



TRATAMIENTO CON PERSPECTIVA DE GENERO PARA MUJERES EN CASOS DE COMORBILIDAD DEL TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS Y DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD: INFORME DE REVISIÓN SISTEMÁTICA

Deshana Kuschmen Mc Kenzie; cc. Deshana
Kirschman Mc Kenzie¹

REVISIÓN
SISTEMÁTICA

RESUMEN

Esta revisión sistemática, permitió conocer las carencias en las intervenciones psicológicas específicas a su condición de género, en las mujeres adultas que padecen de patología dual: trastorno por consumo de sustancias sumado a trastornos de personalidad. Se revisó información sobre los tratamientos que incluyen la perspectiva de género, que buscan satisfacer las necesidades específicas que presentan grupos vulnerables, tales como las personas menores de edad, las mujeres, las personas adultas mayores, las minorías étnicas, personas en condición de pobreza y personas con discapacidad física o enfermedad mental.

Los resultados reflejan que pese a estar establecido en las políticas de salud nacionales e internacionales, la necesidad de incluir la perspectiva de género en la intervención de comorbilidades psiquiátricas; son pocas las acciones que se han hecho para que en la práctica cotidiana, las mujeres específicamente, puedan acceder a servicios de salud que se adecuen a sus particularidades; recibiendo en la mayoría de los casos el tratamiento estándar que por lo general responde a las necesidades de la población masculina, debido a que los hombres suelen tener una mayor representación numérica en los contextos donde se interviene el trastorno por consumo de sustancias sumado a trastornos de personalidad.

A partir de la revisión también se consigue identificar elementos primordiales de toda intervención psicoterapéutica en la población femenina, que presente el tipo de patología dual señalado, estos son: la presencia de antecedentes de victimización múltiple, la estigmatización de que son objeto, la condición de embarazo o la maternidad, calidad de los vínculos familiares especialmente con sus hijos/as y con su pareja. Aspectos, que de ser tomados en cuenta, favorecerían un acercamiento más oportuno para estas usuarias, por parte de los servicios de salud, obteniendo una mejor adherencia al tratamiento y una mejoría sostenida en la disminución de los síntomas asociados a ambos trastornos. De manera tal que los resultados a partir de un tratamiento inclusivo, sean más efectivos y sostenibles en el tiempo.

Palabras claves: Patología dual, trastorno por uso de sustancia en mujeres, trastorno de personalidad en mujeres, género femenino, psicoterapia y género.

ABSTRACT

The present review contributed to identify the shortcomings of psychological gender base treatment in adult women who suffer from Dual Pathology, which is a disorder caused by drug consumption and personality disorders. Information about gender base treatments was revised when conducting the reviewed of

¹ Especialista en Psicología Clínica, UCR-CENDEISS, Servicio de Psicología Clínica, HNP, Pabellón de adolescentes Nuevos Horizontes. Email: kimziecr@yahoo.com



literature. These gender base investigations pursued to meet the specific needs of vulnerable groups such as minors, women, elders, ethnic minorities, people in poverty and people with physical disabilities or mental illnesses.

The results show that regardless of the existence of national and international health policies, there is a need to include gender base treatment in intervention of psychiatric comorbidities. Few actions have been taken to make changes in health services to suit the specific needs of women in particular. They receive, in most of the cases, a standardized treatment, which generally suits men, because they are the ones who are more likely to suffer from drug consumption and personality disorders.

During the investigation conducted it is also possible to identify key elements of psychotherapeutic treatment in the females with the dual pathology mentioned before. The elements are: presence of multiple victimization antecedents, stigmatization, pregnancy or maternity, quality of family ties especially with their children and their spouse. Elements which, if taken into account, would contribute to a more adequate approach from the health services personnel to this particular group of women. The results of this suitable approach will be reflected in better adherence to treatments and a sustained improvement in the reduction of symptoms associated with both disorders. In such a way that a gender base treatment will become more effective and sustainable over time.

Key Word: Dual Pathology, Substance Use Disorder in Women, Personality Disorder in Women, female gender, psychotherapy, gender.

INTRODUCCIÓN

La revisión sistemática que se pretende realizar, se centrará en la patología dual conformada por el trastorno por dependencia de sustancias y trastornos de personalidad; comorbilidad que ha sido menos abordada por parte del sector salud, pero que igualmente tiene repercusiones biopsicosociales que afectan al individuo y al contexto social al que pertenece.

Esta temática ha empezado a ser visualizada e investigada principalmente en Europa y América del Norte, lo que es un avance, pero también los resultados obtenidos refuerzan la necesidad de seguir profundizando en el tema y hacer investigaciones a nivel de Latinoamérica, con el fin de obtener resultados propios de nuestro contexto, conocer qué resultados se repiten en los diferentes estudios realizados y poder ir definiendo posibles intervenciones y tratamientos eficaces para abordar este complejo padecimiento.

El presente trabajo pretende realizarse incorporando la perspectiva de género de manera transversal, pues ello permite identificar las causas y las consecuencias de esta u otras patologías, tomando en cuenta factores específicos como la edad, el sexo, la etnia, entre otros; y a partir de ahí determinar líneas de acciones adecuadas para cada grupo, dando como resultado un tratamiento más efectivo (National Institute of Drugs - NIDA, 2012, p.15-16).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Las mujeres adultas en edad reproductiva



de 20 a 50 años, que padecen adicción a sustancias psicoactivas ilegales y además presentan comorbilidad psiquiátrica con trastornos de personalidad ¿cuentan en la actualidad, con intervenciones psicológicas efectivas y específicas a su condición de género?

OBJETIVO GENERAL

Conocer si las mujeres adultas en edad reproductiva (20 a 50 años) que padecen adicción a sustancias psicoactivas ilegales y que además presentan comorbilidad psiquiátrica con trastornos de personalidad, cuentan en la actualidad con intervenciones psicológicas efectivas y específicas a su condición de género.

(Ver Objetivos Específicos en Kirschman, D; 2014).

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS ESTUDIOS

Criterios de Inclusión

Que se refiera a patología dual como la comorbilidad entre TUS y Trastornos de Personalidad, que haga referencia al TUS, que haga referencia a aspectos de género, que se encuentre comprendido en el rango de fecha entre 2009-2014, y que la intervención sea dirigida a población adulta (20 a los 50 años)

Criterios de Exclusión

No encontrarse en el rango de fecha comprendido entre el 2009-2014, salvo que se trate de un texto fundamental, referirse a patología dual como TUS y Trastorno Mental

ubicado en lo que antes se denominaba del Eje I (DSM-IV), uso de terapia farmacológica para el tratamiento de la patología dual, dirigida a poblaciones con edades fuera del rango especificado

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Se realizó una Revisión Bibliográfica Sistemática con el fin de conocer el estado de la cuestión y poder responder el problema de investigación planteado. La búsqueda se realizó en las bases de datos electrónicas de SCIENCE DIRECT, MEDLINE, PROQUEST, PsycARTICLES, PUBMED, DIALNET, EBSCO y GOOGLESCHOLAR. Se solicitó una búsqueda a la Biblioteca Nacional del Sistema de Salud (BINASS) y se acceso vía electrónica a la biblioteca virtual del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia. Los criterios de búsqueda fueron: Patología Dual, Patología and Dual, Adicciones, Dual Pathology and Adicction, Adicction and Personality Adicciones and Trastornos de Personalidad, Mujeres y Adicciones, Consumo de drogas en Mujeres, Adicciones y Género, Tratamiento de Adicciones, Adicción y Tratamiento Psicológico, Adicción e Intervenciones Psicológicas. Los idiomas de la búsqueda fueron español e inglés y se tomaron en cuenta artículos académicos, indexados, arbitrados y a texto completo.

