

## Salud mental en personas con trastorno por consumo de sustancias: aspectos diferenciales entre hombres y mujeres

Asunción Santos-de Pascual<sup>1,2</sup>, Pedro Saura-Garre<sup>2</sup> y Concepción López-Soler<sup>2,3\*</sup>

<sup>1</sup> Proyecto Hombre Murcia (España)

<sup>2</sup> Universidad de Murcia (España)

<sup>3</sup> Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (España)

**Resumen:** El propósito de este estudio es presentar el perfil psicopatológico y las diferencias entre hombres y mujeres que inician tratamiento residencial para las adicciones.

La muestra se compuso de 142 pacientes (116 hombres y 26 mujeres), que cumplieron el EuropASI y MMCM-III.

Se analizan variables socio-demográficas, patrón de consumo y otras características, así como patrones, trastornos de personalidad y síndromes clínicos. El grupo de hombres presenta alta prevalencia en el patrón de personalidad antisocial (31%). Las mujeres, en el depresivo (23.1%), dependiente (26.9%) y antisocial (26.9%), solo en el dependiente las diferencias son estadísticamente significativas.

En los síndromes clínicos los hombres presentan prevalencia en dependencia de sustancias (86.2%), trastorno de ansiedad (60.3%) y dependencia de alcohol (45.7%), las mujeres en el trastorno de ansiedad (76.9%), dependencia de alcohol (69.2%), sustancias (53.8%) y distímico (46.2%). Aparecen diferencias significativas estadísticamente en el trastorno ansioso, distímico y dependencia de alcohol, donde las mujeres se muestran más afectadas.

En el síndrome clínico trastorno de pensamiento los hombres puntúan más alto y las mujeres más altas en depresión, en ambos casos las diferencias son estadísticamente significativas.

Se comentan las implicaciones que estos resultados tienen en la evaluación y mejora de los tratamientos.

**Palabras clave:** Patología dual; Trastornos de personalidad; Adicciones; Psicopatología; Género.

**Title:** Mental health in people with substance use disorder: differential aspects between men and women.

**Abstract:** The aim of this study is to present the psychopathological profile and differences between men and women who begin additional residential treatment for addiction.

The sample included 142 patients (116 men and 26 women). We analysed socio-demographic variables, substance use pattern as well as personality disorders and clinical syndromes using EuropASI and MCMI-III as evaluating instruments.

The male group showed a high prevalence of antisocial personality disorder (31%). However, women did so in depressive (23.1%), dependent (26.9%) and antisocial (26.9%) patterns, finding statistically significant differences only for dependent disorder.

For clinical syndromes, men showed relevant prevalence substance dependence was analysed (86.2%), anxiety disorder (60.3%) alcohol dependence (45.7%), while the women's group showed prevalence for anxiety disorder (76.9%), alcohol dependence (69.2%), substances (53.8%) and dysthymic (46.2%). We found statistically significant differences in anxiety disorder, dysthymic and alcohol dependence where women appeared more affected.

Men showed higher scores for thought disorder, and women for depression, both differences being statistically significant.

Results are discussed and their clinical implications analyzed.

**Keywords:** Dual diagnosis; Personality disorders; Addiction; Psychopathology; Gender.

### Introducción

La adicción es un problema multidimensional que afecta a todas las facetas de la vida de la persona que la desarrolla (López Duran et al., 2008; Carrol y Rounsaville, 2002), lo que implica que los sujetos con un abuso de sustancias conformen uno de los grupos que ofrece una mayor dificultad en el manejo clínico (Pedrero, 2003). Un factor que permite explicar parte de esta dificultad, es la existencia de la alta comorbilidad psicopatológica. Atender a las características personales en esta área, de cada individuo, es de gran importancia para el abordaje del tratamiento de la adicción y la mejora de la eficacia de los tratamientos, pues, tal como señala el National Institute on Drug Abuse (2010), "No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas... el tratamiento eficaz abarca las necesidades diversas de la persona, no solamente su problema de abuso de drogas".

Mejorar las tasas de éxito de los programas de intervención ha generado un claro interés por el estudio de las variables que limitan o mediatizan el alcance y la eficacia de di-

chos programas, siendo el Trastorno de Personalidad (TP), el diagnóstico comórbido más común en personas con problemas de adicción (Becona y Cortés, 2008). Parte de los problemas que acompañan al consumo de sustancias proceden de patrones disfuncionales de conducta que se mantienen en el tiempo con una elevada estabilidad y que determinan la persistencia de la conducta adictiva y el fracaso de las estrategias encaminadas a su control (Larson, Desai, y Kates, 2018; Pedrero, Puerta, Lagares y Sáez, 2003).

En este sentido han cobrado gran importancia los estudios que relacionan los perfiles de personalidad con las conductas adictivas y otros trastornos psicopatológicos que presentan estas personas (Coriale et al., 2019; Karpyak et al., 2019). Algunos estudios apuntan que su presencia repercute significativamente en el diagnóstico, en la intervención terapéutica y en definitiva, en el pronóstico de esta clase de pacientes. Martínez-González y Trujillo (2003) destacan algunas de las consecuencias de la presencia de trastornos de personalidad en sujetos drogodependientes si no se aborda el tratamiento de un modo adecuado: dificultad para alcanzar la abstinencia con frecuentes recaídas en el consumo, baja adherencia al tratamiento y abandono del mismo, consumos importantes de otras sustancias diferentes a la que motiva el tratamiento, uso abusivo y erróneo de los psicofármacos, y deterioro de la relación paciente-terapeuta, entre otras.

#### \* Correspondence address [Dirección para correspondencia]:

Concepción López Soler. Dept° de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Murcia, Campus de Espinardo. 30100 Espinardo, Murcia (España). E-mail: [clopezs@um.es](mailto:clopezs@um.es)  
(Artículo recibido: 16-10-2019; revisado: 18-02-2020; aceptado: 10-03-2020)

La relación entre trastornos de personalidad y consumo de sustancias es compleja, ya que se da una gran variabilidad respecto a las tasas de prevalencia, que depende tanto de la sustancia como de la metodología empleada (criterios, cuestionarios, puntos de corte...). Las dificultades para establecer las tasas de prevalencia se sustentan tanto en aspectos conceptuales como metodológicos, por ello, la prevalencia de trastornos de la personalidad en sujetos dependientes de la cocaína oscila entre el 36.7%, para una muestra de pacientes en tratamiento por dependencia a cocaína en España, (Lorea, Fernández-Montalvo, López-Goñi y Landa, 2008) y el 97%, para una muestra de veteranos de guerra estadounidenses (Calsyn y Saxon, 1990). Cuando en población normal la prevalencia de TP oscila entre el 10% y el 15% (Verheul, 2001).

