.
- Hasin, D. S., Samet, S., Meydan, J., Trautman, K. D., Smith, M., Miele, G.M., & Endicott, J. (2003). *PRISM: Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders*. Recuperado de [http:// www. Columbia.edu/dsh2/prism/](http://www.Columbia.edu/dsh2/prism/).
- Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 1097-1106.

- Hasin, D., Stinson, F.S., Ogburn, E., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States. *Arch Gen Psychiatry*, *64*, 830-842.
- Hasin, D., Fenton, M.C., Skodol, A., Krueger, R., Keyes, K., Geier, T., Greenstein, E., Blanco, C., & Grant, B. (2011). Personality disorders and the 3-year course of alcohol, drug, and nicotine use disorders. *Arch Gen Psychiatry*, *68*, 1158-1167.
- Hasin, D. S., Shmulewitz, D., Stohl, M., Greenstein, E., Aivadyan, C., Morita, K., Saha, T., Aharonovich, E., Jung, J., Zhang, H., Nunes, E.V., & Grant, B. F. (2015). Procedural validity of the AUDADIS-5 depression, anxiety and post-traumatic stress disorder modules: Substance abusers and others in the general population. *Drug Alcohol Depend*, *1* (152), 246-56.
- Hatton, J., Burton, A., Nash, H., Munn, E., Burgoyne, L., & Sheron, N. (2009). Drinking patterns, dependency and life-time drinking history in alcohol-related liver disease. *Addiction*, *104*, 587-592.
- Hauser, J., Szczepanska, W., & Glodowska, A. (1994). Analysis of psychological data and social functioning in alcoholics. *Psychiatry Polond*, *28* (6), 701-709.
- Haver, B. (1997). *Screening for psychiatric comorbidity among female alcoholics: the use of a questionnaire (SCL-90) among women early in their treatment programme*. *Alcohol Alcohol*, *32*, 725-730.
- Hawkins, D. J., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, *112*, 64-105.
- Heffner, J. L., Anthenelli, R.M., Adler, C. M. Strakowski, S. M., Beavers, J., & DelBello, M.P. (2013). Prevalence and correlates of heavy smoking and nicotine dependence in adolescents with bipolar and cannabis use disorders. *Psychiatry Res*, *30*, 210 (3), 857-862.

- Heikimian, L. K., & Gershon S. (1968). Characteristics of drug abusers admitted to a psychiatric hospital. *J Amer Med Assoc*, 205, 75-80.
- Heil, S. H., Badger, G. J., & Higgins, S. T. (2001). Alcohol dependence among cocaine-dependent outpatients: demographics, drug use, treatment outcome and other characteristics. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 14-22.
- Helfrich, A. A., Crowley, T. J., Atkinson, C.A., & Post, R. D. (1983). A Clinical profile of 136 cocaine abusers. In L. Harris (Ed.), *Problems of drug dependence* (pp 343-350). NIDA Research Monograph Series # 43.
- Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J., Kaplan, C., Lieb, R., Wittchen, H. U., & van Os, J. (2005). Prospective cohort study of Cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *Brit Med J*, 330 (7481) 11.
- Henquet, C., Krabbendam, L., De Graaf, R., The Have, M., & Van Os, J. (2006). Cannabis use and expression of mania in the general population. *J Affect Disord*, 95, 103-110.
- Henquet, C., Murray, R., & Linszen, D. (2006). Ambiente y esquizofrenia: el papel del consumo de cannabis. *Schizophrenia Bulletin (Ed Esp)*, 1, 61-65.
- Herrero, M. J., Domingo-Salvany, A., Brugal, M. T., & Torrens, M. (2011). Incidence of psychopathology in a cohort of young heroin and/or cocaine users. *J Subst Abuse Treat*, 41, 55-63.
- Hill, M. N. (2012). Introduction to the special issue on stress, emotional behavior, and the endocannabinoid system: a decade of research. *Neuroscience*, 204, 1-4.
- Hill, S. Y., Shen, S., Lowers, L., Loske-Wellman, J., Matthews, A.G., & McDermott, M. (2008). *Psychopathology in offspring from multiplex alcohol dependence families with and without parental alcohol dependence: a prospective study during childhood and adolescence. Psychiatry Res*, 160, 155-166.

- Hittner J. B., & Swickert R. (2006). Sensation seeking and alcohol use: a meta-analytic review. *Addict Behav*, 31, 1383–401.
- Hoblyn, J. C., Balt, S. L., Woodard, S. A., & Brooks, J. O. (2009). Substance use disorders as risk factors for psychiatric hospitalization in bipolar disorder. *Psychiatr Serv*, 60 (1), 50-55.
- Hoenicke, J., Aragües, M. y Rodríguez-Jiménez, R. (2009). Bases genéticas de los trastornos psiquiátricos. *Manual de Psiquiatría*, (pp115-132), Ed: ENE.
- Hunault, C. C., Mensinga, T. T., Böcker, K. B., Schipper, C. M., Kruidenier, M., Leenders, M. E., de Vires, I., & Meulenbelt, J. (2009). Cognitive and psychomotor effects in males after smoking a combination of tobacco and Cannabis containing up to 69 mg delta-9-tetrahydrocannabinol (THC). *Psychopharmacology*, 204, 85-94.
- Inaba, D. S., & Cohen, W. E. (2007). *Uppers, Downers all Arounders. Physical and mental effects of psychoactive drugs*. (6thed) Medford, OR: CNS productions.
- Jacob, C. P., Romanos, J., Dempfle, A., Heine, M., Windemuth-Kieselbach, C., & Kruse, A. (2007). Co-morbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center. *Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 257, 309-317.
- Jones, P., Guth, C., Lewis, S., & Murray, R. (1994). Low intelligence and poor education achievement precede early onset schizophrenic psychosis. In: A.S. David, & J.C. Cutting, (Editors). *The neuropsychology of schizophrenia* (pp 131-144). Erlbaum: East Essex, UK.
- Kandel D. B., Huang, F.Y., & Davies, M. (2001). Comorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes. *Drug Alcohol Depend*, 64, 233-241.

- Karam L. D. Haller, D. L., & Schnoll, S. H. (1998). Cocaine and stimulants. En: R.J. Frances, & S.I. Miller (eds). *Clinical textbook of addictive disorders* (168-201). New York: The Guilford Press.
- Karlsgodt, K. H., Lukas, S. E., & Elman, I. (2003). Psychosocial stress and the duration of cocaine use in non-treatment seeking individuals with cocaine dependence. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 539-551.
- Karson, S., & Odell, J. (1983). *16PF. Guía para uso clínico*. Tea. Madrid.
- Kelly, T. M., Cornelius, J. R., & Lynch, K. G. (2002). Psychiatric and substance use disorders as risk factors for attempted suicide among adolescents: a case control study. *Suicide Life Threat Behav*, 32 (3), 301-12.
- Kerr-Correa, F., Igami, T.Z., Hiroce, V., & Tucci, A. M. (2007). Patterns of alcohol use Between genders. *A cross-cultural evaluation*, 102, 265-75.
- Kessler, R. C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B, Higes, M., Eshelman, S., Wittchen, H.U., & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch. Gen. Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., Schulenberg, J., & Anthony, J. C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 54, 313–321.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merinkangas, K. R., Rush, A. J., Walters, E. E., & Wang, P.S. (2003). National Comorbidity Survey replication. The epidemiology of mayor depressive disorder: results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *JAMA*, 289, 3095-3105

- Kessler, R. C., & Ustun, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) survey initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*, *13*, 93-121.
- Kessler, R. C., Abelson, J., Demler, O., Escobar, J. L., Gibbon, M., Guyer, M. E., Homes, M. J., Jin, R., Vega, W. A., Walters, E. E., Wang, P., Zaslavky, A., & Zheng, H. (2004). Clinical calibration of DSM-IV diagnoses in the World Mental Health (WMH) version of the World Health Organization (WHO) Composite international diagnostic Interview (WMHCIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*, *12* (2), 122-39.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merinkangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in The National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, *62*(6), 590-2.
- Khan, S., Secades-Villa, R., Okuda, M., Wang, S., Pérez-Fuentes, G., Kerridge, B., & Blanco, C. (2012). Gender differences in cannabis use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, *130* (2013), 101– 108.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry* *142*, 1259–1264.
- Kim, J., Kim, D., Park, S., Bin, H., & Chung, E. (2007). Novelty-seeking among schizophrenia patients with comorbid alcohol use. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *195*, 622-624.
- Kleinman, P. H., Miller, A. B., Millman, R. B., Woody, G. E., Todd, T., Kemp, J., & Lipton, D. S. (1990). Psychopathology among cocaine abusers entering treatment. *The journal of Nervous and Mental Disease*, *178*, 442-447.
- Knop, J., Penick, E. C., Nickel, E. J., Mortensen, E. L., Sullivan, M. A., Murtaza, S., Jensen, P., Manzardo, A. M., & Grabielli, W. F. Jr. (2009). Childhood ADHD and conduct disorder

as independent predictors of male alcohol dependence at age 40. *J Stud Alcohol Drugs*, 70 (2)169-77.