En total se obtuvieron 82 resultados que cumplían los parámetros iniciales de búsqueda, seleccionándose finalmente 33 artículos que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente.



Tabla 1
Matriz de análisis entre la temática de los artículos y sus aportes en las categorías de interés para la revisión

Tema	Género y Adicciones	Patología Dual	Patología Dual y Género
Categoría de análisis Epidemiología	Ortigosa, S; López-Vilchez, M et al (2011) Santos et al., 2010 Wedegaertner et al., 2010 Ruiz et al. (2010) Barea et al. (2010) Martínez (2011)	Barea et al., 2010 Casadio et al., 2014 Langas, Malt y Opjordsmoen (2011) Pereiro et al., 2013 Roncero et al., 2009 Ruiz et al. (2010) Szerman et al., 2011	Arias et al., 2013 Luque y Rodríguez-Contreras (2013) Nyhlén, Fridell, Bäckström, Hessen y Krantz (2011) Villagra-Lanza et al., 2011
Etiología	Santos et al., 2010 Pérez y Mestre (2013) Vélez y Jansson (2010) Chicharro, Pérez-García y Sanjuan (2012) Villalba y Verdejo-García (2012) Viveros y Marco (2011)	Barea et al., 2010 Fenton et al., 2012 Jahng et al., 2011 Marquez-Arrico y Adán (2013) Ruiz et al. (2010)	
Intervención/ Tratamiento	Rodríguez, Martínez, Figueroa y Pattatucci (2012) Valle y Perales (2010) Martínez y Verdejo (2011) Ortigosa et al.; (2011) Londoño, N (2012) Luoma, Kohlenberg, Hayes y Fletcher (2012) Santos et al., 2010	Astals et al., 2009 Ball, Mascarelli, LaPaglia y Ostrowski, (2011) Martínez (2010) Martínez (2011) Staring, Blaauw y Mulder (2012)	Madoz-Gúrpide, García, Luque y Ochoa (2013)



ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Los 33 resultados seleccionados se distribuyeron en la matriz de análisis de la Tabla 1, algunos artículos se ubican en más de una categoría, debido a sus aportes:

Previo analizar lo arrojado en la Tabla 1, es relevante mencionar lo que se puede analizar del material que no fue seleccionado: 1) la mayoría de artículos de PD que incluyen en su análisis la perspectiva de género, sólo toman en cuenta la dependencia al alcohol, la cual

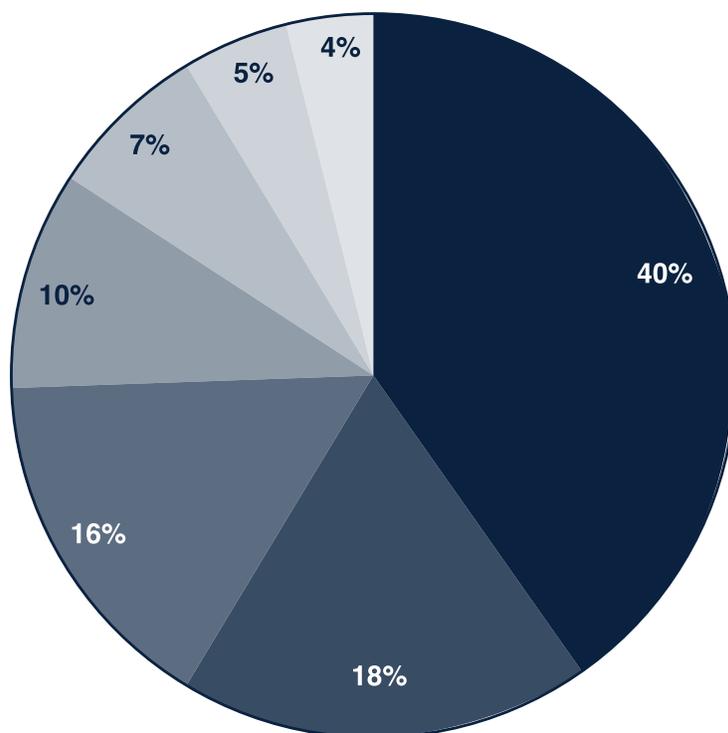
es una droga legal cuyo efecto en la población femenina ha sido más ampliamente estudiada. (13 de 82). 2) Artículos que abordaban la PD no incluían las mujeres en sus muestras (8 de 82). 3) Algunos pese a que hacían mención a la PD incluyendo TUS y trastornos del eje I y del eje II, finalmente solo incluían el análisis de la comorbilidad con el eje I, dejando de lado los trastornos de personalidad (TP) (3 de 82). 4) Otros.

Todo lo dicho anteriormente, se observa más claramente en el Gráfico 1:

Gráfico 1

Motivos de Exclusión y Porcentaje de los Artículos Aceptados

■ Aceptados ■ Fecha ■ Alcohol ■ Sin Perspectiva de Género
 ■ Edad ■ Tratamiento no Psicológico ■ Eje 1





Con respecto los artículos que sí reunían los criterios de inclusión, a partir de la Tabla 2, la primera información sobresaliente de la distribución de la matriz justifica la importancia de la revisión realizada, pues evidencia lo poco que se conoce de la PD en la población femenina, vacío que afecta el tratamiento inclusivo o con perspectiva de género que se pueda brindar y por ende la efectividad de los resultados obtenidos. La mayor información con que se cuenta es de tipo epidemiológico, que viene a ser significativa, en tanto permite un acercamiento a las características presentes en mujeres con doble diagnóstico, y quizá comenzar a vislumbrar algunas de sus necesidades particulares de tratamiento.

Por otro lado, el vacío más grande de información existente alrededor del doble diagnóstico en mujeres, tiene que ver con posibles causas asociadas a su origen, conocimiento útil para la delimitación de necesidades y posteriores tratamientos especializados

1. Hallazgos a Nivel Epidemiológico

Algunos aspectos interesantes respecto a las características sociodemográficas encontradas en las investigaciones en torno a la conducta adictiva, se observan en la investigación realizada por Ruiz et al. (2010), en la cual se trabajó con población no clínica (349 sujetos) y población clínica (241 sujetos), esta última conformada por la totalidad de personas que se encontraban en tratamiento por abuso o dependencia de sustancias, en un centro de atención en Madrid. Las características más representativas de cada grupo son resumidas en la Tabla 2:

Tabla 2
Características sociodemográficas con mayor prevalencia

Categoría	Población no Clínica n=349	Población Clínica n=241
Hombre	36,4%, n=127	75,5%, n=182
Mujer	63,6%, n=222	24,4%, n=59
Edad promedio	34,8 años	36,9 años
Nivel educativo	Universitario 59,6%	Secundaria 36,5%
Droga de preferencia		Alcohol 45,2% Cocaína 37, 3%

Fuente: Adaptado de Ruiz et al., 2010, p.236

No obstante, a la hora de describir los resultados de éste estudio Ruiz et al. (2010) no hacen una diferenciación de género, por lo que aspectos específicos de las mujeres drogodependientes debido a su poco porcentaje, se tornan imperceptibles.