Además, no debemos olvidar que las prevalencias de los trastornos de personalidad halladas en poblaciones de drogodependientes en tratamiento son cuestionables, debido a que en muchos casos la evaluación de dichos trastornos se realiza en los momentos iniciales de los tratamientos. De esta manera se solapan en muchos casos conductas derivadas de la propia adicción con las descriptivas de determinados trastornos de personalidad (Rodríguez y Salgado, 2018).

Skinstad y Swain (2001) y San-Molina (2004) concluyen que los trastornos de personalidad más frecuentes entre consumidores de sustancias son, en primer lugar, los trastornos que pertenecen al clúster B, concretamente el límite y el antisocial; en segundo lugar, los del clúster C, trastorno por evitación, pasivo-agresivo y obsesivo-compulsivo; y, en tercer lugar, el clúster A, destacando el esquizoide. Bravo De Medina, Echeburúa y Aizpiri (2007), encontraron en población de alcohólicos, como más prevalentes, los patrones de personalidad histriónico (63.6%), narcisista (67.4%) y antisocial (67.5%), los tres pertenecientes al clúster B. Resultados similares a los de población consumidora de cocaína en tratamiento donde López y Becona (2006) hallaban mayor prevalencia para el patrón pasivo-agresivo (33.3%), antisocial (22.5%) y narcisista (18.6%). En la misma línea que los hallados por Fernández-Montalvo López-Goñi y Landa, (2004) en pacientes adictos en una comunidad terapéutica, siendo el trastorno de mayor prevalencia el trastorno antisocial (42.9%), seguido del trastorno pasivo-agresivo (40.5%) y del trastorno narcisista de la personalidad (21.4%).

Aunque en los últimos años se han llevado a cabo varios estudios que han comenzado a explorar las diferencias de género en el tratamiento por dependencia de sustancias, los resultados distan mucho de ser concluyentes (Fernández-Montalvo, López-Goñi, Azanza, y Cacho, 2014). La escasez de investigaciones que atiendan a las diferencias de género, puede estar mediatizada por la dificultad existente de conseguir muestras suficientemente importantes de mujeres con problemas de consumo, que permita estudiar con un mínimo de representatividad, la incidencia y características de la drogodependencia en mujeres (Castillo, Llopis, Rebollida, Fernández y Orengo, 2003). En la literatura científica, encontramos que la mayoría de los estudios realizados analizan la población mixta con una proporcionalidad que no suele su-

perar el 20% de mujeres consumidoras. Por ejemplo, López-Goñi, Fernández-Montalvo, y Arteaga, (2012), obtenían un perfil de 80.5% de hombres, Roncero et al., (2016) un perfil en el que el 84% eran varones, y los datos de usuarios atendidos por la UNAD (2018) estiman solo un 25% de atenciones a mujeres (incluyendo servicios de asesoramiento a familias, empleo, específicos de mujeres...), mientras que Proyecto Hombre a nivel nacional cuenta con una proporción de mujeres atendidas del 16.6% (Asociación Proyecto Hombre, 2018). Ésta menor proporción de mujeres consumidoras que acuden a un centro de tratamiento puede estar explicada por existir una menor proporción de mujeres adictas, o por estar más estigmatizadas socialmente, lo que dificulta la búsqueda de asistencia terapéutica, sin que ambas posibilidades sean excluyentes (Fernández-Montalvo et al., 2014).

Una situación en la que la última estrategia nacional sobre adicciones coloca el foco de atención, planteando que la mujer puede sufrir doblemente este problema: por un lado es víctima de la violencia ejercida sobre ella por la pareja que consume de forma nociva, y por otro, padece ella misma problemas de consumo nocivo como consecuencia de esa violencia (Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, 2017).

Los estudios indican que en general las mujeres presentan más ansiedad y síntomas depresivos y también más problemas para adaptarse a la vida cotidiana que los hombres, iniciando el consumo de alcohol más tarde que ellos, teniendo significativamente más edad cuando el patrón de consumo se convierte en problemático. Además informan más problemas relacionados con la familia, la vida social y la salud mental y física, mientras que los hombres informan sobre una mayor criminalidad y por tanto problemas legales, además de problemas financieros (Ávila y González, 2007; Fernández-Montalvo et al., 2014; Storbjörk, 2011).

En cuanto a los trastornos de personalidad, Miquel, Roncero, López-Ortiz y Casas (2011) tras la revisión de 40 estudios publicados, que contenían información acerca de las diferencias de género en la prevalencia y características clínicas en pacientes duales, concluyeron que existía mayor prevalencia en hombres de trastornos psicóticos y bipolares, y en las mujeres mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y afectivos. Resultados similares a los de (Ávila y González, 2007), que encontraban que las mujeres tenían una mayor sintomatología ansiosa-depresiva y una mayor inadaptación a la vida cotidiana, siendo los patrones de personalidad más frecuentes el obsesivo-compulsivo, el dependiente y el histriónico.

Por tanto parece que hay un perfil claramente diferenciador en función del género. La mayor presencia de sintomatología ansiosa-depresiva y de trastornos de personalidad del clúster C (ansioso-temeroso) en la mujer.

El objetivo de este trabajo es conocer cuáles son las características sociodemográficas y psicopatológicas de usuarios que presentan un problema de adicción, así como las características específicas en hombres y mujeres con problemas de adicción.

## Método

### Diseño

Pretendemos realizar un estudio transversal no experimental descriptivo con dos grupos independientes en función del género.

El protocolo se ha diseñado siguiendo los principios expuestos en la Declaración de Helsinki y con la aceptación de la Fundación Solidaridad y Reinserción (Proyecto Hombre Murcia). El consentimiento escrito informado fue firmado por todos los participantes.

### Participantes

La muestra está formada por personas, que han solicitado voluntariamente el tratamiento para la adicción de la fundación Solidaridad y Reinserción en la modalidad de intervención residencial, desde enero de 2013 a diciembre de 2016. Éste es un programa para pacientes de toda la región con problemas de adicción.

Han participado 142 usuarios de los cuales el 81.69% ( $n = 116$ ) son hombres y un 18.31% ( $n = 26$ ) mujeres; con un rango de edad entre 18 y 62 años ( $M = 38.99$  años;  $DT = 9.203$ ), y mayoritariamente solteros (55.71%), el 20% casados y el 24.29% separados o viudos. El 67.18% no tiene estudios, mientras que un 8.4% posee estudios primarios, el 18.32% secundarios y un 6.11% universitarios.

La sustancia que motiva el inicio de tratamiento es principalmente la cocaína, con un 37.7% de usuarios que demandan tratamiento. La edad media del inicio al consumo se sitúa a los 20.41 años ( $DT = 8.094$ ). Son 14.11 años de media ( $DT = 8.943$ ) lo que se tarda en solicitar ayuda desde el inicio de su consumo.