Köhnke, M. D. (2008). Approach to the genetics of alcoholism: a review based on pathophysiology. *Biochem Pharmacol*, 75, 160-177.

Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.

Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995). European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *Eur Addict Res*, 1, 208-10.

Koller, G., Preuss, U.W., Bottlender, M., Wenzel, K., & Soyka, M. (2002). Impulsivity and aggression as predictors of suicide attempts in alcoholics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 252, 155 – 60.

Koskinen, J., Löhonen, J., Koponem, H., Isohanni, M., & Miettunen, J. (2009). Prevalence of alcohol use disorders in schizophrenia a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*, 120(2), 85-96.

Krung, S. E. (1971). *Personality Profiles of Drug Addicts (IPAT Personality Profile No. 3)*. Champaign, Illinois: Institute for Personality and Ability Testing.

Kun, B., & Demetrovics, Z. (2010). Emotional Intelligence and Addictions: A Systematic Review. *Substance & Use Misuse*, 45, 1131-1160.

Kuntsche, E., Fischer, M.V., & Gmel, G. (2008). Personality factors and alcohol use: A mediator analysis of drinking motives. *Personality and Individual Differences*, 45, 796-800.

Lagerberg, T. V., Sundet, K., Animoff, S. R., Berg, A. O., Ringe, P.A., Andeassen, O.A., & Melle, I. (2011). Excessive cannabis use is associated with earlier age at onset in bipolar disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 261, 397-405

Lagoni, L., Crawford, E., & Huss, M. (2011). An examination of the self-medication hypothesis via treatment completion. *Addiction Research & Teory*, 19 (5), 416-426.

- Landa, N., Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J. y Lorea, I. (2006). Comorbilidad psicopatológica en el alcoholismo: un estudio descriptivo. *Int J Clin Health Psychology*, 6, 253-69.
- Langas, A. M., Malt, U.F., & Opjordsmoen, S. (2012). In-depth study of personality disorders in first-admission patients with substance use disorders. *BMC Psychiatry* 12, 180.
- Large, M., Sharma, S., Compton, M. T., Slade, T., & Nielssen, O. (2011). Cannabis use and earlier onset of psychosis: a systematic meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 68, 555-561.
- Latvala, A., Tuulio-Henriksson, A., Perala, J., Saarni, S.I., Aalto-Setälä, T., Aro, H., Korhonen, T., Koskinen, S., Lonnkvist, J., Kaprio, J., & Suvisaari, J. (2009). Prevalence and correlates of alcohol and other substance use disorders in young adulthood: A population-based study. *BMC Psychiatry*, 9, 73.
- Le Duc, P. A., & Mittleman, G. (1995). Schizophrenia and psychostimulant abuse: a review and re-analysis of clinical evidence. *Psychopharmacology*, 121, 407-427.
- Levin, F. R., Evans, S. M., McDowell, D. M., & Kleber, H. D. (1998). Methylphenidate treatment for cocaine abusers with attention-deficit attention –deficit hyperactivity disorder: a pilot study. *J Clin Psychiatry*, 59, 300-305.
- Lev-Ran, S., Le Foll, B., McKenzie, K., George, P., & Rehm, J. (2013). Bipolar disorder and co-occurring cannabis use disorders: Characteristics, co-morbidities and clinical correlates. *Psychiatry Research*, 209 (3), 459-465.
- Liberman, R. P., Mueser, K. T., Wallace, C. J., Jacobs, H. E., Eckman, T., & Massel, H. K. (1986). Training skills the psychiatrically disabled: learning coping and competence. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 631-647.

- Limonero, J., Gómez-Romero, M. J., Fernández-Castro, J. y Tomás-Sábado, J. (2013). Influencia de la inteligencia emocional percibida y la impulsividad en el abuso de cannabis en jóvenes. *Ansiedad y Estrés*, 19 (2-3), 223-234.
- Links, P. S., Heslegrave, R. J., Mitton, J. E., Reekun, R., & Patrick, J. (1995). Borderline personality disorder and Substance abuse: Consequences of comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 9-14.
- Lobo, E., Dufouil, C., Marcos, G., Quetglas, B., Saz, P., Guallar, E., y Lobo, A. (2010). For the ZARADEMP Workgroup. Is there an association between low-to-moderate alcohol consumption and risk of cognitive decline? *Am J Epidemiol*, 172, 708-716.
- López, A. y Becoña, E. (2006a). Consumo de cocaína y psicopatología asociada: una revisión. *Adicciones*, 18 (2), 161-196.
- López, A. y Becoña, E. (2006b). Patrones y trastornos de la personalidad en personas con dependencia a la cocaína en tratamiento. *Psicothema*, 18 (3), 578-583.
- López, A., Becoña, E., Casete, I., Lage, M.T., Díaz, E., García, J. M., ...Moneo, A. (2007). Dependencia a la cocaína y trastornos de la personalidad. Análisis de su relación en una muestra clínica. *Trastornos adictivos*, 9, 215-227
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., & Arteaga, A. (2011). Addiction Treatment Dropout: Exploring Patients Characteristics. *The American Journal on Addictions*, 21, 78-85.
- Lorea, I., Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J. y Landa, N. (2009). Adicción a la cocaína y trastornos de personalidad: un estudio con el MCMI-II. *Adicciones*, 21 (1), 57-64.
- Lorenzo, A. (1994). Alcoholismo y trastorno afectivo. En: M. Casas, M. Gutiérrez, y L. San Molina (eds). *Psicopatología y alcoholismo* (pp 375-392). Barcelona: Neurociencias.

- Lorenzo, A., Carrera, I. (1998). *Personalidad como variable clave en el manejo de los problemas de drogodependencias*. Presentación XXII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol, A Coruña, España.
- Lorr, M., Nerviano, V. J., & Myhill, J. (1985). Factors common to the ISI and the 16PF inventories. *Journal of Clinical Psychology, 41* (6), 773-777.
- Lubman, D. I., Allen, N. B., Rogers, N., Cementon, E., & Bonomo, Y. (2007). The impact of co-occurring mood and anxiety disorders among substance-abusing youth. *Journal of Affective Disorders, 103*, 105–112.
- Lucht, M., Jahn, M., Barnow, S., & Freyberger, H. J. (2002). The use of a symptom checklist (SCL-90-R) as an easy method to estimate the relapse risk after alcoholism detoxification. *Eur Addict Res, 8*, 190-4.
- Lukasiewicz, M., Blecha, L., Falissard, B., Neveu, X., Benyamina, A., Reynaud, M., & Gasquet, I. (2009). Dual diagnosis: Prevalence, riskfactors and relationship with suicide risk in a nationwide sample of French prisoners. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 33*, 160-168.
- Lynskey, M., & Hall, W. (2000). The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: a review. *Addiction, 95*, 1621-1630.
- Lynskey, M. T., Glowinski, A. L., Todorov, A. A., Bucholz, K. K., Madden, P. A., Nelson, E. C., Statham, D. J., Martin, N. G., & Heath, A. C. (2004). Major depressive disorder, suicidal ideation, and suicide attempt in twins discordant for Cannabis dependence and early-onset Cannabis use. *Arch Gen Psychiatry, 61* (10), 1026-32.
- Macleod, J., Oakes, R., Copello, A., Crome, I., Egger, M., Hickman, M., Oppenkowski, T., Stokes-Lampard, H., & Davey Smith, G. (2005). Psychological and social sequelae of Cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet, 363*, 1579-88.

- Magid, V., Maclean, M. G., & Coder, C. R. (2007). Differentiating between sensation seeking and impulsivity through their mediated relations with alcohol use and problems. *Addict Behav*, 32 (10), 2046-61.
- Magor-Blatch, L., Keen, J., & Bhullar, N. (2014). Personality factors as predictors of programme completion of drug therapeutic communities. *Mental Health and Substance Use*, 7 (2), 110-124.
- Maisto, S., Pollock, N., Lynch, G., Martin, C., & Ammerman, R. (2001). Course of Functioning in Adolescents 1 Year After Alcohol and Other Drug Treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15 (1), 68-76.
- Malhotra, A. K., & Murthy, V. M. (1977). Personality correlates in drug addiction. *Indian.J Clin.Psychol*, 4, 123-128.
- Mandelli, L., Mazza, M., Di Nicola, M., Zarinotto, L., Harnic, D., Catalano, V., ...Serreti, A. (2012). Role of substance abuse comorbidity and personality disorders: Harm Avoidance influences medium term treatment outcome. *Psychopathology*, 45, 174-178.
- Mann, K., Hintz, T., & Jung, M. (2004). Does psychiatric comorbidity in alcohol-dependent patients affect treatment outcome? *European Archives of Clinical Neuroscience*, 254, 172-81.
- Margolese, H. C., MaLchy, L., Negrete, J.C., Tempe, R., & Gill, K. (2004). Drug and Alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: Levels and consequences. *Schizophrenia Research*, 67, 157-166.
- Mariani, J. J., Khantzian, E., & Levin, F. R. (2014). The self-medication hypothesis and psychoestimulant treatment of cocaine dependence: A update. *Addiction*, 23(2), 189-193.