Barea et al. (2010) realizan un estudio en una Unidad de Conductas Adictivas y una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria de la Comunidad Valenciana, con una muestra de 350 sujetos que acudieron a recibir tratamiento durante el primer semestre de 2005. La muestra estuvo conformada por un 76,6 % de hombres y un 23,7% de mujeres; el 95,6% era de raza caucásica; con una edad media de 34,07 años, el 62% eran solteros, la media de hijos era de 0,79 (DT = 1,25); el 48,6% contaban con trabajo a tiempo completo; el 17,1% estaban casados y el grado académico máximo obtenido por el 60% de la muestra era graduado/certificado escolar.



El objetivo de este estudio era conocer cómo aspectos como los antecedentes psicopatológicos familiares y la dinámica familiar influyen en el desarrollo de la PD, pero que al igual que el trabajo de Ruiz et al., no discriminan las especificidades de la submuestra conformada por las mujeres, lo que dificulta que los resultados sean aplicables a ellas.

La revisión bibliográfica exhaustiva realizada por Martínez (2011), permitió identificar que la incidencia de TP en población drogodependientes se ubica en alrededor del 50%, siendo los más frecuentes el límite, el antisocial y el dependiente (p.167), pero lo hace de manera general, es decir, sin una diferenciación por sexo.

Wedegaertner et al. (2010), expone la existencia de un mayor rechazo social hacia las mujeres consumidoras de drogas ilegales, debido a las creencias arraigadas en muchas culturas de que éstas no deben consumir ninguna sustancia; así mismo, las mujeres que utilizan sustancias psicoactivas también ven afectada su autoestima y la valoración familiar por este motivo, es decir, por creer que hacen algo que no deben hacer no sólo por el daño que ocasiona a nivel de su salud o la de su bebé no nato en caso de estar embarazadas, sino también por ir en contra de lo valorado en la sociedad respecto a ser mujer (p.3).

Además Wedegaertner et al. (2010, p.8), encuentran que muchas razones del consumo en las mujeres se asocian a sentimientos

displacenteros debido a dificultades económicas, soledad o aislamiento, no poder tener trabajo remunerado por dedicarse a labores de cuidado o bien por tener un salario menor al de los hombres, encontrado o visualizando el consumo de la droga como la mejor forma de utilizar el tiempo; motivaciones que difieren de las encontradas en hombres consumidores.

El trabajo realizado por Santos et al. (2010) respalda lo referido por Wedegaertner et al, en cuanto a cómo son vistas las mujeres drogodependientes en el contexto social, pues en el estudio descriptivo y transversal realizado con 145 mujeres que recibían tratamiento tipo residencial o ambulatorio en los departamento de Castilla y León en España, se encontró que pese a que los patrones y las drogas de consumo han cambiado, viniendo a ocupar las diferencias de sexo un lugar determinante sobre el impacto de esta la situación, es muy poca la atención que se ha prestado a los problemas de las mujeres tanto a nivel de la investigación como de tratamiento. Esto lo atribuyen a la menor prevalencia del consumo de drogas, así como al mayor rechazo social de esta conducta entre las mujeres, lo que conduce a que sea un fenómeno oculto. Otro aspecto que influye es el que en muchos casos el problema se circunscriba al ámbito privado, por lo que el número de mujeres que llegan a los lugares de atención es menor que lo que correspondería de acuerdo al consumo en la población general (p.2).

Se determinó en el trabajo de Santos et al. (2010) que entre los problemas más comunes que las mujeres adictas presentan,



se encuentran: la estigmatización social, sentimientos de culpa, pobre autoconcepto y dependencia afectiva. Además, se encontró que un porcentaje significativo, ha sufrido eventos traumáticos (maltrato físico, psicológico y abuso sexual) desde temprana edad (previo al consumo) y en el presente (en consumo activo), con una frecuencia mayor a la población general.

Santos et al. (2010, p. 2-3), también determinan que el perfil de las mujeres que se someten al tratamiento por su problemática adictiva se diferencia del de los hombres en los antecedentes de trauma (violencia física o sexual, perpetrada frecuentemente por una pareja o familiar del sexo masculino), siendo las mujeres con adicción a las drogas quienes más lo sufren en comparación con los hombres. Se encuentra, además, una elevada prevalencia de PD relacionada con estos eventos por ejemplo: trastorno por estrés postraumático, ansiedad y depresión.

Por otra parte, Roncero et al. (2009) exponen el hecho de que la manera en que se ha consignado la información sobre prevalencia de PD y efectividad del tratamiento muchas veces no puede ser extrapolable a otros sujetos debido a que no fueron muestras representativas, o bien porque solo se centraban en una parte de la población por lo general la masculina; por el tratamiento recibido o los instrumentos utilizados. La propuesta planteada por estos autores buscaba subsanar estas falencias; sin embargo, no publican los resultados obtenidos, lo que se constituye en un nuevo obstáculo.

Szerman et al. (2011) consideran que lo primero que se debe hacer a la hora de pensar en intervenir una problemática tan compleja como ésta es tener datos sobre su frecuencia, distribución en el medio, tipología, características de las personas que la padecen; constituyendo la falta de información un gran obstáculo. Sin embargo, a pesar de enfatizar la importancia de caracterizar a las personas afectadas, la información analizada en este trabajo corresponde sólo a los hombres que conforman el 68.75% de la muestra, no incluyendo ningún análisis del 32.25% restante comprendido por mujeres.

Con respecto al porcentaje de pacientes duales, Szerman et al. (2011) encontraron que en centros de tratamiento de adicciones y de salud, el 34% de los pacientes tiene diagnóstico dual, correspondiendo el 33.82% de este porcentaje a una comorbilidad con TP. Estos mismos autores encontraron una alta correlación ($p < 0.01$) entre los sujetos con TP y consumo perjudicial o dependencia a la cocaína.

Un estudio realizado por Luque & Rodríguez-Contreras (2013), con pacientes que padecían dependencia a sustancias psicoactivas y que recibieron tratamiento profesional en una clínica especializada entre los años 2000 y 2009, encontró que un 40.4% de estas personas tenía una comorbilidad psiquiátrica, es decir, tenían PD. Y de ese total, se identificó que un 21.5% correspondía a mujeres. No obstante, esta investigación no diferenciaba los trastornos mentales de los TP, y los incluía los TP dentro de las variables de estudio tales



como el sexo, nivel educativo, dependencia a diferentes sustancias siendo la variable dependiente la enfermedad mental, lo que se constituye es un elemento limitante de la validez de estudio.

En el 2013, Arias et al. realizan un estudio en centros de tratamiento a las drogodependencias y en centros de salud mental a pacientes que tenían seguimiento o bien, eran valorados por primera vez, se determinó que un 61.8% de la muestra tenía diagnóstico dual. De ese total, un 66% corresponde a la comorbilidad entre el TUS y algún TP, ocupando las mujeres un 22% del total de la muestra estudiada. Los TP que presentan una correlación significativa son el TP antisocial, en primer lugar, seguido por el TP límite, TP paranoide y TP esquizoide respectivamente.