### Instrumentos

Los instrumentos utilizados forman parte del protocolo de ingreso a tratamiento del centro clínico, por lo que no han sido seleccionados específicamente para este estudio.

El EuropASI (Kokkevi y Hartgers, 1995) es la versión europea del Addiction Severity Index (ASI), (McLellan, Luborsky, Woody, y O'Brien, 1980), utilizándose para este estudio la versión española de Bobes, González, Saiz, y Bousoño (1996). Se trata de una entrevista clínica semiestructurada heteroaplicada con un total de 159 ítems, muy empleada para la evaluación y diagnóstico de pacientes en el ingreso de programas de tratamiento. Explora seis áreas de especial relevancia para los problemas de adicción: salud física, empleo y recursos, consumo de alcohol y/o drogas, situación legal, historia familiar, relaciones familiares y sociales y salud mental. Además de diferentes ítems para cada una de estas áreas, el instrumento arroja un índice de gravedad para cada una de ellas. Las puntuaciones van desde 0 (no hay problema) a 9 (problema extremo). Considerando que a partir de 4 ya se considera que el tratamiento puede estar indicado.

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI III), (Millon, Davis y Millon, 2007), es un cuestionario clínico autoaplicado compuesto por 175 ítems de respuesta dicotómica (verdadero/falso). Es utilizado tanto en la práctica clínica como en investigación en el ámbito de las adicciones (Perea-Baena, Compán y Ortiz-Tallo, 2009; Pérez, Durán y del Río, 2012; Pedrero, 2003; López-Goñi, Fernández-Montalvo y Arteaga, 2015; Arteaga, Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2015; etc.). Además de cuatro índices modificadores (sinceridad, deseabilidad social, devaluación y validez), presenta 24 escalas divididas en cuatro bloques según el nivel de gravedad: once patrones clínicos de personalidad definidos en el Eje II del DSMIV-TR (American Psychiatric Association, 2000), tres patrones patológicos graves de la personalidad, siete síndromes clínicos de gravedad moderada y otros tres síndromes de gravedad severa.

### Procedimiento

Todas las personas son entrevistadas por profesionales de la psicología con experiencia en el campo de las adicciones, realizándose dicha evaluación en tres sesiones antes del comienzo del tratamiento. En la primera de ellas se recaban los datos relacionados con las condiciones sociodemográficas y el consumo de drogas a través del EuropASI, en la siguiente sesión se realiza el resto de cuestionarios del protocolo.

Los criterios de inclusión son: a) cumplir con los criterios para el diagnóstico de trastorno de dependencia de sustancias acuerdo al DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), b) tener entre 18 y 65 años, c) consumir cualquier sustancia, con o sin otras conductas adictivas asociadas, con grave deterioro en el funcionamiento personal, social, familiar y laboral, d) realizar tres sesiones de entrevista inicial y e) haber cumplimentado los cuestionarios.

### Análisis estadístico

Se han realizado análisis descriptivos para todas las variables calculando la distribución de frecuencias y porcentajes, además de los cálculos de medias y desviaciones típicas. Para comparar y determinar si las diferencias entre hombre y mujeres son estadísticamente significativas, se ha utilizado la Chi-Cuadrado de Pearson o el Test Exacto de Fisher en función de la distribución de prevalencias de las variables. Para variables continuas se han utilizado tanto pruebas paramétricas ( $t$  de Student) como no paramétricas ( $U$  Mann de Whitney), en función de si dichas variables se adecuaban o no a la distribución normal ( $K-S$  Kolmogórov-Smirnov). Considerándose diferencias estadísticamente significativas cuando  $p \leq .05$ . Para el cálculo del tamaño del efecto de las pruebas no paramétricas, calculamos  $r$  ( $r = Z/\sqrt{N}$ ) según el procedimiento descrito por Rosenthal (1991) para las pruebas no paramétricas, y  $G$  de Heghes para las pruebas  $t$  con grupos no equivalentes. Todos los datos estadísticos se han realizado a través del paquete estadístico SPSS v.18.0.

## Resultados

La media de edad de los hombres (tabla 1) que acceden a tratamiento (38.44 años /  $DT = 8.913$ ) es menor que la de las mujeres (41.46 años /  $DT = 10.222$ ) ( $t(26.06) = -2.11, p < .05$ ). Aunque el porcentaje de casados es igual tanto para hombres como para mujeres, el porcentaje de mujeres separadas o viudas es sensiblemente superior (40% de las mujeres frente al 20.87% de los hombres). No existen diferencias estadísticamente significativas entre el género y el nivel de estudios, pues la mayoría son usuarios sin estudios (67.18%).

En referencia a la sustancia que motiva el tratamiento, para los hombres es la cocaína (37.9%), y el alcohol (42.3%) para las mujeres. Por otro lado, la edad media de inicio al consumo de la sustancia que les lleva a solicitar ayuda en hombres se sitúa en 19.45 ( $DT = 6.943$ ), tardando una media 14,11 años ( $DT = 8.943$ ) en solicitar ayuda desde el inicio de su consumo. Para las mujeres, la edad de inicio de consumo es sensiblemente superior ( $M = 24.57$  años;  $DT = 11.139$  años), tardando en iniciar tratamiento una media de 11.39 años ( $DT = 8.349$ ), sin diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 1.** Comparación de variables sociodemográficas y de consumo.

	Total ( $n = 142$ )	Hombre ( $n = 116$ )	Mujeres ( $n = 26$ )	$t$ (gl)	$p$
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)		
Edad	38.99 (9.203)	38.44 (8.913)	41.46 (10.222)	-2.11 (26.06)	.045*
Tiempo de consumo	14.11 (8.943)	14.74 (8.998)	11.39 (8.349)	1.627 (121)	.106
Edad Inicio Consumo	20.41 (8.094)	19.45 (6.943)	24.57 (11.139)	-1.520 (140)	.131
	%	%	%	$\chi^2$ (gl)	$p$
Estado Civil				4.444 (2)	0.108
Casado	20	20	20		
Soltero	55.71	59.13	40		
Separado/viudo	24.29	20.87	40		
Nivel de Estudios				-	-
Sin estudios	67.18	69.81	56		
Primarios	8.4	7.55	12		
Secundarios	18.32	18.87	16		
Universitarios	6.11	3.77	16		
Ingresos Previos	18.4	19	16	0.120 (1)	1
Substancia que motiva el tratamiento				8.636(2)	.013*
Alcohol	21.8	17.2	42.3		
Cocaína	37.7	37.9	34.6		
Otras	40.8	44.8	23.1		

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

En cuanto a la prevalencia de sintomatología (tabla 2), según los resultados obtenidos a través del cuestionario MCMI - III, en cuanto a la prevalencia de sintomatología leve ( $PREV > 74$ ), se encuentra que el 79% de los usuarios presenta puntuaciones que sugieren la presencia de indicadores clínicos de trastorno de personalidad (80.8% de las mujeres por el 66.4% de los hombres). Al aplicar el criterio más estricto ( $PREV > 84$ ) la tasa de trastornos de personalidad sería del 31.7% (34.6% para las mujeres y 31% para los hombres) (ver tabla 2).