- Marlowe, D. E., Ferstinger, D. S., Kirby, K. C., Rubenstein, D. F., & Platt, J. J. (1998). Congruence of the MCMI-II and MCMI-III in Cocaine Dependence. *Journal of personality assessment*, 7 (1), 15-28.
- Marmorstein M. (2009). Longitudinal associations between alcohol problems and symptoms: early adolescence through early adulthood. *Alcohol Clin Exp Res*, 33 (1), 45-9.
- Marquenie, L. A, Schade, A., Van Balkom, A. J. L. M., Comijs, H.C., De Graaf, R., Vollebergh, W., Van Dyck, R., & Van den Brink, W. (2007). Origin of the comorbidity of anxiety disorders and alcohol dependence: findings of a general population study. *European Addiction Research*, 13, 39–49.
- Marquez-Arrico, J. y Adan, A. (2013). Patología dual y rasgos de la personalidad: situación actual y futuras líneas de trabajo. *Adicciones*, 25 (3), 195-202.
- Martínez-González, J. M, Graña, J. L. y Trujillo, H. M. (2009). Influencia de los trastornos de personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. *Adicciones*, 21, 105-12.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. (2000). Models of Emotional Intelligence. En: R. Sternberg (Ed.), *Handbook of Intelligence*, (pp 396-420). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (2007). ¿Qué es inteligencia emocional? En J. M. Mestre y P. Fernández-Berrocal (Eds.), *Manual de inteligencia emocional*. Madrid: Ediciones-Pirámide.
- McCreary, D. R., & Sadava, S. W. (1998). Stress, drinking and the adverse consequences of drinking in two samples of young adults. *Psychol AddictBehav*, 12, 247-61.
- McDermott, M. J., Tull, M. T., Gratz, K. L., Daughters, S. B., & Lejuez, C. W. (2009). The role of anxiety sensitivity and difficulties in emotion regulation in posttraumatic stress dis-

order among crack/cocaine dependent patients in residential substance abuse treatment.

Journal of Anxiety Disorders, 23, 591–599.

McEwan, B. S., (2000). Allostasis and allostatic load: implications for neuropsychopharmacology. *Neuropsychopharmacology* 22, 108–124.

McLellan, A.T., Luborsky, L., O` Brien, C. P., & Woody, G. E. (1980). A improved evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26-33.

Merikangas, K. R., Herrell, R., Swendsen, J., Rössler, W., Ajdacic-Gross, V., & Angst, J. (2008). Specificity of bipolar spectrum conditions in the comorbidity of mood and substance use disorders: Results from the Zurich cohort study. *Arch Gen Psychiatry*, 65, 47-52.

Mestre, L., Risco, P., Catalán, A., Ibarra, O (2001). Perfiles de personalidad Millon: comparación de pacientes adictos a opiáceos y a cocaína. *Trastornos adictivos* 3 (4), 64-5.

Meyer, R. E. (1986). How to understand the relationship between psychopathology and addictive disorders: another example of the chicken and the eggs. En: R. E. Meyer (ed). *Psychopathology and addictive disorders* (pp 3-16). New York: Guilford Press.

Mezzich, A. C., Tarter, R. E., Kirisci, L., Hsieh, Y. C., & Grimm, M. (1995). Coping capacity in female adolescent substance abusers. *Addictive Behaviors*, 20 (2), 181–187.

Midanik, L. T., Tam, T. W., & Weisner, C. (2007). Concurrent and simultaneous drug and alcohol use: results of the 2000 National Alcohol Survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 90 (1), 72–80.

Millon, T. (1983). Millon Clinical Multiaxial Inventory-II: *Manual for the MCMI-II*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

- Millon, T., & Davis, R. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond* (rev.ed). Nueva York: JohnWiley
- Millon, T. y Davis, R. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (2nd Ed.)*. Minneapolis: NCS Pearson, Inc.
- Millon, T., & Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2015). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2013/2014. *Observatorio Español sobre Drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2013). Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España. (ESTUDES) 1994/2012. *Observatorio Español sobre Drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Moeller, F. G., Dougherty, D. M., Barratt, E. S., Oderinde, V., Mathias, C.W., Harper, R. A., & Swann, A.C. (2002). Increased impulsivity in cocaine dependent subjects independent of antisocial personality disorder and aggression. *Drug Alcohol Depend*, 68, 105–111.
- Molina, B. S. G., & Pelham, W. E. (2003). Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 497-507.
- Monaci, M. G., Scacchi, L., Posa, M., & Trentin, R. (2013). Peer pressure and alcohol consumption among university students: The moderating effect of emotional intelligence. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 267 (60), 17-31.
- Moore, T. H. M., Zammit, S., Lingford-Hugnes, A., Barnes, T. R., Jones, P. B., Burke, M., & Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 370, 319-328.
- Moussas, G., Dandouti, G., Botsis, A., & Lykouras, L. (2006). Coping styles of type I and type II alcohol-dependent men undergoing treatment. *Compr Psychiatry*, 47, 63-8.

- Moya C, Álvarez, C, Sánchez A, Bobes J, Brime, B, Farré, M, Sendino, R, Torrens, M, Sánchís, M, Flores J, Luna A y Díez, E. (2009) *Informe de la Comisión Clínica de la DGPNSD sobre Cannabis. Actualización y revisión del informe nº 1, Cannabis (2006)*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
- Mueser, K. T., Drake, R. E., Ackerson, T. H., Alterman, A. L., Miles, K. M., & Noordsy, D. L. (1997). Antisocial personality disorders, conduct disorder, and substance abuse in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 473-477.
- Mueser, K. T, Drake, R .E., & Wallach, M. A. (1998). Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addict Behav, 23* (6), 717-34.
- Munsey, D. F., Galanter, M., Lifshutz, H., & Franco, H. (1992). Antecedents, severity of abuse, and response to treatment in substance-abusing schizophrenic individuals. *The American Journal on Addictions, 1*, 210–216.
- Myrick, H., & Brady, K. T. (1997). Social phobia in cocaine dependent individuals. *The American Journal on Addictions, 6*, 99-104.
- Nadeau, L., Landry, M., & Racine, S. (1999). Prevalence of personality disorders among clients in treatment for addiction. *Can J Psychiat, 44*, 592-6.
- Nahas, C., & Latour, C. (1992). The human toxicity of marijuana. *Med J Aust, 156*, 495-497.
- National Council on Alcoholism. (1972). Criteria for the diagnosis of alcoholism by the Criteria Committee, National Council on Alcoholism. *The American Journal of Psychiatry, 129* (2), 127- 35.
- Nerviano, V. J. (1976). Common personality patterns among alcoholic males;a multivariate study. *J Consult Clin. Psycho, 44*, 104-110.
- New, A. S., & Stanley, B. (2010). Opioid deficit in borderline personality disorder: self-cutting, substance abuse and social dysfunction. *Am J Psychiatry, 167*, 882-884.

- Newton, T. F., Kalechtein, A. D., Tervo, K. E., & Ling, W. (2003). Irritability following abstinence from cocaine predicts euphoria effects of cocaine administration. *Addictive behaviors*, 28, 817-825.
- Nielsen, D. A., Ho, A., Bahl, A., Varma, P., Kellogg, S., Borg, I., & Kreek, M. J. (2012). Former heroin addicts with or without a history of cocaine dependence are more impulsive than controls. *Drug Alcohol Depend*, 124, 113-20.
- Nolen-Hoeksema, K. (2004). Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical Psychology Review*, 981-1010.
- Noordsy, D. L., Drake, R. E., Biesanz, J. D., & McHugo, G. J. (1994). Family history of alcoholism in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease* 182, 651–655.
- Norris, P., & Epstein, S. (2000a). *The measurement of analytical and intuitive thinking styles with a short form of the Rational-Experiential Inventory*. Manuscript submitted for publication.
- Norris, P., & Epstein, S. (2000b). *[Objective and subjective correlates of rational and experiential thinking styles]*. Unpublished raw data.
- Nurnberg, H. G., Rifkin, A., & Doddi, S. (1993). A systematic assessment of the comorbidity of DSM-III-R personality disorders in alcoholic outpatients. *Compr Psychiatry*, 34, 447–454.
- Nutt, D. J., King, L. A., & Phillips, L. D, (2010). On behalf of the Independent Scientific Committee on Drugs. Drug harms in the UK: a multi criteria decision analysis. *The Lancet*, 1 (10), 61462-6.
- Observatorio Europeo de las drogas y Toxicomanías (2014). *Informe Europeo sobre Drogas (EMCDDA)*. Luxemburgo: Oficina de publicaciones de la Unión Europea.
- Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías. (2015). *Informe Europeo sobre Drogas (EMCDDA)*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

- Ochoa, E (2000). Cocaína y comorbilidad psiquiátrica. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 28, 40-52.
- Ogloff, J. R. P., Lemphers, A., & Dwyer, C. (2004). Dual diagnosis in an Australian forensic psychiatric hospital: Prevalence and implications for services. *Behav Sci Law*, 22, 543-562.
- Ohlheimer, M. D., Peters, K., Kordon, A., Seifert, J., Wildt, B.T., Wiese, B., Ziegenbein, M., Emrich, H. M., & Schneider, U. (2007). Nicotine and alcohol dependence in patients with comorbid attentiondeficit/ hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol & Alcoholism*, 42, 539-543.
- Ongür, D., Lin, L., & Cohen, B. M. (2009). Clinical characteristics influencing age at onset in psychotic disorders. *Compr Psychiatry*, 50, 13-19.
- Organización Mundial de la Salud, (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a ed. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Pacek, L. R., Martins, S. S., & Crum, R. M. (2012). The bidirectional relationships between alcohol, cannabis, co-occurring alcohol and cannabis use disorders with major depressive disorder: Results from a national simple. *Journal of Affective Disorders*, 141, 88-195.
- Pacini, R., Muir, F., & Epstein, S. (1998). Depressive realism from the perspective of cognitive experiential self-theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1056-1068.
- Pacini, R., & Epstein, S. (1999). The relation of rational and experiential information processing styles to personality, basic beliefs, and the ratio-bias phenomenon. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 972-987.