Independientemente del porcentaje de mujeres con PD encontrado por Arias et al. (2013), los investigadores apuntan al hecho de que si se comparan pacientes duales y personas adictas no duales; hay un mayor predominio de mujeres con PD, las que tienen a su vez, una peor situación laboral (p. 122).

Casadio et al. (2014) señalan que la cifra de personas con PD es de 62% incluyendo la ludopatía dentro de la categoría de las adicciones, la que abarca un 7% del total. Sin embargo, si se toma en cuenta la adicción a múltiples sustancias el monto pasa a 27%. Por otra parte, encuentran que el 33% de las personas afectadas se ubicaban en el cluster B (TP antisocial y TP límite), 14% en el clúster C (TP evitativa y TP obsesivo-compulsiva), 8% en el clúster A (TP paranoide y TP esquizoide).

Finalmente, las mujeres, que correspondían al 26.3% de la muestra, presentaron la mayor prevalencia de trastorno límite de personalidad en la PD, un 36% frente a un 19% en los hombres.

Otros estudios como el de Langas et al. (2011), ubican la cifra de pacientes hospitalizados en centros psiquiátricos con doble diagnóstico en un 10%, enfatizando no obstante, en que la cifra tiende a aumentar si se toma en cuenta otros espacios y se reduce el subregistro que generalmente se da. También registraron el hecho de que un alto porcentaje de personas que presentan consumo abusivo y/o dependiente de sustancias, padecen a su vez trastorno de estrés postrauma, entre el 33% y 50% (p. 4-5).

Un aporte interesante es el de un estudio de cohorte realizado en Suecia por Nyhlén, Fridell, Bäckström, Hessen y Krantz, (2011), en el cual se dio seguimiento a 561 pacientes ingresados para tratamiento entre 1970 y 1978, luego de 37 años, es decir, en el 2006; con el fin de conocer la asociación entre la drogodependencia y la muerte prematura. Se utilizaron como variables independientes el sexo, la edad, tipo de droga, padecimientos somáticos, padecimientos psiquiátricos entre los que se incluyeron los criterios de psicosis, neurosis y TP, específicamente el antisocial, el histérico y el infantil, diagnósticos vigentes en el momento de su ingreso al centro para recibir tratamiento.

Algunos de los datos relevantes abstraídos a partir de la investigación de Nyhlén et al. (2011) fueron que del total de la muestra un



20% sufría de algún TP, predominantemente el antisocial (p.5), no obstante los autores están conscientes que en el tiempo en que se realizó el diagnóstico este criterio no era muy considerado por lo que la cifra consignada es mucho menor a la que podría encontrarse en la actualidad (p.7).

Por otro lado, la mayor correlación de muertes por sustancias psicoactivas se encontraba entre pacientes del sexo masculino, en edad adulta (media de 39.9 años) lo que correspondía a un 76% del total de la muestra de los fallecidos (p.4 y 5); pero a pesar de a esto, las muertes de las mujeres, aunque no fueron significativas a nivel estadístico, permitieron observar que la mayoría de esos decesos se presentaron en edades más tempranas; aspecto que los investigadores atribuyen a posible sobredosis accidental debido a su fisonomía, ya que aunque eran más pequeñas que los varones, consumían la misma cantidad de sustancias (Nyhlén et al., 2011, p. 6).

Lamentablemente, la muerte de las personas que padecen enfermedad adictiva y en este caso de las mujeres, no es el único riesgo, ya que como lo apuntan diferentes investigaciones, la población clínica femenina en su gran mayoría se encuentra en la edad reproductiva y tienen un promedio de 2 hijos, y de acuerdo al estudio realizado por Ortigosa et al (2011), se encontró que alrededor del 15.6% de mujeres embarazadas en Europa y el 5.2% en Estados Unidos, permanece en consumo activo; lo que como se logra observar conlleva a otros riesgos asociados no solo a

las madres, sino también los niños durante la gestación, parto, primeros años de vida y a lo largo de su vida.

Para las mujeres y madres drogodependientes, de acuerdo a estos autores (Ortigosa et al., 2011), persisten los factores de riesgo mencionados en otros trabajos, tales como falta de apoyo social, violencia doméstica y conductas sexuales de riesgo para obtener dinero o drogas, lo que conduce al aumento de enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Durante el embarazo, la adicción se asocia a un irregular o escaso control prenatal, rotura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de la placenta (este último en el caso excluido de dependientes a la cocaína) y cesáreas debido a complicaciones y para prevenir riesgo de contagio de ETS al bebé (Ortigosa et al., 2011, p. 425).

El 23.6% de los bebés nacen prematuros moderados o severos, el 32.5% con bajo peso, el 27.3 presentó Síndrome de Abstinencia; otras complicaciones son un Apgar mínimo, menor perímetro craneal, y finalmente se observó que el 5.2% de estos niños presentaron alteraciones neuroconductuales con repercusiones a lo largo de su vida (Ortigosa et al., 2011).

2. Hallazgos a Nivel Etiológico

Son pocos los estudios que han buscado develar hasta donde influye en la aparición o el mantenimiento de la PD el factor sexo- género,



a pesar de que en muchas investigaciones y/o revisiones bibliográficas, se hace mención de que sí influye de manera distinta en el doble diagnóstico el ser hombre o mujer (Peris & Balaguer, 2010, p. 10). Lamentablemente la mayoría de trabajos que hacen mención a las diferencias entre los sexos en torno a la PD, lo hacen de manera descriptiva; no dándose un análisis respecto al peso que puede tener la fisioanatomía, el contexto, la cultura y/o la socialización en las personas afectadas.

En la línea de empezar a vislumbrar los aspectos meramente neurofisiológicos, resulta útil la investigación Viveros y Marco (2011), que consiste en una investigación basada en un modelo animal para conocer mecanismos neurobiológicos subyacentes a determinados trastornos como lo es trastorno por dependencia a sustancias, tomando en cuenta el factor sexo y las diferencias interespecies (animales y seres humanos) al extrapolar los datos.

Entre los resultados obtenidos, se destaca que experiencias traumáticas a temprana edad podrían estar asociadas al desarrollo de psicopatología y alteraciones endocrinas en la edad adulta; por ejemplo se encontró que la separación materna durante la etapa perinatal, generaba gran estrés a las ratas del experimento y en la edad adulta comenzaban a mostrar: alteraciones comportamentales similares a una sintomatología de tipo psicótico, comportamientos de tipo depresivo, inadecuada adaptación al estrés, efectos perjudiciales para la supervivencia neuronal debido al incremento en los niveles de

corticosterona (glucocorticoide), afectación en el desarrollo del cerebro, los efectos neurales y gliales resultado de la separación materna fueron más evidentes entre los animales machos.