En cuanto a la prevalencia de trastornos de personalidad, cuando cruzamos la variable con el género, solo encontramos diferencias significativas para el patrón dependiente ( $\chi^2 = 16.378(1) p < .001$ ), muy superior en mujeres (26.9%) que en hombres (3.4%). En la misma línea que para el patrón depresivo (23.1% mujeres por el 10.3% de hombres), compulsivo (11.5% mujeres, 3.4% hombres), evitativo (11.5% mujeres, 6% hombres) y autodestructivo (7.7% mujeres, 2.6% hombres), sin que sean estadísticamente significativas estas diferencias. Por otro lado aunque también sin diferencias significativas, encontraríamos mayor prevalencia en hombres para los trastornos de personalidad esquizoide

(5.2% hombres, 0% mujeres), narcisista (9.5% hombres, 0% mujeres) y antisocial (31% hombres, 26.9% mujeres).

Respecto a los síndromes clínicos, las mujeres presentan prevalencias superiores y las diferencias son estadísticamente significativas en somatomorfo (15.4% mujeres, 0.9% hombres), bipolar (30.8% hombres, 21.6% mujeres), distímico (46.2% mujeres, 14.7% hombres), estrés postraumático (11.5% mujeres, 1.7% hombres) y depresión mayor (26.9% mujeres, 10.9% hombres). Los hombres presentan más prevalencia en trastorno del pensamiento (42.2% hombres, 7.7% mujeres) y dependencia de sustancias (86.2% hombres, 53.8% mujeres).

Cuando atendemos a los datos descriptivos (tabla 3), las puntuaciones más altas, las encontramos en las escalas de dependencia de sustancias y dependencia de alcohol. Se superan en ambos casos los puntos de corte establecidos como criterio en el MCMI-III, siendo las mujeres las que presentan mayor gravedad en la dependencia del alcohol (80.65 mujeres, 74.53 hombres). Los hombres presentan puntuaciones más altas en la dependencia de sustancias (87.34 hombre, 77.40 mujeres).

Tabla 2. Prev MCMI-III.

	Prev > 74 < 85		Prev > 85		Prev > 74 (Total)			$\chi^2$ (gl)
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Total	
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
<b>Patrones clínicos de la personalidad</b>								
Esquizoide	5 (4)	0 (0)	1 (0.9)	0 (0)	6 (5.2)	0 (0)	6 (4.2)	1.404 (1) 0.592
Evitativo	7 (6)	3 (11.5)	0 (0)	0 (0)	7 (6)	3 (11.5)	10 (7)	0.983 (1) 0.391
Depresivo	9 (7.8)	4 (15.4)	3 (2.6)	2 (7.7)	12 (10.3)	6 (23.1)	18 (12.7)	3.110 (1) 0.101
Dependiente	1 (0.9)	3 (11.5)	3 (2.6)	4 (15.4)	4 (3.4)	7 (26.9)	11 (7.7)	16.378 (1) 0.001***
Histriónico	2 (1.7)	1 (3.8)	3 (2.6)	0 (0)	5 (4.3)	1 (3.8)	6 (4.2)	0.011 (1) 1
Narcisista	6 (5.2)	0 (0)	5 (4.3)	0 (0)	11 (9.5)	0 (0)	11 (7.7)	2.673 (1) .216
Antisocial	23 (19.8)	3 (11.5)	13 (11.2)	4 (15.4)	36 (31)	7 (26.9)	43 (30.3)	0.170 (1) .680
Agresivo (sádico)	0 (0)	1 (3.8)	5 (4.3)	1 (3.8)	5 (4.3)	2 (7.7)	7 (4.9)	0.518 (1) .612
Compulsivo	3 (2.6)	3 (11.5)	1 (0.9)	0 (0)	4 (3.4)	3 (11.5)	7 (4.9)	2.966 (1) .115
Negativista (pasivo-agresivo)	4 (3.4)	0 (0)	4 (3.4)	1 (3.8)	8 (6.9)	1 (3.8)	9 (6.3)	0.333 (1) 1
Autodestructivo	0 (0)	2 (7.7)	3 (2.6)	0 (0)	3 (2.6)	2 (7.7)	5 (3.5)	1.630 (1) .227
<b>Patología grave de la personalidad</b>								
Esquizotípica	1 (0.9)	0 (0)	1 (0.9)	1 (3.8)	2 (1.7)	1 (3.8)	3 (2.1)	0.462 (1) .457
Límite	4 (3.4)	0 (0)	1 (0.9)	2 (7.7)	5 (4.3)	2 (7.7)	7 (4.9)	0.518 (1) .612
Paranoide	10 (8.6)	1 (3.8)	2 (1.7)	2 (7.7)	12 (10.3)	3 (11.5)	15 (10.6)	0.032 (1) 1
<b>Síndromes Clínicos</b>								
Tr. Ansiedad	30 (25.9)	2 (7.7)	40 (34.5)	18 (69.2)	70 (60.3)	20 (76.9)	90 (63.4)	2.515 (1).113
Tr. Somatomorfo	1 (0.9)	3 (11.5)	0 (0)	1 (3.8)	1 (0.9)	4 (15.4)	5 (3.5)	13.186 (1) .004**
Tr. Bipolar	16 (13.8)	5 (19.2)	9 (7.8)	3 (11.5)	25 (21.6)	8 (30.8)	33 (23.2)	1.012 (1) .315
Tr. Distímico	10 (8.6)	5 (19.2)	7 (6)	7 (26.9)	17 (14.7)	12 (46.2)	29 (20.4)	12.967 (1) .000***
Dep. de alcohol	29 (25)	4 (15.4)	24 (20.7)	14 (53.8)	53 (45.7)	18 (69.2)	71 (50)	4.708 (1) .030*
Dep. de sustancias	32 (27.6)	6 (23.1)	68 (58.6)	8 (30.8)	100 (86.2)	14 (53.8)	114 (80.3)	14.051 (1) .000***
Tr. de estrés postraumático	1 (0.9)	1 (3.8)	1 (0.9)	2 (7.7)	2 (1.7)	3 (11.5)	5 (3.5)	6.022 (1) .043*
<b>Síndromes Clínicos Graves</b>								
Tr. del pensamiento	28 (24.1)	0 (0)	21 (18.1)	2 (7.7)	49 (42.2)	2 (7.7)	51 (35.9)	11.015 (1) .001***
Depresión mayor	9 (7.8)	4 (15.4)	3 (2.6)	3 (11.5)	12 (10.3)	7 (26.9)	19 (13.4)	5.037 (1) .049*
Trastorno delirante	21 (18.1)	4 (15.4)	3 (2.6)	3 (11.5)	24 (20.7)	7 (26.9)	31 (21.8)	0.484 (1) .487