- Park, C. L., Moore, P. J., Turner, R. A., & Adler, N. E. (1997). The roles of constructive thinking and optimism in psychological and behavioral adjustment during pregnancy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (3), 584–592.
- Park, C. L., & Grant, C. (2005). Determinants of positive and negative consequences of alcohol consumption in college students: Alcohol use, gender, and psychological characteristics. *Addictive Behaviors*, 30, 755-765.35.
- Pascual, F., Guardia, J., Pereiro, C., & Bobes, J. (2013). *Guías Clínicas Socidrogalcohol basadas en la Evidencia Científica*. 3ª Edición. Madrid: Sanet.
- Pastor, R., Llopis, J. J. y Baquero, A. (2003). Interacciones y consecuencias del consumo combinado de alcohol y cocaína: una actualización sobre el cocaetileno. *Adicciones*, 15 (2), 159-164.
- Patton, G. C., Coffey, C., Carlin, J. B., Degenhardt, L., Lynskey, M., & Hall W. (2002). Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ*, 325, (7374), 1195-8.
- Pedrero, E. J., Puerta, C. Segura, I. y Martínez, S. (2004). Evolución de la sintomatología psicopatológica de drogodependientes a lo largo del tratamiento. *Trastornos Adictivos*, 6, 175-191.
- Pedrero-Pérez E. J. (2002). Evaluación de la personalidad de sujetos drogodependientes que solicitan tratamiento mediante el Big-Five Questionnaire. *Trastornos adictivos*, 4 (3) ,138-150.
- Pedrero-Pérez, E. J., Puerta-García, C., Langares-Roibas, A., Sáez, A. y Maldonado A. (2003). Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. *Trastornos adictivos*, 25 (3), 241-255.

- Pedrero- Pérez, E. J., López- Durán, A. y Olivar Arroyo, A. (2006). El trastorno negativista de la personalidad y su relación con el abuso de sustancias. *Trastornos adictivos*, 8 (1), 22-41.
- Pedrero-Pérez, E. J. y Ruíz Sánchez de León, J. M. (2012). Subtipos de adictos a la cocaína, con y sin consumo problemático de alcohol asociado hacía una neuropsicología de la personalidad aplicada a la clínica. *Adicciones*, 24 (4), 291-300.
- Pedrero Pérez, E. J., López Durán, A. y Fernández del Río, E. (2012). Dimensiones factoriales del cuestionario de Millon (MCMI-II) en adictos a sustancias. *Psicothema*, 24, 4, 661-667.
- Penick, E. C., Powell, B. J., Nickel, E. J., Bingham, S. F., Riesenmy, K. R., Read, M. R., & Campbell, J. (1994). Co-morbidity of lifetime psychiatric disorders among male alcoholic patients. *Alcohol Clin Exp Res*, 18, 1289-93.
- Pennay, A., Cameron, J., Reichert, T., Strickland, H., Lee, N., Hall, K., & Lubman, D. (2011). A systematic review of interventions for co-occurring substance use disorder and borderline personality disorder. *Journal of Substance Treatment*, 41, 363-373.
- Pérez, B., de Vicente, M.P., García, L., Romero, C. y Oliveras, M. A. (2008). Prevalencia de psicopatología en dependientes de alcohol en tratamiento ambulatorio. *Trastornos Adictivos*, 10, 42-8.
- Perez-Reyes, M., & Jeffcoat, A. R. (1992). Ethanol/cocaine and coethylene concentrations and their relationship to subjective and cardiovascular effects. *Life Sci* 51, 553-563.
- Perugi, G., Toni, C., Traverso, M.C., & Akiskal, H. S. (2003). The role of cyclothymia in atypical depression: toward a data-based reconceptualization of the borderline-bipolar II connection. *J Affect Disord*, 73, 87-98.
- Petrakis, I. L., González, G., Rosenheck, R., & Krystal, J. H. (2002). Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders. An overview. *Alcohol Res Health*, 26, 81-90.

- Pistis, M., Serra, S., Pillolla, G., Melis, M., Muntoni, A.L., & Gessa, G. L. (2004). Adolescent exposure to cannabinoides induces long-lasting changes in the response to drugs of abuse of rat midbrain dopamine neurons. *Biol Psychiatry*, *56* (2), 86-94.
- Ponce, G y Jiménez, M. A. (2010). Heredabilidad de la patología dual. En: G. Haro, J. Bobes, M. Casas, J. Didia y G. Rubio (eds). *Tratado sobre Patología Dual. Reintegrando la Salud Mental* (pp 95-106). Barcelona: RMA. Ediciones.S.L.
- Poole, A. (2015). An examination of outcomes in cocaine abuse treatment responders with co-occurring posttraumatic stress disorder and other axis I mental health disorders. *ProQuest Information & Learning*.
- Pope, H. G., Gruber, A. J., Hudson, J. I., Cohane, G., Huestis, M.A., & Yurgelun-Todd, D. (2003). Early-onset Cannabis use and cognitive deficits: what is the nature of the association. *Drug Alcohol Depend*, *69*, 303-310.
- Potash, J. B., Kane, H. S., Chiu, I. F., Simpson, S. G., MacKinnon, D. F., McInnis, M. G., McMahon, F. J., & DePaulo, J. R. (2000). Attempted suicide and alcoholism in bipolar disorder: clinical and familial relationships. *Am J Psychiatry*, *157*, 1048-1050.
- Potvin, S., Sepehry, A. A., & Stip., E. (2007). Meta-analysis of depressive symptoms in dual – diagnosis schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry*, *41* (10), 792-9.
- Potvin, S., Blanchet, P., & Stip, E. (2009). Substance abuse is associated with increased extrapyramidal symptoms in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophr Res*, *113*, (2-3) 181-188.
- Poulin, C., Hand, D., Bourdreau, B., & Santor, D. (2005). Gender differences in the association between Substance use and elevated depressive symptoms in a general adolescent population. *Addiction*, *100*, 525-535.

- Preuss, U. W., Johann, M., Fehr, C., Koller, G., Wodarz, N., Hesselbrock, V., Wong, W. M., & Soyka, M. (2009). Personality disorders in alcohol-dependent individuals: relationship with alcohol dependence severity. *Eur Addict Res*, *15*, 188–195.
- Pulver, A. E., Wolyniec, P. S., Wagner, M. G., Moorman, C. C., & McGrath, J. A. (1989). An epidemiologic investigation of alcohol-dependent schizophrenics. *Acta Psychiatrica Scandinavica* *79*, 603–612.
- Quiroga, M. (2000). Cannabis: Efectos nocivos sobre la salud física. Monografía Cannabis. *Adicciones*, *12* (2), 117-134.
- Quitkin, F. M., Rifkin, A., Kaplan, J., & Klein, D. F. (1972). Phobic anxiety syndrome complicated by drug dependence and addiction. A treatable form of drug abuse. *Archives of General Psychiatry* *27* (2), 159–162.
- Rae, A. M., Joyce, P. R., Luty, S. E., & Mulder, R. T. (2002). The effect of a history of alcohol dependence in adult major depression. *Journal of Affective Disorders*, *70*, 281-290.
- Raphael, B., Wooding, S., Stevens, G., & Connor, J. (2005). Comorbidity: cannabis and complexity. *J Psychiatr Pract*, *11* (3), 161-176.
- Raucher-Chéné, D., Gierski, F., Hübsch, B., Cuervo-Lombard, C.V., Bera-Potelle, C., Cohen, R., Kahn, J. P., Kaladjian, A., & Limosin, F. (2012). Depression, anxiety and personality dimensions in female first-degree relatives of alcohol-dependent probands. *Arch Womens Ment Health*, *15*, 229-232.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, *264* (19), 2511-2518.