Con respecto a la conducta adictiva, Viveros & Marco (2011), encontraron lo siguiente: las hembras se muestran más vulnerables en las fases críticas del proceso de adicción, lo que parece asociarse a que las hormonas gonadales femeninas parecen facilitar el abuso de drogas, lo que se ve corroborado por la disminución de esta respuesta al ser ovariectomizadas; y presencia de un aumento del ansia por consumir o de la respuesta a ciertas dosis de cocaína en un experimento de autoadministración, cuando luego de la ovariectomía las ratas eran tratadas con estradiol, lo que sugiere que el estradiol aumenta la motivación para el consumo de esta droga. Asimismo una adquisición más rápida y un mantenimiento (estabilización de las respuestas) más robusto en las hembras que los machos; además del sexo, la edad y duración de la exposición al cannabis pueden influir en el sentido de las diferencias sexuales observables en cuanto al efecto del cannabis sobre el consumo de otras drogas, por ejemplo: un tratamiento con el agonista cannabinoide en la adolescencia aumentó la autoadministración de morfina en machos pero no en hembras adultas, un tratamiento similar (con el mismo agonista, pero con un protocolo de mayor duración) durante el período periadolescente inducía un aumento de autoadministración de cocaína en hembras y finalmente, las hembras parecen ser más susceptibles a los efectos



ansiógenicos de una administración única de agonista cannabinoide. A nivel de estudios realizados con humanos, se observó que existe una importante relación entre el estrés y los procesos de adicción, pues el primero parece jugar un papel importante en la motivación del consumo de diferentes drogas tales como estimulantes, opiáceos y alcohol. A la inversa de lo que ocurre en las ratas, los hombres muestran niveles más altos de cortisol (el glucocorticoide más abundante en humanos, y comúnmente llamada la hormona del estrés) que las mujeres.

Todos los datos obtenidos en esta investigación reflejan la importancia de los factores “sexo” y “edad”, así como la necesidad de tener en cuenta su influencia tanto en la investigación preclínica, clínica y la epidemiológica para mejorar las estrategias de tratamiento y también de prevención (Viveros & Marco, 2011).

En el estudio realizado por Ruiz et al. (2010), señalan datos interesantes respecto a la presencia de alteraciones semejantes observadas a nivel frontal tanto en personas con problemática adictiva y aquellas con TP, tomando en cuenta dimensiones del temperamento. Los resultados arrojados por este estudio fueron, que existía una correlación considerable entre la sintomatología frontal y tres de ocho dimensiones temperamentales evaluadas, las cuales son: la búsqueda de novedad ($r^2 = 0,41$), la evitación del daño ($r^2 = 0,34$) y la autodirección ($r^2 = 0,49$). Paralelamente, estas dimensiones estaban asociadas a alguna de las regiones que conforman la corteza frontal y prefrontal, lo que

les llevó a concluir, a partir de lo observado en los datos, que las adicciones se relacionarían con un incremento de la sintomatología frontal, de tipo mesial (apatía, de ahí la búsqueda de nuevas sensaciones), orbital (desinhibición) y dorsolateral (síndrome disejecutivo). Lo que se podría traducir en cambios en el patrón de personalidad.

Por otra parte, Peris y Balaguer (2010) identifican vías que parecen relacionarse a su vez con la alteración de distintos circuitos neurales, tal y como se observa en la siguiente Tabla.

Tabla 3
Causas neurobiológicas asociadas a determinadas alteraciones conductuales

ALTERACIÓN CONDUCTUAL	CAUSA NEUROBIOLÓGICA
Desinhibición conductual e impulsividad	Deficiencias serotoninérgicas
Reactividad al estrés o sensibilidad a la ansiedad con activación neuronal	Inhibición reducida del sistema Glutamato – GABA
Sensibilidad a la recompensa	Hiperactividad dopaminérgica

Fuente: Adaptado de Peris y Balaguer, 2010

En la misma línea, pero relacionado a rasgos de la personalidad; Márquez- Arrico y Adán (2013), hacen alusión a determinados rasgos de personalidad persistentes en las personas



que padecen PD en comparación de aquellas que sólo tienen uno de los dos trastornos que conforman este doble diagnóstico, es decir, que sólo tiene un trastorno mental o sólo tienen TUS. A partir de los datos encontrados a través de la revisión bibliográfica realizada, concluyen en primer lugar que los TP presentes con mayor frecuencia en pacientes duales son los que pertenecen al Clúster B (41,6%), especialmente el TP Límite y el Antisocial (Márquez- Arrico & Adán, 2013).

Entre los rasgos de personalidad destacados en pacientes duales, respecto a los no duales, se encuentran:

1. La presencia de niveles superiores en cuatro rasgos: Búsqueda de Sensaciones, Impulsividad, Evitación del Daño y Neuroticismo (Márquez- Arrico & Adán, 2013).
2. Puntuaciones inferiores en los rasgos de: Persistencia, Autodirección, Autotranscendencia y Cooperación (Márquez- Arrico & Adán, 2013).

Como dato relevante señalaron las limitaciones que encontraron al hacer el estudio: respecto al sexo, la mayoría de los trabajos se centran sólo en hombres, en concordancia con la prevalencia de PD y de TUS, o no realizan un análisis de datos en función del sexo por lo que los resultados no pueden generalizarse a ambos sexos. El análisis de las posibles diferencias en función del sexo y la edad en PD es un aspecto que deberían abordar investigaciones futuras (Márquez- Arrico & Adán, 2013, p. 197).

La investigación realizada por Chicharro, Pérez-García y Sanjuan (2012) donde se compara un grupo control y un grupo de personas drogodependientes, tenía como fin de identificar si existen diferencias entre ambos a nivel de la respuesta emocional, debido a la influencia que ésta tiene en la conducta, y poder comprender que aspectos estaban relacionados a la conducta consumidora y así abordarlos de forma focalizada. La muestra estuvo constituida por 57 personas con problemática adictiva y 44 del grupo control. Los autores encontraron que sí habían diferencias significativas ($p < 0,001$) entre adictos a sustancias y no consumidores en torno a cómo valoraban los estímulos emocionales, demostrando los consumidores una valoración más extrema, en comparación a los no consumidores. No obstante, no se encontraron diferencias en la intensidad con la que se responde a un estímulo, es decir, aproximarse o evitarlo; ni en el grado de control que ejercen las personas al encontrarse frente a diversos estímulos. Resultados que contradicen lo expuesto por otros estudios y que los mismos autores atribuyen a posibles características de la muestra, diseño de investigación y análisis de los datos.

Los resultados de Barea et al. (2010), toman en cuenta aspectos contextuales, específicamente relacionados con la dinámica familiar, para conocer si ésta tiene alguna relación en el desarrollo de la PD, entre los que se encuentra que existe una correlación significativa ($p < 0,05$) en cuatro direcciones relevantes: entre la presencia de antecedentes familiares de alcoholismo, drogodependencias



y psicológicos/psiquiátricos y una peor dinámica familiar; entre una edad de inicio en el consumo de sustancias más temprana y antecedentes familiares de drogodependencias; entre una edad de inicio en el consumo más temprana, tener antecedentes psicopatológicos familiares, una peor dinámica familiar, los problemas de conducta en la adolescencia o trastorno disocial; entre la presencia de trastorno disocial y la presencia de algún TP en la vida adulta.