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ 

Dentro de los síndromes clínicos encontramos que a excepción de la dependencia de sustancias ( $UMW$  814.5,  $p < .001$ ) y trastorno del pensamiento ( $UMW$  1058,  $p < .05$ ) donde los hombres obtienen mayores puntuaciones, las mujeres presentan mayor gravedad de sintomatología para las restantes escalas. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas para el trastorno de ansiedad ( $UMW$  998  $p < .05$ ), trastorno somatomorfo ( $UMW$  965.5,  $p < .01$ ) y trastorno distímico ( $UMW$  921.5,  $p < .01$ ).

En referencia a los trastornos de personalidad, podemos apreciar que el que alcanza puntuaciones más altas es el patrón antisocial, alto en ambos sexos aunque mayor en hombres (72.09 hombres, 68.46 mujeres). Hay diferencias entre sexos para dos rasgos, presentando las mujeres mayores puntuaciones para el patrón dependiente ( $UMW$  957,  $p < .01$ ), y los hombres para el patrón narcisista ( $UMW$  853.5,  $p < .001$ ).

Tabla 3. Diferencias de Medias en las escalas del MCMI-III.

	Rango		Media (D. Típ.)		gl	<i>t</i> de Student/ U-Mann de Whitney ( <i>p</i> )	<i>G</i> de Heghes/ <i>r</i>
	Hombre	Mujer	Total	Total			
<b>Patrones clínicos de la personalidad</b>							
Esquizoide	(0-99)	51.52 (18.152)	54.19 (14.838)	52.02 (17.561)	137	<i>t</i> -.698 (.487)	$G_H.02$
Evitativo	(0-95)	52.25 (19.301)	54.65 (24.524)	52.70 (20.302)	137	<i>t</i> -.513 (.588)	$G_H.01$
Depresivo	(0-81)	55.23 (19.888)	56.62 (23.444)	55.49 (20.515)	137	<i>t</i> -.309 (.757)	$G_H.01$
Dependiente	(0-104)	53.54 (18.193)	62.04 (23.692)	55.13 (19.529)	137	$UMW$ 957 (.006)**	<i>r</i> -.23
Histriónico	(0-85)	34.04 (20.167)	42.46 (23.658)	35.62 (21.032)	137	$UMW$ 1118.5 (.058)	<i>r</i> -.16
Narcisista	(13-105)	59.17 (16.169)	44.04 (20.697)	56.34 (18.024)	137	$UMW$ 853.5 (.001)***	<i>r</i> -.28
Antisocial	(17-106)	72.09 (12.248)	68.46 (13.480)	71.41 (12.517)	137	<i>t</i> 1.336 (.184)	$G_H.03$
Agresivo (sádico)	(0-102)	60.83 (13.432)	55.31 (15.115)	59.80 (13.874)	137	<i>t</i> 1.846 (0.67)	$G_H.04$
Compulsivo	(0-93)	36.55 (17.011)	43.54 (22.066)	37.94 (18.175)	137	<i>t</i> -1.492 (.145)	$G_H.04$
Negativista (pasivo-agresivo)	(0-69)	56.58 (16.816)	50.23 (20.789)	55.40 (17.719)	137	<i>t</i> 1.659 (.099)	$G_H.04$
Autodestructivo	(0-67)	52.32 (14.535)	53.62 (13.206)	52.56 (14.259)	137	<i>t</i> -.417 (.677)	$G_H.01$
<b>Patología grave de la personalidad</b>							
Esquizotípica	(0-102)	49.92 (21.989)	50.00 (21.073)	49.93 (21.750)	137	<i>t</i> -.017 (.987)	$G_H.23$

	Rango		Media (D. Típ.)		gl	<i>t</i> de Student/ U-Mann de Whitney ( <i>p</i> )	<i>G</i> de Heghes/ <i>r</i>
	Hombre	Mujer	Total	Total			
Límite Paranoide	(0-80)	61.20 (13.241)	60.35 (17.933)	61.04 (14.166)	137	<i>t</i> .277 (.782)	<i>G</i> <sub>H</sub> .38
	(0-104)	57.50 (21.156)	60 (18.095)	57.96 (20.595)	137	<i>t</i> -.547 (.585)	<i>G</i> <sub>H</sub> .03
<b>Síndromes Clínicos</b>							
Tr. ansiedad	(0-105)	71.81 (24.144)	79.58 (26.062)	73.28 (24.607)	137	UMW 998 (.013)*	<i>r</i> -.21
Tr. somatomorfo	(0-107)	41.18 (25.066)	52.46 (29.085)	43.29 (26.128)	137	UMW 965.5 (.006)**	<i>r</i> -.23
Tr. bipolar	(10-93)	62.63 (18.551)	66.96 (18.235)	63.44 (18.504)	137	<i>t</i> -1.077 (.283)	<i>G</i> <sub>H</sub> .02
Tr. distímico	(0-96)	55.58 (23.807)	69.50 (26.927)	58.18 (24.921)	137	UMW 921.5 (.003)**	<i>r</i> -.25
Dep. de alcohol	(0-115)	74.53 (14.244)	80.65 (22.441)	75.68 (16.189)	137	UMW 1031.5 (.021)*	<i>r</i> -.19
Dep. de sustancias	(54-110)	87.34 (13.590)	77.40 (16.803)	85.51 (14.684)	137	UMW 814.5 (.001)***	<i>r</i> -.28
Tr. de estrés postraumático	(0-104)	51.99 (20.355)	59.5 (24.046)	53.33 (21.187)	137	<i>t</i> -1.562 (.121)	<i>G</i> <sub>H</sub> .22
<b>Síndromes Clínicos Graves</b>							
Tr. del pensamiento	(0-108)	61.79 (27.451)	54.23 (24.443)	60.37 (26.992)	137	UMW 1058 (.026)*	<i>r</i> -.19
Depresión mayor	(0-91)	48.63 (26.935)	56.15 (29.088)	50.04 (27.400)	137	<i>t</i> -1.265 (.208)	<i>G</i> <sub>H</sub> .03
Trastorno delirante	(0-101)	61.13 (23.232)	61.31 (25.344)	61.17 (23.546)	137	<i>t</i> -.034 (.973)	<i>G</i> <sub>H</sub> .001

\**p* < .05; \*\**p* < .01; \*\*\**p* < .001

## Discusión

El objetivo de este trabajo es conocer cuáles son las características sociodemográficas y psicopatológicas de pacientes que presenta un problema de adicción y acuden a un programa de tratamiento en Murcia, así como las características específicas en hombres y mujeres.