- Reno, R. M. (2004). Personality characterizations of a out patients with schizophrenia, schizophrenia with substance abuse, and primary substance abuse. *The Journal of nervous and Mental Disease, 192*, 672-681.
- Rey, J. M., Martín, A., & Krabman, P. (2004). Is the Party Over? Cannabis and Juvenile Psychiatric Disorder: The Past 10 Years. *Journal of the Americam Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43* (10), 1194-205.
- Richtand, N. M., Woods, S. C., Berger, S. P., & Strakowski, S.M. (2001). D3 dopamine receptor, behavioral sensitization, and psychosis. *Neurosci Biobehav Rev, 25*, 427-443.
- Riley, H., & Schutte, N. S. (2003). Low emotional intelligence as a predictor of substance-use problems. *Journal of Drug Education, 33*, 391-398.
- Ripoll, C., de Álvaro, R. y Knecht, C. (2008). Depresión y cocaína. En: G. Haro, J. Bobes, M. Casas, J. Didia y G. Rubio (eds). *Tratado de Patología Dual. Integrando la Salud Mental* (pp 381-396). Barcelona: Ars Médica.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Groughan, J. L., & Ratcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics and validity. *Arch Gen Psychiatry, 38*, 381-9.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Weissman, M. M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J.D., & Reige, D.A. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry, 41*, 949-958.
- Robins, L. N., Cottler, L. B., Bucholz, K. K., Comptom, W. M., North, C. S., & Rourke, K. M. (2000). *Diagnostic Interview Schedule for the DSM-IV (DIS-IV)*. Recuperado de <http://epi.wustl.edu/DIS/DIShome.HTM>.
- Rodríguez-Jiménez, R., Martínez-Gras,I., Ponce, G., Jiménez-Arreiro, M.A. y Palomo, T. (2007). Esquizofrenia y Cannabis. En: *Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis* ,(pp 37-64). Ed: SEIC.

- Rodríguez-Jiménez, R., Aragües, M., Jiménez-Arreiro, M.A., Ponce, G., Muñoz, A., Bagney, A., Hoenicka, J., & Palomo, T. (2008). Dual diagnosis in psychiatric inpatients: Prevalence and general characteristics. *Invest Clin*, 49, 195-205.
- Rodríguez-Jiménez, R., Bagney, A., Peñas, J.M., Gómez, N. y Aragües, M. (2010). Modelos etiopatogénicos de la patología dual. En: G. Haro, J. Bobes, M. Casas, J. Didia, y G. Rubio. *Tratado sobre Patología Dual. Reintegrando la Salud Mental* (pp 187-206). Barcelona: RMA. Ediciones. S.L.
- Rodríguez-Martos, A., Navarro, R., Vecino, C. y Pérez, R. (1986). Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol*, 11, 132-9.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, applications, and theory*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Rojas M. y Espinoza, L. (2002). Patrones de personalidad en consumidores de sustancias psicoactivas (SPA). *Psicoactiva*, 20, 3-20.
- Roncero, J., Ramos, J. A, Collazos, F. y Casas, M (2001). Complicaciones psicóticas del consumo de cocaína. *Adicciones*, 13 (2), 179-189.
- Roncero, C., Collazos, F., Valero, S. y Casas, M. (2007). Cannabis Consumption and Development of Psychosis: State of the Art. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 (3), 182-9.
- Roncero, C., Daigre, C., Gonzalvo, B., Valero, S., Castells, X., Grau-López, L., Eiroa-Orosa, F.J. & Casas, M. (2013). Risk factors for cocaine-induced psychosis in cocaine-dependent patients. *European Psychiatry* 28, 141–146.
- Rozen, H. G., Wetering, B. J., & Franken, H.A. (2013). Does alcohol craving mediate the impulsivity-aggression relationship in recently detoxified alcohol-dependent patients? *Am J Drug Alcohol Abuse*, 39(1), 57-60.

- Ros, A. S., Valoria, A. y Nieto, J. (2004). Consumo de cocaína y otros estimulantes: su relación con el síndrome de hiperactividad infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, 346-352.
- Rose, M. R., Brown, B. S., & Haertzen, Ch. A. (1989). Comparison of the characteristics and functioning of cocaine treatment and cocaine research subjects. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 15, 251-260.
- Roseblum, A., Fallon, B., Magura, S., Handelsman, L., Foote, J., & Bernstein, D. (1999). The autonomy of mood disorders among cocaine-using methadone patients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 67-80.
- Rosenberg, S. D., Drake, R. E., Wolford, G. L., Mueser, K. T., Oxman, T. E., Vidaver, R. M., Carrieri, K. L, & Luckoor, R. (1998). Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument (DALI): a substance use disorder screen for people with severe mental illness. *Am J Psychiatry Feb*, 155 (2), 232-8.
- Rosenthal, L., & Epstein, S. (2000). *Rational and experiential thinking styles as related to receptivity to messages syntonic and dystonic with thinking style*. Unpublished manuscript, University of Massachusetts at Amherst.
- Rosón, B. (2008). Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Prevalencia y métodos de detección en la práctica clínica. *Galicia Clínica*. 69 (1), 29-44.
- Ross, H. E. (1995). DSM-III-R alcohol abuse and dependence and psychiatric comorbidity in Ontario: results from the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 39, 111-125.
- Ross, L. S. (1995). Differentiating vulnerable and resilient offspring of alcoholics: Parent factors, emotional support, and personality factors. *ProQuest Information & Learning*, AAM9511998.

- Rounsaville, B. J., Foley, S., Carroll, K., Budde, D., Prusoff, B.A., & Gawin, F. (1991). Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 48,43-51.
- Rousanville, B., & Carroll, K. (1991). Psychiatric disorders in treatment-entering cocaine abusers. *NIDA-Research Monographs*, 110, 227-251.
- Rubio, G., Bermejo, J., Cabellero, M.C. y Santo Domingo, J. (1998). Validación de la prueba para la identificación de los trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Rev Clin Esp*, 198, 11-4.
- Ruíz Aranda, D., Fernández –Berrocal, P., Cabello R. y Extremera, N. (2006). Inteligencia emocional percibida y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Ansiedad y Estrés*, 12 (2-3), 223-230.
- Ruiz-Aranda, D., Cabello, R., Salguero, J.M., Castillo, R., González, V. (2009). Inteligencia emocional y consumo de cocaína en adolescentes. En: P. Fernández-Berrocal, N. Extremera, R. Palomera, D Ruiz-Aranda, J. M. Salguero, y R. Cabello, R. (eds.). *Avances en el estudio de la inteligencia emocional* (pp 367-371). Santander: Fundación Marcelino Botín.
- Ruiz, M. A., Pincus, A. L., & Dickinson, K. A. (2003). NEO PI-R predictors of alcohol use and alcohol-related problems. *Journal of Personality Assessment*, 81 (3), 226-36.
- Russell, M. T. & Karol, D. L. (1995): *16PF-5. Manual*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Saint-Lèbes, J., Rodgers, R., Birmes, P., & Schimitt, L. (2012). Personality differences between drug injectors and non-injectors among substance-dependent patients in substitution treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38, 135-139.
- Salovey, P., & Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.

- San Molina, L. coordinador (2004). *Consenso de la SEP sobre patología dual*. Barcelona, Ars Médica.
- Sánchez-Herbas, E. y Berjano-Peirats, E. (1996). Características de personalidad en sujetos drogodependientes. *Psicothema*, 8, 3, 457-463.
- Sánchez- Hervás E., Gradili, V. y Morales, V. (2001). Evaluación psicopatológica en dependientes al alcohol, heroína y cocaína mediante el Brief Symptom Inventory. *Adicciones*, 1, 61-66.
- Sánchez, E., Tomas, V. y Morales, V. (2000). Gravedad en la psicopatología en los usuarios de drogas. *Psiquiatría Biológica*, 3, 95-99.
- Sánchez-Peña, J. F., Álvarez-Cotoli, P., & Rodríguez-Solano, J. J. (2012). Psychiatric disorders associated with alcoholism: 2 year follow-up of treatment. *Actas Esp Psiquiatr*, 40 (3), 129-35.
- Sander, W., & Jux, M. (2006). Psychological distress in alcohol-dependent patients. Evaluating inpatient treatment with the symptom checklist (SCL-90-R). *Eur Addict Res*, 12, 61-6.
- San-Molina, L. (2003). *Consenso SEP sobre patología dual*. Barcelona: Ars Médica.
- Santo-Domingo, J. y Rubio G. (2000). Trastornos psiquiátricos y alcoholismo. En: G. Rubio, J. Santo-Domingo (eds). *Guía Práctica de Intervención en el Alcoholismo* (pp 143-61). Madrid: Agencia Antidroga. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- Sanz, J. y Larrazabal, A. (2002). *Comorbilidad de dependencia de cocaína y Trastornos de la personalidad. Implicaciones clínicas y pronósticas*. En: III Congreso Virtual de Psiquiatría. Itepsiquis.
- Sartor, C. E., Lynskey, M. T., Heath, A. C., Jacob, T., & True, W. (2007). The role of childhood risk factors in initiation of alcohol use and progression to alcohol dependence. *Addiction*, 102, 216–25.

- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R., & Grant, M.T.I. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, 88, 791-804.
- Savage, P. P. E., & Marchington, T. D. (1977). Common personality characteristics of male drug abusers in New Zealand. *Br. J Addict* 72, 349-356.
- Scheller-Gilkey, G., Moynes, K., Cooper, I., Kant, C., & Miller, A .H. (2004). Early life stress and PTSD symptoms in patients with comorbid schizophrenia and substance use. *Schizophrenia Research*, 48, 109-123.
- Schiffman, J., Nakamura, B., Earleywine, M., & LaBrie, J.(2005). Symptoms of schizotypy precede cannabis use. *Psychiatry Res*, 134 (1), 37-42.
- Schneider, U., Altman, A., Baumann, M., Bernzen, J., Bertz, B., Bimber, U.,...Wittfoot, J. (2001). Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: The first multicentre study in Germany. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 219-23.
- Schuckit, M. A., Klein, J., Twitchell, G., & Smith, T (1995). Personality test scores as predictors of alcoholism almost a decade later. *Am J Psychiatry*, 151, 1038-42.
- Schuckit, M. A., Tipp, J. E. Bulcholz, K. K., Nurenberger, J. L., & Hesselbrock, V. M. (1997). The life-time rates of three major mood disorders and four major anxiety disorders in alcoholics and controls. *Addiction*, 92 (10), 1289-304.
- Schuckit, M. A., Tipp, J.E., Bergman, M., Reich, W., Hesselbrock, V.M., & Smith, T.L. (1997). Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2945 alcoholics. *Am J psychiatry*, 154, 948-957.
- Schuckit, M. A. (2009). An overview of genetic influences in alcoholism. *J Subst Abuse Treat*, 36, 5-14.

- Schuckit, M. A., Smith, T. L., Heron, J., Hickman, M., Macleod, J., Lewis, G., Davis, J. M., Hibbeln, J. R., Brown, S., Zuccolo, L., Miller, L. L., & Davey-Smith, G. (2011). Testing a level of response to alcohol-based model of heavy drinking and alcohol problems in 1,905 17-years-olds. *Alcohol Clin Exp Res*, *35*, 1897-279.
- Schuckit, M., Smith, L., & Kalmijn, J. A. (2014). The Patterns of Drug and Alcohol Use and Associated Problems Over 30 Years in 397 Men. *Alcohol Clin Exp Res*, *38* (1), 227-234.
- Sclafani, V., Finn, P., & Fein, G. (2007). Psychiatric comorbidity in long-term abstinent alcoholic individuals. *Alcohol Clin Exp Res*, *31*, 795-803.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Álvarez, H., Río, A., Fernández-Hermida, J. L. y Carballo, J. L. (2007). El programa de reforzamiento comunitario más terapia de incentivo para el tratamiento para la adicción a la cocaína. *Adicciones*, *19*, 51-57.
- Semple, D. M., McIntosh, A. M., & Lawrie, S. M. (2005). Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. *J Psycho pharmacology*, *19*, 187-194.
- Shedler, J., & Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health: a longitudinal inquiry. *Am Psychol*, *45* (5), 612-630.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E. ... Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, *59*, 20, 22-33.
- Sher, K. J., & Trull, T. J. (2002). Substance use disorder and personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*, *4*, 25-9.
- Sher, L., Oquendo, M. A., Galfalvy, H. C., Grunebaum, M. F., Burke, A. K., & Zalsman, G. (2005). The relationship of aggression to suicidal behavior in depressed patients with a history of alcoholism. *Addict Behav*, *30*, 1144-1153.

- Shoal, G., & Giancola, P. (2001). Cognition, Negative Affectivity and Substance Use in Adolescents Boys with and without a Family History of a Substance Use Disorders. *J Stud Alcohol*, *62*, 675-686.
- Shoal, G., Giancola, P., & Mezzich, A. (2001). Constructive Thinking, Executive Functioning, Antisocial Behavior, and Drug Use Involvement in Adolescent Females With a Substance Use Disorder. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *9* (2), 215-227.
- Shoal, G., & Giancola, P. (2005). The Relation Between Social Problems and Substance Use in Adolescents Boys. And Investigations of Potential Moderators. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *13*(4), 357-366.
- Skinner, H. A. (1982). The drug abuse screening test. *Addict Behav*, *7*(4),363-71.
- Skinner, H. A. (1984). *Alcohol Use Questionnaire (ADS)*. Toronto: Addiction Research Foundation. Recuperado de <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index3583EN.html>.
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., & Gallagher, P. E. (1999). Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *Am J Psychiatry*, *156*, 733-38.
- Skosnik, P. D., Krishnan, G. P., Aydt, E. E., Kuhlensmidt, H. A., & O' Donnell, B. F. (2006). Psychophysiological evidence of altered neural synchronization in cannabis use: relationship to schizotypy. *Am J Psychiatry*, *163*, 1798-1805.
- Slutske, W. S., Heath, A. C.,Madden, P. A., Bucholz, K. K., Statham, D. J., & Martin, N. G. (2002). Personality and the genetic risk for alcohol dependence. *J. Abnorm Psychol*, *111*, 124-133.
- Smit, F., Bolier, L., & Cujipers, P. (2004). Cannabis use and the risk of later schizophrenia: A review. *Addiction*, *99* (4), 425-30.

- Smith, G. W., Farrell, M., Bunting, B. P., Houston, J.E., & Shevlin, M. (2011). Patterns of polydrug use in Great Britain: findings from a national household population survey. *Drug Alcohol Depend*, 113 (2-3), 222-228.
- Solomon, J. (1996). Tratamiento de los problemas de los pacientes agudos en el paciente con diagnóstico dual. Uso de sustancias y psiquiatría. En: J. Solomon, S. Zimberg & E. Shollar (Eds.), *Diagnóstico dual* (pp 41-56). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Solowij, N., Stephens, R. S., Roffman, R. A., Babor, T., Kadden, R., Miller, M., Christiansen, K., McRee, B. & Vendetti, J. (2002). Marijuana Treatment Project Research Group. Cognitive functioning of long-term heavy Cannabis users seeking treatment. *JAMA*, 287, 1123-1131.
- Sonne, S.C., & Brady, K. T. (1998). Diagnosis of personality disorders in cocaine-dependent individuals. *American Journals on Addictions*, 7, 1-6.
- Spalletta, G., Bria, P., & Caltagirone, C. (2007). Differences in temperament, character and psychopathology among subjects with different patterns of cannabis use. *Psychopathology*, 40, 29-34.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (1986). *Structured clinical interview for DSM-III-R Personality disorders. (SCID-II; rev.5/1/86)*. New York :State Psychiatric Press.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., Michael B., & First, M. B. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R: SCID-P - Patient Edition*. American Psychiatric Press Inc.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy, F. V., Hahn, S. R., Brody, D., & Johnson, J. G. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*, 272, 1749-1756.

- Spotts, J. V. (1981). Drugs and Personality: Comparison of Drug Users, Nonusers, and Other Clinical Groups on the 16PF. *The International journal of the Addictions*, 26 (10), 1019-1054.
- Stefanis, N. C., Delespaul, P., Henquet, C., Bakoula, C., Stefanis, C. N., & Van Os, J. (2004). Early adolescent Cannabis exposure and positive and negative dimensions of psychosis. *Addiction*, 99 (10), 1333–1341.
- Stinson, F. S., Grant, B. F., Dawson, D. A., Ruan, W.J., Huang, B., & Shaha, T. (2005). Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend*, 80, 105-6.
- Stinson, F. S., Ruan, W. J., Pickering, R., & Grant, B. F. (2006). Cannabis use disorders in the USA: prevalence, correlates and co-morbidity. *Psychol Med*, 36, 1447-60.
- Strakowski, S. M., Tohen, M., Laum, M., & Amador, X. (1994). Substance abuse in psychotic disorders: associations with affective syndromes. DSM-IV Field Trial Work Group. *Schizophr Res*, 14 (1), 73-81.
- Sufuoglu, M., Brown, S., Babb, D.A., & Hutsukami, D.K. (2001). Depressive symptoms modulate the subjective and physiological response to cocaine in humans. *Drug Alcohol Depend*, 63, 131-137.
- Suh, J., Roffins, S., Robins, C., & Khantzian, E. (2008). Self-Medication Hypothesis. *Psychanalytic Psychology*, 25 (3), 518-532.
- Sullivan, M. A., & Levin, F. R. (2001). Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance-abuse. Diagnostic and therapeutic considerations. *Ann NY Acad Sci*, 134, 251-270.
- Swann, A. C., Dougherty, D. M., Pazzaglia, P. J., Pham, M., & Moeller, F. G. (2004). Impulsivity: A link between bipolar disorder and substance abuse. *Bipolar Disorders*, 6, 204-212.