Así mismo, el 47,7% de la muestra presentaba al menos un TP, siendo los más prevalentes el límite (17,4% diagnosticados y 12,3% con diagnóstico de trastorno probable), el no especificado (14,3% diagnosticados y 3,7% probable), el antisocial (12,6% diagnóstico y 14,6% probable) y el paranoide (8% diagnóstico y 8,9% probable). Los datos sugerían que una edad de inicio más temprana en el consumo de anfetaminas y policonsumo se relacionan con el TP límite; mientras que una edad de inicio más temprana en el consumo de heroína, benzodiazepinas, cocaína, cannabis y policonsumo se relacionan con el TP antisocial, no obstante estos datos no son concluyentes (Barea et al., 2010)

Arias et al., 2013; en su trabajo si observaron una correlación entre policonsumo de sustancias psicoactivas y la PD.

Por otra parte, considerando las diferencias de sexo, pero en las investigaciones con seres humanos, en el cono sur del continente americano, Vélez y Jansson (2010), realizan una investigación con 87 mujeres

embarazadas en tratamiento por su problemática adictiva, que además presentaban historia de victimización pasada o presente, el 67.5% de la muestra estuvo conformada por mujeres afrodescendientes, la media etaria fue de 28,24 años y tenían un promedio de 2,17 hijos. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- El 51. 6% de la muestra reunió criterios para el trastorno de estrés postraumático (TEP), detonado principalmente por eventos de violencia interpersonal física, sexual o emocional perpetrados por familiares y/o extraños, por sobre eventos como desastres naturales o enfermedades (p.4).
- Las usuarias con TEP reportaron un mayor impedimento en diversos aspectos de su funcionamiento cotidiano, el cual fue estadísticamente significativo ($p < .005$) en las áreas de relaciones con amigos y familiares, en la satisfacción general con la vida, en el funcionamiento en general y en las actividades de ocio (p.5).
- En estas pacientes se observa como síntomas del TEP como los flashbacks, pesadillas o explosiones de ira que generan conflictos interpersonales, pueden detonar el consumo de drogas. En la misma línea, se señala que las recaídas en el uso de drogas están relacionadas con situaciones que abarcan emociones negativas, malestar físico y conflictos interpersonales (p.6).
- El TEP en la madre es uno de los factores que predisponen la transmisión de trastornos



neuropsiquiátricos, incluyendo el mismo trastorno; esto debido a que la exposición al estrés y al TEP modifica el ambiente intrauterino a través de hormonas como los glucocorticoides (p.7).

- Otro elemento que puede alterar el ambiente intrauterino y en periodos sensibles del desarrollo fetal, causar efectos tanto estructurales como funcionales a lo largo de la vida, tiene que ver con el concepto de programación fetal, se ejemplifica en el estudio de Yehuda et al, citado por Vélez et al (2010) que refleja que si la madre presenta niveles bajos de cortisol durante el embarazo por TEP, el bebé después de un año de nacido, aún presentaba niveles bajos de cortisol (p.7).

- Se encontró que manejar trauma y TEP de forma temprana en el tratamiento de la adicción mejora el pronóstico de las usuarias pacientes (p.7).

Los resultados de la revisión bibliográfica realizada por Pérez y Mestre (2013) de 17 investigaciones y 3 libros publicados en un período de 30 años, apoya lo expuesto anteriormente; con la salvedad que se basan exclusivamente en el abuso sexual infantil. Entre los hallazgos se señala la drogodependencia como una de sus consecuencias mejor comprobadas; viniendo la droga a cumplir la función de adormecer las emociones, evitar pensamientos desagradables, evadirse y evadir el problema (p. 3).

También, se encontró una alta correlación entre haber sufrido abuso sexual en la infancia

y presentar conductas disruptivas, delinquir, sufrir sintomatología disociativa y padecer TP Límite (Pérez & Mestre, 2013, p. 2).

Estos investigadores encontraron que entre un 50% y un 80% de las mujeres con problemas de adicción han sufrido abusos sexuales en su infancia y que entre un 23% y un 74% de mujeres diagnosticadas con TUS, ha sufrido abusos sexuales. Situándose el porcentaje de víctimas de abuso sexual en la infancia en un 7.4% para hombres, frente a un 19% de mujeres (Pérez & Mestre, 2013, p. 2-3).

El estudio descriptivo realizado por Santos et al. (2010), también reflejó que existe una relación entre el consumo de drogas y los abusos físicos, psicológicos y sexuales sufridos por las mujeres drogodependientes previo al inicio del consumo (durante la infancia y/o adolescencia) y también luego de iniciado el consumo; siendo la frecuencia de estos eventos victimizantes mayor a la encontrada en la población general (p.2). Otros de los resultados encontrados en el trabajo de Santos et al. (2010) fueron que:

- Entre las mujeres con antecedentes de violencia, el mayor porcentaje se ubicaba en el grupo comprendido entre 18-29 años, a pesar de que el grupo mayoritario en la muestra era de 30-44 años. Dentro de éstas, el 41,9 % ha sufrido violencia física, el 51,6 % violencia psicológica y el 29 % ha sufrido abusos sexuales, esto sólo dentro del contexto familiar. Fuera del ámbito familiar, este grupo también presentó el mayor porcentaje de abuso sexual en la muestra (32,3%).



- Pese a que el nivel educativo de la mayoría de la muestra de mujeres con problemática era de secundaria completa; quienes tenían antecedentes de traumas asociados a victimización, en su mayoría no habían concluido los estudios primarios (diferencias estadísticamente no significativas).

- Los inicios precoces del consumo problemático de la droga principal (antes de 18 años) son mayores en el grupo de mujeres con antecedentes de trauma (21,5 %) que en el de quienes carecen de ellos (10%).

- Los antecedentes traumáticos no sólo son un factor muy presente entre las mujeres drogodependientes, sino que también parecen condicionar el inicio y mantenimiento de la adicción.

- Las mujeres con historia de trauma asociado a victimización, presentan un perfil más complejo y consecuentemente, requieren de un tratamiento más intensivo, adecuado a sus necesidades específicas.

Un estudio que parece venir a solventar algunos vacíos en la información en los trabajos de investigación mixtos a nivel del sexo de la muestra, es el desarrollado en Estados Unidos de América por Jahng et al. (2011), en el cual se tomó una muestra de 34,653 adultos con diagnóstico dual de los cuales 20,089 eran mujeres, lo que corresponde al 58%. Cuyo objetivo era identificar la forma en que los TP y el trastorno por consumo de sustancias se correlacionan.

Los resultados obtenidos son muy interesantes ya que se encontró una correlación significativa ($p < .01$) entre el TUS y los TP en general, pero una correlación excelente ($p < .001$, $r^2 = 68.17$) entre el TUS y TP específicamente el esquizotípico, límite y narcisista, los cuales presentaron una correlación entre sí de 0,81, 0,76, y 0.76 respectivamente. Patrón que se observaba tanto en los hombres como las mujeres (Jahng et al., 2011, p. 662).

Respecto a la edad, sí se observaron algunas diferencias, ya que los efectos de los TP del clúster B en cada diagnóstico de dependencia de sustancias fueron más fuertes para los participantes ubicados de los 30 años en adelante, que para el grupo de menor edad. Lo cual sugiere que ambas patologías no se manifiestan plenamente en personas más jóvenes a diferencia de las adultas (Jahng et al., 2011).