Como resultado de este estudio el perfil de la persona que acude a tratamiento a PH Murcia, es un hombre (81.69%), con una edad media de 39 años, soltero (55.71%) y sin estudios (67.18%), consumidor de cocaína (37.7%) y alcohol (21.8%), que inició el consumo a los 20 años y que lleva consumiendo 14 años.

Este perfil es similar al que presentan las asociaciones que más usuarios atendieron en España en 2017, la Asociación Proyecto Hombre (2018) con 2960 usuarios y la UNAD (2018), con 44787 usuarios de toda España. Resultados que se han ido repitiendo a lo largo de la última década en la literatura científica en España. López-Goñi, Fernández-Montalvo, y Arteaga, (2012), obtenían un perfil de 80.5% de hombres, 37.6 años y 49.6% consumidores de cocaína. Por otro lado (López-Goñi, Fernández-Montalvo, Arteaga, y Esarte, 2017) mostraban un 73.5% de hombres con una edad promedio de 36.4 años y consumo principal de cocaína 39.3% y Roncero et al. (2016) presentaban un perfil en el que el 84% eran varones, con una edad media de 38.9 años y consumidores de cocaína un 36.9%. Perfil que ya mostraba el Plan Nacional sobre drogas 2009-2016 (2009), que informaba de mayor consumo de cocaína que de heroína.

Otro de los datos destacables es el escaso porcentaje de mujeres que acuden a solicitar tratamiento (18.31%), en consonancia con lo encontrado en otras investigaciones en población española, que suele incluir entre el 11% y 25% de mujeres como máximo (Fernández Del Río, López, y Becona, 2011; García Rodríguez et al., 2005; Iraurgi Castillo, Sanz Vázquez, y Martínez, 2004; Pérez del Río, 2012; Rodríguez y Salgado, 2018; Roncero et al. 2016; UNAD 2018; Asociación Proyecto Hombre, 2018).

Otra variable en la que hemos hallado diferencias estadís-

ticamente significativas es la edad media con la que inician tratamiento (38.44 años para hombres y de 41.26 en las mujeres). Se aprecian diferencias notables en los años de consumo antes de iniciar el tratamiento (14.74 hombres / 11.39 mujeres) y en la edad media de inicio al consumo de sustancia (19.45 hombres / 24.57 mujeres), aunque no hay significación estadística. Ésta diferencia en la búsqueda de tratamiento y en los años de consumo coinciden con los datos aportados por otros estudios; Ávila y González (2007), en una muestra de 370 pacientes con adicción al alcohol, 325 hombres (87.8%) y 45 mujeres (12.2%), con una edad media de 42.83 y 44.60 años respectivamente, indicaron que las mujeres iniciaban el consumo significativamente más tarde que los hombres (19.61 y 16.90), tenían significativamente más edad cuando el patrón de consumo era problemático (30.93 y 24.68 años) y llevaban menos años de consumo (13.26 versus 17.85 años). El patrón se repite en los datos aportados por el informe de las adicciones de la UNAD (2018), donde el porcentaje de usuarios mayores de 45 años es superior en el grupo de las mujeres (24% mujeres, 22% hombres), tendencia que se invierte en los años de consumo antes del inicio del tratamiento, donde el porcentaje de hombres con más de 11 años de historia de consumo es del 40% por el 32% de las mujeres.

La sustancia principal que motiva el tratamiento en hombres y mujeres también es diferente, para ellos fue la cocaína en un 37.9% y en las mujeres fue el consumo de alcohol en un 42.3%. Estos datos coinciden con las puntuaciones obtenidas en el MCMI-III donde las mujeres presentaron puntuaciones medias más altas para la dependencia de alcohol (80.65 mujeres, 74.53 hombres) mientras que los hombres presentaron mayores puntuaciones medias en las escala de gravedad en dependencia a sustancias (87.34 hombres, 77.40 mujeres). Blanco, Sirvent y Palacios (2005), afirman que en sustancias como el alcohol y el tabaco el consumo es cuantitativamente mayor en la mujer, con drogas como la cocaína o el cannabis es el varón quien consume en mayor proporción, y tanto los datos aportados por el informe EDADES (2017), UNAD (2018) o por la Asociación de Proyecto

Hombre (2018), inciden en que el alcohol es la sustancia por la que más mujeres inicia tratamiento, siendo la cocaína la que motiva más el inicio de tratamiento de los hombres.

Éste estudio indica que la presencia de psicopatología en la muestra analizada es bastante alta, el 79% presenta puntuaciones con indicadores clínicos de trastornos de personalidad (80.8% de las mujeres por el 66.4% de los hombres). Aunque siguiendo el criterio más estricto, un 31.7% presenta al menos un trastorno de personalidad (43.6% para las mujeres y 31% para los hombres).

Estos resultados coinciden con otros estudios, como los de Pedrero et al. (2003) y Fernández Montalvo et al. (2014) que encontraron respectivamente un 83% y un 76.2% de consumidores con al menos un trastorno de personalidad. Craig (2000) obtenía un 91% de prevalencia de trastorno de personalidad comórbido en una muestra de 160 adictos a opiáceos y 283 adictos a la cocaína, mediante el MCMI II.

Este estudio encuentra una mayor presencia de psicopatología asociada al consumo en mujeres que en hombres, pero existe controversia acerca de si la patología dual es más frecuente en varones o en mujeres. En salud mental parece haber más hombres con patología dual que mujeres, mientras que en las unidades de drogodependencias se detecta lo contrario (Miquel et al. 2011). En España, un estudio realizado mayoritariamente en población atendida en unidades de drogodependencias observó que el 47.5% de las mujeres presentaba patología dual, por el 30.3% de los hombres (Gual, 2007). Mientras que Rodríguez-Jiménez et al. (2008), en una muestra de 257 pacientes ingresados en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHPHG) en Madrid, encontraba que el 24.9% presentaban un trastorno por uso de sustancias concurrente a otro trastorno psicopatológico, de los cuales el 87.5% eran hombres frente a un 12.5% de mujeres.