- Swendsen, J., & Merinkangas, K. (2000). The comorbidity of depression and substance use disorders. *Clinical Psychology Review, 20*, 173-189.
- Swift, W., Coffey, C., Carlin, J. B., Degenhardt, L. & Patton, G. C. (2008). Adolescent cannabis users at 24 years: trajectories to regular weekly use and dependence in young adulthood. *Addiction, 103* (8), 1361-70.
- Szerman, N., Arias, F., Vega, P., Babin, F., Mesias, B., Basurte, I., ...Poyo, F. (2011). Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones, 23*, 249-256.
- Teesson, M., Hall, W., Slade, T., Mills, K., Grove, R., Mewton, L., Baillie, A., & Haber, P. (2010). Prevalence and correlates of DSM-IV alcohol abuse and dependence in Australia: findings of the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Addiction 105*, 2085–2094.
- Temple, C., Driver, M., & Brown, R. (2014). Cannabis use and anxiety: is stress the missing piece of the puzzle? *Frontiers, in Psychiatry*, 51-13.
- Terraciano A, Löckenhoff, C. E, Crum, R.M., Bienvenu, O. J., & Costa, P. T. Jr. (2008). Five-factor model personality profiles of drugusers. *BMC Psychiatry, 8*, 22.
- The ESEMeD/MHEDEA 2000, investigators (2004). Sample and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Acta Psychiatr Scand*, 109, 8-20.
- The ESEMeD-MHEDEA investigators (2002). The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res, 11*, 55-67.
- The Lancet. (2007). Rehashing the evidence on psychosis and cannabis. *Lancet, 28*, 370 (9584), 292.

- Thevos, A., Johnston, A.L., Lathain, P. K., Randall, U., Adihoff, K., & Malcolm, R. (1991). Symptoms of anxiety in inpatient alcoholics with and without DSM III R anxiety diagnosis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 15, 102-105.
- Thomasius, R., Sack, P. M., & Petersen, K. U. (2010). DSM-IV Axis-I comorbidity among illicit drug users seeking treatment for substance use disorders: results from the Multi-centre Study of Psychiatric Comorbidity in Drug Addicts (MUPCDA). *Ment Health Subst Use*, 3, 182-92.
- Tomasson K., & Vaglum P. (1995). A nationwide representative sample of treatment-seeking alcoholics: A study of psychiatric comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 378-85.
- Torrens, M., Mestre, J. y Díez, L. (2010). Instrumentos diagnósticos en patología Dual. En: G. Haro, J. Bobes, M. Casas, J. Didia, y G. Rubio (Eds). *Tratado sobre patología dual. Reintegrando la Salud Mental* (pp 655-670). Barcelona: Mra Médica S.L.
- Torrens, M., Rossi, P. C., Martínez-Riera, R., Martínez-Sanvisens, D. y Bulbena, A. (2012). Psychiatric co-morbidity and substance use disorders: treatment in parallel systems or in one integrated system? *Subst Use Misus*, 47, 1005-1014.
- Torrens, M., Serrano, D., Astals, M., Pérez-Dominguez, G., & Martín- Santos, R. (2004). Diagnosing psychiatric comorbidity in substance abusers. Validity of the Spanish versions of Psychiatric Research interview for substance and Mental Disorders (PRISM-IV) and the Structured Clinical interview for DSM-IV (SCID-IV). *Am J Psychiatry*, 161, 1231-1237.
- Trinidad, D. R., & Johnson, C. A. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, 32, 95-105.

- Trosiri, A., Pasini, A., Saracco, M., & Spalleta, G. (1998). Psychiatric symptoms in male cannabis users not using other illicit drugs. *Addiction*, *4*, 487-92.
- Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-Brown, C., Durbin, J., & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorder: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, *20*, 235-53.
- Tsuang, M. T., Simpson, J. C., & Kronfol, Z. (1982). Subtypes of drug abuse with psychosis. *Archives of General Psychiatry*, *39*, 141-147.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2009). UNODC .*World Drug Report*. Recuperado de <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2009.html>.
- Urban, S., Suter, M., Pihet, S., Straccia, C., & Stephan, P. (2015). Constructive Thinking Skills and Impulsivity Dimensions in Conduct and Substance Use Disorders: Differences and Relationships in an Adolescents' Sample. *Psychiatr Q*, *86*, 207-218.
- Uslaner, J., Kalechtein, A., Richter, T., Ling, W., & Newton, T. (1999). Association of depressive symptoms during abstinence with the subjective high produced by cocaine. *Am J Psychiatry*, *156*, 1444-1446.
- Van de Bosch, L. M. C., Verheul, R., & Van den Brink, W. (2001). Substance abuse in borderline personality disorder: clinical and etiological correlates. *Journal of Personality Disorders*, *15* (5), 416-24.
- Vander Pol, P., Liebrechts, N., deGraaf, R., ten Have, M., Korf, D. J., van den Brink, W., & van Laar, M. (2013). Mental health differences between frequent cannabis users with and without dependence and the general population. *Addiction*, *108*, 11459-69.
- Vardy, M. M., & Kay, R. S. (1983). LSD psychosis or LSD-induced schizophrenia? A multimethod inquiry. *Archives of General Psychiatry*, *40*, 877-883.

- Vaszari, J. M., Bradford, S., O'Leary, C., Abdallah, A., & Cottler, L. B. (2011). Risk factors for suicidal ideation in a population of community-recruited female cocaine users. *Comprehensive Psychiatry* 52, 238–246.
- Vaz-Leal, F. J. y Bejar-Trancón, A. (2004). Trastorno Narcisista de la personalidad. En: M. Roca Bennasar, coordinador. *Trastornos de la personalidad* (pp 557-76). Barcelona: Ars Médica.
- Verheul, R., Kranzler, H. R., Poling, J., Tennen, H., Ball, S. A., & Rounsaville, B. J. (2000). Axis I and Axis II disorders in substance abusers: fact or artifact? *J Stud Alcohol*, 61, 101-10.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16, 274-282.
- Villafuerte, S., Heitzeg M. M., Foley, S., Wendy, Yau, W. Y., Majczenko, K., Zubieta, J. K., Zucker, R. A., & Burmeister, M. (2012). Impulsiveness and insula activation during reward anticipation are associated with genetic variants in GABRA2 in a family sample enriched for alcoholism. *Molecular Psychiatry* 17, 511–519.
- Volkow, N. D. (2007). *Addiction and Co-occurring mental disorders*. Director`s perspective. NIDA Notes, 21, 2.
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Hofler, M., Sonntag, H., & Wittchen, H.U. (2001). The natural course of Cannabis use, abuse and dependence over four years: a longitudinal community study of adolescents and young adults. *Drug Alcohol Depend*, 64, 347-361.
- Vyssocki, B., Blüml, V., A. Gleiss, A., Friedrich, F., Kogoj, D., Walter, H., Zeiler, J., Höfer, P., Lesch, O. M., & Erfurth, A. (2011). The impact of temperament in the course of alcohol dependence. *Journal of Affective Disorders*, 135, 177-183.
- Wagner, F. A., & Anthony, J. C. (2002). From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol. *Neuropsychopharmacology*, 26, 479–488.

- Wagner, T., Krampe, H., Stawicki, S., Reinhold, J., Jahn, H., Mahlke, K., ... Ehrenreich, H. (2004). Substantial decrease of psychiatric comorbidity in chronic alcoholics upon integrated outpatient treatment - results of a prospective study. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 619-635.
- Waisberg, J. L. (1990). Patient characteristics and outcome of inpatient treatment for alcoholism. *Adv Alcohol Subst Use*, 8, 9-32.
- Walter, M., Gunderson, J.G., Zanarini, M. C., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., & Slodol, A. E. (2009). New onsets of substance use disorders in borderline personality disorder over 7 years of follow-ups: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Addiction*, 104, 97-103.
- Weaver, T., Madden, P., Charles, V., Stimson, G., Renton, A., Tyrer, P., ...Ford, C. (2003). Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *Br J Psychiatr*, 183, 304-13.
- Weiss, R.D., Mirin, S.M., Griffin M.L, & Michael, J.L. (1988).Psychopathology in cocaine abusers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 719-725.
- Weiss, R. D., Mirin, S. T., Griffin, M. L., Gunderson, J. G., & Hufford, C.(1993). Personality disorders in cocaine dependence. *Comprehensive Psychiatry*, 34,145-149.
- Weiss, R. D., Najavits, L. M.,& Mirin, S.M. (1998). Substance abuse and psychiatric disorders. En: R.J. Frances, & S.I. Miller (Eds.), *Clinical textbook of addictive behaviours*^{2nd} ed.,(291-318), Nueva York: Guildford Press.
- Westermeyer, J., & Tuhras, P. (2005). Association of antisocial personality disorders and substance disorder morbidity in a clinical sample. *Am J Drug Abuse*, 31, 93-110.
- Wilcox, H. C., Conner, K. R., & Caine, E. D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *DrugAlcohol Depend*, 76, S11-S19.