Fenton et al. (2012) encontraron que existen tres TP que aumentan de manera significativa el riesgo de presentar TUS y estos son: el TP antisocial, el trastorno límite de personalidad y el TP esquizotípico; considerando imperativo, abordar los TP tanto en la investigación como en el tratamiento de los problemas adictivos para un mejor resultado.

3. Aportes en torno al tratamiento

La revisión bibliográfica realizada por Rodríguez, S; Martínez, M; Figueroa, X y Pattatucci, A (2012) evidencia aspectos necesarios de tomar en cuenta a la hora de definir políticas socioeconómicas y de



salud dirigidas a mujeres con problemas de drogodependencia, exponiendo la presencia de seis factores necesarios de abordar en el tratamiento realizado, independientemente del contexto donde se aplique (penitenciario o sanitario), ya que los mismos pueden afectar la búsqueda y/o la adherencia a los tratamientos; estos factores son: el apoyo social, la comunicación, violencia dentro de la relación de pareja, intimidad sexual, estigmatización y abuso o dependencia a sustancias ilícitas en la pareja. Los hallazgos en cada una de estos aspectos se resumen a continuación:

- **Apoyo Social**, busca identificar las redes con las que cuenta la usuaria teniendo en cuenta que éstas pueden ser positivas o negativas, dependiendo de si protegen o favorecen el consumo de sustancias. Se corrobora que contar con un adecuado apoyo facilita el funcionamiento de la usuaria durante y después del tratamiento. Por el contrario, una red limitada, de escasa confianza o de otros consumidores, viene a dificultar la abstinencia (Rodríguez et al.; 2012, p. 23).
- **Comunicación**, principalmente entre los profesionales y la usuaria, la cual debe ir orientada a disminuir las barreras, mediante un adecuado *rapport*, intercambiar información, y hacer un tratamiento conjunto en el que se desarrollen habilidades de comunicación, manejo de emociones como la ira de manera eficaz y resolución de conflictos.

Habilidades que se asocian a la reducción de las tasas de recaída (Rodríguez et al.; 2012, p. 23).

- **Violencia**, los resultados no son concluyentes respecto a que la violencia hacia las mujeres conduzca al consumo actual que puedan presentar; pero sí se observa que el consumo de drogas las pone en mayor riesgo de verse inmersas en relaciones donde impera la violencia, lo que se suma exposición a otros factores de riesgo tales como conducta antisocial, estrés, viviendas inseguras, los estilos de vida de alto riesgo (Rodríguez et al.; 2012, p.24).
- **Intimidad sexual**, hace hincapié principalmente al riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual lo que complicaría la condición de salud (Rodríguez et al.; 2012, p.24).
- **Estigmatización**, se determina que la variable de género hace que la actitud de la sociedad y en ocasiones de los mismos profesionales, tenga efectos más fuertes en las mujeres que en sus homólogos masculinos; cuya internalización da lugar a sentimientos de inmerecimiento, culpa, vergüenza, falta de valor y la baja autoestima; lo que viene a exacerbar los problemas de salud mental ya existentes (Rodríguez et al.; 2012, p.24).
- **Abuso o dependencia a sustancias ilícitas en la pareja**, se encuentra



que a diferencia de los hombres que por lo general inician el consumo con amigos, las mujeres suelen hacerlo por presión o incitación de su pareja; una vez consolidada la dependencia, si la pareja también consume y no desea estar en tratamiento, esto se constituye en un factor de riesgo de abandono de tratamiento o de recaídas (Rodríguez et al.; 2012, p.25).

Un estudio de tipo descriptivo, observacional y de corte transversal, realizado en Lima, Perú; por Valle y Perales (2010), hace aportes de gran relevancia respecto al papel que juega la familia en la búsqueda oportuna de tratamiento. En éste se entrevistó a 113 familiares de personas con adicción lográndose determinar una correlación significativa ($R=$ de 0.67, $p < 0.05$) entre el tiempo transcurrido desde que los pacientes empiezan el consumo, hasta cuando buscan por primera vez atención especializada (TC) y el tiempo transcurrido desde que los familiares perciben el consumo, hasta que buscan por primera vez atención especializada (TSAM); observándose una relación directamente proporcional entre el TC y el TSAM, es decir, un mayor TSAM se asocia a un mayor TC. Siendo el TC= de 11.22 años después de iniciado el consumo y el TSAM= de 4.69 años después de percibir el consumo de su ser querido (Valle & Perales, 2010, p.75-76).

Llama la atención que sólo en el 21% de casos la decisión de asistir a la atención médica contó con la aprobación del/la usuario/a, frente a un 79% de familiares que tuvo que

llevar a la persona “a la fuerza”, lo que deja manifiesto dos de los principales problemas de los enfermos a la hora de buscar ayuda, los cuales son la *falta de motivación* y *poca o nula consciencia de enfermedad*; esta situación refleja el gran peso que tiene la familia en que estos pacientes reciban ayuda oportuna. Pero esto se ve obstaculizado por el hecho de que sólo el 19 % de familiares consideraba la adicción como una enfermedad; el 81% la percibía como un “*vicio social*” (Valle & Perales, 2010, p.75).

Así mismo, se encontraron otras limitantes para la búsqueda temprana de atención especializada por parte de los familiares, como patrones de codependencia en la familia quienes trataban de proteger al usuario/a de las consecuencias de su enfermedad, la existencia de otros familiares con consumo de sustancias, por lo que el consumo era normalizado; y también conductas manipulatorias del/la paciente para con sus familiares, quienes no sabían cómo ponerle límites (Valle & Perales, 2010, p.77-78).

Respecto a los factores asociados al sexo se encontraron diferencias en el tiempo transcurrido para buscar ayuda y el tipo de sustancia, ya las mujeres, en todas las drogas exploradas con excepción de la marihuana, buscaban atención médica primero que los hombres. Sin embargo, a pesar de lo anterior, el tiempo desde el primer consumo hasta que acudían a recibir algún tratamiento era considerable y cuando lo hacían, se encontraban con muchas más barreras que sus contrapartes masculinos, tales como la estigmatización, la



respuesta del entorno y factores intrínsecos al tratamiento (Valle & Perales, 2010, p.78),

Además de la falta de motivación y ausencia de consciencia de enfermedad, Martínez y Verdejo (2011) identifican otro factor que afecta no solo la búsqueda sino la continuidad del tratamiento y es la vivencia del craving: Estos autores encontraron a su vez que las creencias básicas adictivas asociadas a la funcionalidad del consumo (por ejem. *“consumir es la única forma de enfrentar el dolor en mi vida”* y expectativas negativas de autoeficacia (por ejem. *“No soy suficientemente fuerte para dejarlo”*) predicen significativamente ($p= 0.001$ y $p=0.003$; respectivamente) la intensidad del craving. De ahí que trabajar este tipo de cogniciones debe ser una de las metas del tratamiento, pues si bien es cierto el craving no es sinónimo de impulso por consumir, es un paso para recaer, si no se dan las estrategias para diferenciar ambos y para manejarlos.