En cuanto a los trastornos de personalidad más concomitantes con el consumo de sustancias, en éste estudio, atendiendo al criterio menos estricto ( $PREV > 74$ ) tenemos en primer lugar al trastorno antisocial de la personalidad, que lo presenta el 30.3%, paranoide (10.6%), narcisista (7.7%) y dependiente (7.7%). Estos datos son semejantes a los obtenidos en otros estudios, así, Rodríguez y Salgado, (2018) encontraron un 42.5% de pacientes en ( $N = 106$ ) con algún trastorno de personalidad, de los cuales el trastorno antisocial el más prevalente (25.5%), el paranoide (13.2%) y del narcisista (11.3%). Fernández-Montalvo, López-Goñi y Landa (2004) encontraron que el 42.86% de una muestra de 42 pacientes que acudieron en busca de tratamiento fueron diagnosticados de trastorno antisocial de personalidad, seguido del trastorno pasivo-agresivo de la personalidad (40.5%) y del trastorno narcisista de la personalidad (21.4%). Datos en la misma línea que los hallados por Skinstad y Swain (2001) y San-Molina (2004) ya mencionados en la introducción. Respecto a las diferencias entre hombres y mujeres el patrón dependiente es el más alto en las primeras

(26.9% frente a 3.4% en hombres) coincidiendo con los hallazgos de Pedrero et al. (2003) (47.2% frente al 31.4%).

Entre los síndromes clínicos más frecuentes, además de la dependencia a sustancias y alcohol, es el trastorno por ansiedad, que fue diagnosticado en un 62.7%, siendo superior en mujeres (76.9%) que en hombres (59.5%). Este dato coincide con el estudio de Ortiz-Tallo, Cardenal, Ferragut y Cerezo (2011) en población clínica ( $N = 7011$ ) se encontró que el síndrome clínico más diagnosticado fue el de ansiedad, siendo también más frecuente en mujeres (53.74% que en hombres (46.26%). También hay diferencias significativas en éste estudio en el trastorno somatomorfo (15.4% en mujeres frente al 0.9% en hombres), el trastorno distímico (46.2% frente al 13.8%), el trastorno de estrés postraumático (11.5% frente a 1.6%) y por último depresión mayor (26.9% frente a 10.3%) a favor de las mujeres. Mientras que en el trastorno del pensamiento (41.4% frente a 7.7% en mujeres) es a favor de los hombres.

## Conclusiones

Los estudios analizados y los datos aportados en ésta investigación indican una alta prevalencia de alteraciones psicopatológicas y alta comorbilidad (patología dual) en personas que presentan abusos de sustancias. También se observa que los hombres son los que más demandan atención y tratamiento superando en general el 80% de las muestras analizadas, por ello es muy importante analizar las condiciones sociales y clínicas de las mujeres que acuden a los servicios para adecuar los tratamientos.

Los datos aportados indican dos líneas de alteraciones diferentes los trastornos clínicos y los trastornos de personalidad, en este sentido el MCMI aporta diversas facetas de la patología y del deterioro funcional, y junto con el EuroPASI, pueden configurar un buen protocolo de pre y post evaluación.

Son varias las dificultades y limitaciones metodológicas que habría que tener en cuenta en éste estudio, por un lado la muestra está compuesta por personas que acuden a un servicio a pedir tratamiento, lo que dificulta la generalización de estos datos a personas con abuso de sustancias que no lo solicitan. Otras limitaciones son el no control de variables como, la relación de la sustancia de consumo con las variables psicopatológicas, la severidad de la adicción, el tiempo de abstinencia, la edad, variables que pueden mediar en los resultados. Nuestra falta de control sobre el orden de aparición de los distintos trastornos es un tema importante, y que limita las interpretaciones que podemos hacer de los datos obtenidos.

Este trabajo ha tenido en cuenta las diferencias de género, aunque, solo el 18.31% de la muestra son mujeres. Los datos obtenidos de este subgrupo pueden aportar información relevante para mejorar la eficacia de los tratamientos.

## Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Ed. Rev.). Washington, D.C.: APA.
- Arteaga, A., Fernández-Montalvo, J., & López-Goñi, J. J. (2015). Prevalence and differential profile of patients with drug addiction problems who commit intimate partner violence. *The American Journal on Addictions*, 24(8), 756-764.
- Asociación Proyecto Hombre (2018). *Observatorio Proyecto Hombre: sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Ávila, J.J. & González, D. (2007). Diferencias de género en la enfermedad alcohólica. *Adicciones* 19(4), 383-392.
- Becoña, E. & Cortés, M (Coord) (2008). *Guía de intervención psicológica en adicciones. Guías Clínicas de Sociodrogalcohol basadas en la evidencia científica*. Valencia. Sociodrogalcohol.
- Blanco, P., Sirvent, C., & Palacios, L. (2005). Diferencias de género en la adicción e implicaciones terapéuticas. *Salud y drogas*, 5(2), 81-97.
- Bobes, J., González, M. P., Saiz, P. A., & Bousono, M. (1996). *Índice Europeo de Severidad de la Adicción: EuropASI. Versión española [European Index of Severity of Addiction: EuropASI. Spanish Version]*. Paper presented at the Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría, Gijón.
- Bravo de Medina, R. B., Fiechburúa, E., & Aizpiri, J. (2007). Características psicopatológicas y dimensiones de personalidad en los pacientes dependientes del alcohol: un estudio comparativo. *Adicciones*, 19(4), 373-382. <https://doi.org/10.20882/adicciones.296>
- Calsyn, D. A. & Saxon, A. J. (1990). Personality disorder subtypes among cocaine and opioid addicts using the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *The International Journal of the Addictions*, 25, 1037-1049.
- Carroll, K.M. & Rounsaville, B.J. (2002). On beyond urine: Clinically useful assessment instruments in the treatment of drug dependence. *J Behav Res Ther*, 40(11), 1329-1344.
- Castillo, A., Llopis, J. J., Rebolida, M., Fernández, C. & Orengo, T. (2003). Identidad de género y abuso de drogas. Estudio de las características del uso de drogas ilegales entre las mujeres en la comunidad valenciana. *Salud y Drogas*, 3(2), 37-60.
- Craig, R. J. (2000). Prevalence of personality disorders among cocaine and heroin addicts. *Substance Abuse*, 21, 87-94.
- Coriale, G., Battagliese, G., Pisciotto, F., Attilia, M.L., Porrari, R., De Rosa, F., Vitali, M., Carito, V., Messina, M.P., Greco, A., Fiore, M., & Ceccanti, M. (2019). Behavioral responses in people affected by alcohol use disorder and psychiatric comorbidity: correlations with addiction severity. *Ann Ist Super Sanità*, 55(2), 131-142. doi:10.4415/ANN\_19\_02\_05
- España, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (2017). *Estrategia nacional sobre adicciones 2017-2024*. Madrid: Estrategia nacional sobre adicciones 2017-2023.
- España, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (2009). *Estrategia nacional sobre adicciones 2009-2016*. Madrid: Estrategia nacional sobre adicciones 2009-2016.
- Fernández Del Río, E., López, A., & 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*, 16(1), 67-75.
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., & Landa, N. (2004). Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(2), 283-293. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5944/rpcc.vol.3.num.3.1998.3863>
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Azanza, P., & Cacho, R. (2014). Gender Differences in Drug-Addicted Patients in a Clinical Treatment Center of Spain. *American Journal on Addictions*, 23(4), 399-406. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2014.12117.x>
- García-Rodríguez, O., Secades Villa, R., Fernández, J., Carballo, J., Errasti, J., & Al-HalabiDíaz, S. (2005). Comparación de pacientes cocainómanos y heroínómanos en el EuropASI. *Adicciones*, 17(1), 33-42. doi:http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.385
- Gual, A. (2007). Dual diagnosis in Spain. *Drug and Alcohol Review*, 26, 65-71.
- Iraurgi Castillo, I., Sanz Vázquez, M., & Martínez, A. (2004). Funcionamiento familiar y severidad de los problemas asociados a la adicción en personas que solicitan tratamiento. *Adicciones*, 3, 185-195. <https://doi.org/https://doi.org/10.20882/adicciones.400>
- Karpyak, V.M., Geske, J.R., Hall-Flavin, D.K., Loukianova, L.L., Schneekloth, T.D., Skimce, M.K., Seppala, M., Dawson, G., Frye, M.A., Choi, D., & Biernacka, J.M. (2019). Sex-specific association of depressive disorder and transient emotional states with alcohol consumption in male and female alcoholics. *Drug and Alcohol Dependence*, 196(2019), 31-39. <https://doi.org/10.1016/j.drugaledep.2018.12.010>
- Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995). European adaptation of amultidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208-210.
- Larson, S. A., Desai, R., & Kates, F. R. (2018). Concerns about heroin, cocaine and methamphetamine: prevalence and correlates of at-risk users from 2015 National Survey on Drug Use and Health. *Journal of Substance Use*, 1-6. doi:10.1080/14659891.2018.1535007
- López Durán, A., Becoña, E., Vicitez, I., Canello, J., Sobradelo, J., García, J., Senra, A., Casete, L., & Lage, M. (2008). ¿Qué ocurre a los 24 meses del inicio del tratamiento en una muestra de personas con dependencia de la cocaína? *Adicciones*, 20(4), 347-356. doi:http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.258
- López, A. & Becoña, E. (2006). Consumo de cocaína y psicopatología asociada: una revisión. *Adicciones*, 18, 161-196.
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., Arteaga, A., & Esarte, S. (2017). Searching objective criteria for patient assignment in addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 76, 28-35. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.02.014>
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., & Arteaga, A. (2015). Differences between Alcoholics and Cocaine Addicts Seeking Treatment. *The Spanish Journal of Psychology*, 18, E2. <https://doi.org/10.1017/sjp.2015.3>
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., & Arteaga, A. (2012). Predictive validity of the EuropASI: Clinical diagnosis or composite scoring. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(4), 392-399. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2011.09.011>
- Lorea, I., Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J. & Landa (2008). Adicción a la cocaína y trastornos de personalidad: un estudio con el MCMI-II. *Adicciones*, 21(1), 57-64. DOI: 10.20882/adicciones.252
- Martínez-González, J.M. & Trujillo H.M. (2003). *Tratamiento del drogodependiente con trastornos de la personalidad*. Madrid: Biblioteca Nueva
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., & O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 168, 26-33.
- Millon, Th., Davis, R. & Millon, C. (2007). *MCMI-III. Inventario Clínico Multiaxial de Millon III*. Madrid: Tea Ediciones.
- Miquel, L., Roncero, C., López-Ortiz, C., & Casas, M. (2011). Diferencias de género epidemiológicas y diagnósticas según eje I en pacientes con Patología Dual. *Adicciones*, 23(2), 165-172. <https://doi.org/10.20882/adicciones.160>
- National Institute on Drug Abuse. (2010). *Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones*. NIH Publicación No. 10-4180 (S)
- Observatorio Español sobre Drogas. (2017). *Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995-2017*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de [http://www.pnsd.msbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES\\_2017\\_Informe.pdf](http://www.pnsd.msbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf)
- Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., Ferragut, M. & Cerezo, M.V. (2011). Personalidad Y Síndromes Clínicos: Un estudio con el MCMI-III basado en una muestra española. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1), 49-59.
- Pedrero, E. J. (2003). Los trastornos de personalidad en drogodependientes desde la perspectiva de los cinco grandes factores. *Adicciones*, 15, 203-220.
- Pedrero, E. J., Puerta, C., Lagares, A. & Sáez, 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*, 5, 241-255.
- Perea-Baena, J. M., Compán, S. O., & Ortiz-Tallo, M. (2009). Diferencias de rasgos clínicos de personalidad en el mantenimiento de la abstinencia y recaídas en tratamiento del tabaquismo. *Psicothema*, 21(1), 39-44.
- Pérez del Río, F. (2012). En qué cambian los pacientes drogodependientes a los seis meses de tratamiento en la comunidad terapéutica. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32 114(d), 287-303. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352012000200006>
- Pérez, E. J., Durán, A., & Del Río, E. (2012). Dimensiones factoriales del cuestionario de Millon (MCMI-II) en adictos a sustancias. *Psicothema*, 24(4), 661-667.
- Rodríguez, J. L. & Salgado, A. (2018). Patrones de personalidad y otros trastornos. *Health and addictions*, 18(1), 119-129.
- Rodríguez-Jiménez, R., Aragüés, M., Jiménez-Arriero, M. A., Ponce, G., Muñoz, A., Bagny, A., Hoenicka, J., & Palomo, T. (2008). Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: prevalencia y características generales. *Investigación Clínica*, 49(2), 195-205.
- Roncero, C., Barral, C., Rodríguez-Gintas, L., Pérez-Pazos, J., Martínez-Luna, N., Casas, M., & Grau-López, L. (2016). Psychiatric comorbidities in opioid-dependent patients undergoing a replacement therapy programme in Spain: The PROTEUS study. *Psychiatry Research*, 243, 174-181. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.024>
- Rosenthal, R. (1991). *Applied social research methods series, Vol. 6. Meta-analytic procedures for social research* (Rev. ed.). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc. <http://dx.doi.org/10.4135/9781412984997>
- San-Molina, L. (2004). *Consenso de la SEP sobre patología dual*. Barcelona: Ars Médica
- Skinstad, A. H. & Swain, A. (2001). Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 45-64.
- Storbjörk, J. (2011). Gender differences in substance use, problems, social situation and treatment experiences among clients entering addiction treatment in Stockholm. *NAD Publication*, 28(5), 185-209. <https://doi.org/10.2478/v10199-011-0020-5>
- UNAD (2018) *Perfil de las adicciones en 2017*. Madrid: Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16(5), 274-282. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(01\)00578-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(01)00578-8)