- Wilens, T. E., Spencer, T. J., & Biederman, J. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder with substance use disorders. En T.E. Brown (ed) *Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults* (pp 319-339). Washington, D.C: American Psychiatric Press.
- Wills, T. A., & Filer, M. (1996). Stress-coping model of adolescent substance use. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology*, 18, 91-132. New York: Plenum.
- Wittchen, H. U., Fröhlich, C., Behrendt, S., Günther, A., Rehman, J., Zimmermann, P., Lieb, R., & Perkonig, A. (2007). Cannabis use and cannabis use disorders and their relationship to mental disorders: A 10-year prospective-longitudinal community study in adolescents. *Drug Alc Depend*, 88, 60-70.
- World Health Organization. (1992). *Schedules for Clinical assessment in Neuropsychiatry*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2014). *Global status report on alcohol and health*. Genóva: OMS.
- Yip, S.W., Doherty, J., Wakeley, J., Saunders, K., Tzagarakis, C., de Wit, H., Goodwin, G. M., & Rogers, R. D. (2012). Reduced subjective response to acute alcohol administration among young men with a broad bipolar phenotype. *Neuropsychopharmacology*, 37, 1808-1815.
- Yücel, M., Solowij, N., Respondek, C., Whittle, S., Fornito, A., Pantelis, C., & Lubman, D. I. (2008). Regional brain abnormalities associated with long-term heavy Cannabis use. *Arch Gen Psychiatry*, 65 (6), 694- 701.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1733– 1739.

- Zhornitsky, S., Rizkallah, E., Pampoulova, T., Chiasson, J. P., Lipp, O., Stip, E., & Potvin, S. (2012). Sensation-seeking, social anhedonia, and impulsivity in substance use disorder patients with and without schizophrenia and in non-abusing schizophrenia patients. *Psychiatry Research, 198*, 1-5.
- Zikos, E., Gill, K. J., & Charney, D. A. (2010). Personality disorders among alcoholic outpatients: prevalence and course in treatment. *Can J Psychiatry, 55*, 65–73.
- Zilberman, M. L., Tavares, H., Blume, S.B., & Guebaly N. (2003). Substance use disorders: sex differences and psychiatric comorbidities. *Can J Psychiatry, 48*, 5-13.
- Zimberg, S. (1980). A Dual Diagnosis Typology to Improve Diagnosis and Treatment of Dual Disorder Patients. *J Psychoact Drugs, 31*, 47-51.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: A New view of schizophrenia. *Journal of abnormal Psychology, 86*, 103-126.
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation Seeking: Beyond the Optimal Level of Arousal*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Zuckerman M. (1994). *Behavioral Expression and Biosocial Bases of Sensation Seeking*. New York: Cambridge University Press.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Porcentaje según edad y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias.....	167
Tabla 2. Porcentaje según estado civil y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias....	167
Tabla 3. Porcentaje según existencia de hijos y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias.....	168
Tabla 4. Porcentaje según tipo de convivencia y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias.....	168
Tabla 5. Porcentaje según nivel socioeconómico y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias.....	169
Tabla 6. Porcentaje según nivel educativo y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias	169
Tabla 7. Porcentaje según situación laboral y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias.....	170
Tabla 8. Porcentaje según antecedentes familiares y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias.....	170
Tabla 9. Porcentaje según antecedentes Ambulatoria especializada y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias.....	171
Tabla 10. Porcentaje según antecedentes Hospitalización psiquiátrica y sexo por muestra PD y grupos de sustancias.....	171
Tabla 11. Porcentaje según antecedentes Comunidad terapéutica y sexo por muestra PD y grupos de sustancias.....	172
Tabla 12. Porcentaje según antecedentes Centro de día y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias.....	172
Tabla 13. Porcentaje según antecedentes Especializada privada especializada y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias.....	172
Tabla 14. Porcentaje según tipo tratamiento y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias.....	173
Tabla 15. Porcentaje según diagnóstico psiquiátrico asociado y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias.....	173
Tabla 16. Porcentajes diagnóstico psiquiátrico asociado (CIE-10) de la muestra PD y grupos de sustancias.....	174
Tabla 17. Trastorno dependencia de la muestra de PD.....	175
Tabla 18. Porcentaje según control abstinencia y sexo por muestra PD y en grupos de sustancias.....	175
Tabla 19. Porcentaje según edad de inicio consumo y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias.....	176
Tabla 20. Vía de administración de la sustancia.....	176
Tabla 21. Porcentaje según frecuencia de consumo y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias.....	177
Tabla 22. Porcentaje según máxima abstinencia y sexo en muestra PD y en grupos de sustancias.....	177
Tabla 23. Porcentajes significativos en 16PF-5 en muestra PD.....	188
Tabla 24. Porcentajes significativos en 16PF-5 según sustancia y sexo.....	189
Tabla 25. Porcentajes significativos en MCMI-III en muestra PD.....	198
Tabla 26. Porcentajes significativos en MCMI-III según sustancia y sexo.....	199
Tabla 27. Porcentajes significativos en CTI en muestra PD.....	205
Tabla 28. Porcentajes significativos en CTI según sustancia y sexo.....	206
Tabla 29. Porcentajes significativos en SCL-90-R en muestra PD.....	211
Tabla 30. Porcentajes significativos en SCL-90-R según sustancia y sexo.....	211

ANEXOS

ANEXO I: Cuestionario Sociodemográfico

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

SEXO.....EDAD.....

ESTADO CIVIL

Nº DE HIJOS.....

Nº DE MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR

NIVEL EDUCATIVO

- Analfabeto
- Sin estudios
- Primarios
- Secundarios
- Superiores

SITUACIÓN LABORAL

- Autónomo
- Estudiante
- Trabajo eventual
- Trabajo indefinido
- Desempleado
- Pensionista por invalidez
- Pensionista por jubilación
- Pensionista con otro empleo
- Estudiante
- Labores domésticas
- Incapacidad transitoria
- Incapacidad Permanente.
- Baja laboral
- Otros

NIVEL SOCIOECONÓMICO

- Medio Alto
- Alto
- Medio
- Medio bajo
- Bajo

INGRESOS PROPIOS

- Si
- No

TIPO DE CONVIVENCIA

- Solo
- Familia Propia
- Familia de Origen
- Solo con hijos
- Con otros familiares o amigos
- Familia Monoparental
- Acogimiento Familiar
- Adoptivo
- En Institución y/o Pisos protegidos
- Otros

ACTUALMENTE PROBLEMAS JUDICIALES

- Si
- No

ANTECEDENTES JUDICIALES

- Si
- No

SITUACIÓN LEGAL

- Responsable ante la ley
- Incapacidad con Tutela
- Incapacidad en Trámite

POBLACIÓN

- Rural
- Urbana

APOYO PERCIBIDO Y REAL ANTE SU PROBLEMA

- Familiar
- Social

INDICADORES CLÍNICOS Y DE CONSUMO

ANTECEDENTES MÉDICOS

- Si
- No

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

- Sin Antecedentes
- Ambulatoria Especializada
- Hospitalización Especializada
- Comunidad Terapéutica
- Centro de Día para Toxicómanos
- Atención Especializada Privada

TIPO DE SUSTANCIA

- Alcohol
- Cocaína
- Hachís

EDAD DE INICIO DEL CONSUMO.....

VÍA DE ADMINISTRACIÓN

- Oral
- Intranasal
- Inhalada
- Fumada
- Parenteral

FRECUENCIA DEL CONSUMO

- Diario
- Días Alternos
- Fines de Semana
- Esporádicos

TIEMPO MÁXIMO DE DÍAS SIN CONSUMIR (ABSTINENCIA)

MEDIDAS DE CONTROL DE LA ABSTINENCIA

- Si
- No

ESTADO DE CAMBIO (PROCHASKA Y DICLEMENTE)

- Precontemplación
- Contemplación
- Preparación
- Acción
- Mantenimiento
- Recaída

DIAGNÓSTICO POR CONSUMO (CIE-10)

- F 10.x
- F12.x
- F14.x

TIPO DE TRATAMIENTO

- Psiquiátrico
- Psicológico
- Ambos
- Otros

Nº DE INGRESOS PSIQUIÁTRICOS

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL

- Antidepresivos
- Ansiolíticos
- Antipsicóticos
- Interdictotes Depot
- Otros

Anexo II: Consentimiento Informado

AUTORIZACIÓN Y COMPROMISO

Nombre:

con DNI:

y con domicilio en:

DECLARO

***Que me comprometo a realizar las tareas y actividades terapéuticas, siguiendo las indicaciones propuestas por el equipo.**

***Que con la firma de este documento autorizo a la Unidad Hospitalaria de Conductas Adictivas de la Fundación Santo y Real Hospital de Caridad a la utilización, tratamiento y comunicación de datos en los términos que recoge la Ley Orgánica 15/1999, 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD):**

***Que recibo en este momento copia del Reglamento de Régimen interno y normas de funcionamiento.**

Cartagena, a de de 2015

EL USUARIO

RESPONSABLE DEL CENTRO

FAMILIAR RESPONSABLE DEL PACIENTE

D/DÑA:

EL FAMILIAR.