Hernández y Londoño (2011), al trabajar con el total de la población ingresada en la Comunidad Terapéutica Amigoniana en Colombia con el objetivo de identificar los aspectos psicosociales, cognitivos y de personalidad asociados a la adherencia al tratamiento por parte de los usuarios. La muestra estuvo conformada por 373 (84,2%) hombres y 70 (15,8) mujeres, con un promedio de 18 años.

Los resultados de este estudio (Hernández & Londoño, 2011), arrojaron la existencia de una alta correlación entre la adherencia al tratamiento y tiempo de permanencia

en la comunidad terapéutica. Adherencia que a su vez se ve impulsada de manera estadísticamente significativa por la presencia antecedentes de violencia, callejización, prostitución, u otras vivencias traumáticas que generan esquemas cognitivos de desconfianza/abuso ($p=.038$), vulnerabilidad al daño y a la enfermedad ($p= .002$).

Otros factores que favorecen la adherencia de acuerdo a lo analizado por Hernández y Londoño (2011), son una baja autonomía ($p= .001$), es decir, no creer que puede resolver esta situación por sí mismo/a, lo que a su vez conduce a la búsqueda de apoyo profesional por iniciativa propia ($p= .000$). A nivel de personalidad, la existencia de ciertos rasgos de personalidad como el perfeccionismo ($p=.000$); habilidades o estrategias de afrontamiento al estrés y solución de problemas ($p= .003$) así como para darle una reevaluación positiva a sus diversas situaciones dolorosas ($p= .001$), también tienen un efecto estadísticamente significativo en la adherencia al tratamiento (Hernández & Londoño, 2011).

Otro aspecto que resulta valioso, se desprende del estudio realizado por Ortigosa et al. (2011); ya que la comparación realizada entre los efectos negativos y riesgosos en las madres que consumieron drogas durante su embarazo y sus bebés en el 2002 y en el 2008, arrojó una disminución de factores de riesgo como edad en que se da el embarazo, mayor control prenatal, menor número de partos por cesárea, mejor puntuación en Apgar, mejor manejo del síndrome de abstinencia en los bebés; luego de implementar programas específicos



a esta población (p. 428). Lo interesante es que este programa se basó principalmente en la psicoeducación y la implementación de políticas de salud pública dirigidas a esta población.

El trabajo realizado por Martínez (2010), en torno al tratamiento de la PD en los ámbitos de interés de la presente revisión bibliográfica, hace aportes revolucionarios y valiosos para beneficiar a esta población. Primero que nada, sus hallazgos cuestionan creencias muy arraigadas en la comunidad de profesionales de la salud, tales como que la población con comorbilidad entre trastorno por dependencia a sustancias y TP, es “intratable”, esquema que ha predispuesto al personal a cargo de atender a este grupo.

Los elementos que Martínez (2010) señala como variables asociadas a mejores resultados en el tratamiento dirigido los/as sujetos afectados por PD son: la calidad de la alianza terapéutica; el trabajo de la egosintonía experimentada por los/as usuarios respecto al TP; recomendando la psicoeducación para la toma de consciencia en cómo su conducta afecta a otros y a sí mismos; ayudar al usuario/a a manejar la impaciencia o la desmotivación de no ver cambios inmediatos, principalmente a nivel de los rasgos de personalidad, con el fin de prevenir el abandono del tratamiento; un abordaje multi e interdisciplinario por parte del equipo de profesionales a cargo de la atención y compromiso de estos miembros de capacitar a otras personas no profesionales que trabajan directamente con esta población; implementación de estrategias específicas

para cada caso, pues todas las personas son distintas: involucrar a la familia en la intervención y capacitarla a su vez, para que la contención que brinde al o a la paciente, sea la adecuada; trabajar en torno a la modificación de los rasgos de personalidad, área en la cual la terapia cognitivo conductual ha tenido muy buenos resultados.

Otros aportes de Martínez (2011), apuntan a que para que el tratamiento de la PD sea exitoso, se deben intervenir ambos trastornos de manera conjunta, mediante un modelo de intervención integrado, que se adapte a las particularidades de los/las usuarios/as. Este último elemento aumenta el tiempo de permanencia, y ésta es su vez, una variable que se asocia a un tratamiento más efectivo.

La revisión bibliográfica realizada por Martínez (2011) también permite identificar los modelos teóricos con mejores resultados para el abordaje de esta doble patología; entre los tratamientos efectivos se destaca la terapia cognitivo-conductual para abordar el TUS y diferentes TP inclusive los más severos, con muy buenos resultados; no obstante, en el caso específico del trastorno límite, la terapia dialéctica conductual ha demostrado ser más efectiva.

Otro modelo que demostró ser efectivo en el tratamiento de los TP, fue el de la Terapia Cognitiva (Beck et al., mencionados por Martínez, 2011), ya que comprobó que cuando el paciente es capaz de identificar y modificar las creencias básicas, conseguía mejoras en diferentes áreas de su funcionamiento.



A nivel de intervención grupal de drogodependientes con TP severos, se observó que la terapia psicodinámica y cognitivo-conductual combinadas, producían buenos indicadores de mejorías, sumado al hecho de una deserción muy reducida (Martínez, 2011, p. 171).

Otro aspecto fundamental de acuerdo a Martínez (2011) es la evaluación de la efectividad de la intervención, lo cual no recomienda que se haga mediante auto-registros inmediatos a la finalización del proceso, sino de forma continua y a través de diferentes fuentes de información, tomando en cuenta los siguientes criterios: a) el cambio sintomático, b) el funcionamiento social y 3) la calidad de vida (p.171).

Un estudio intragrupo realizado en Holanda por Staring, Blaauw y Mulder (2012), mostró efectividad en la aplicación del Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) en combinación con el Tratamiento Integrado de Diagnóstico Dual (TIDD). Este fue aplicado a una muestra de 43 personas con diagnóstico dual (42 hombres y 1 mujeres) quienes tenían un historial de delitos menores frecuentes. Los resultados evidenciaron que si bien es cierto los actos delictivos y consecuentes condenas de estas personas había aumentado en los 21 meses antes del comienzo de la TAC-TIDD; estos actos disminuyeron y las convicciones estabilizaron durante los 12 meses posteriores al tratamiento ($p=.05$); estando la disminución de los actos directamente asociada a la disminución del consumo de sustancias por parte de estas personas. No obstante, el

tamaño reducido de la muestra hace que carezca de fuerza estadística.

El trabajo realizado en Estados Unidos por Ball, Maccarelli, LaPaglia y Ostrowski (2011), hace referencia que tanto terapia individual que aborda exclusivamente la problemática adictiva como la terapia dual individual que aborda ambos trastornos, mejora la sintomatología observada en los usuarios. No encontraron diferencias significativas con relación al tiempo de permanencia de los participantes en cualquiera de los dos programas terapéuticos, llegando a concluirlos exitosamente un 42% del total (pp. 7), no observándose tampoco, diferencias entre quienes tienen TP y los que no; corroborándose lo expuesto en otras investigaciones acerca de que el TP no influye como se pensaba, en una menor adherencia al tratamiento.

No obstante, Ball et al. (2011), sí observaron que pese a que ambas terapias contribuyeron a mejorar los síntomas tanto del TUS como de TP, la dual se estancaba en la mejoría luego de tres meses de tratamiento, mientras que la individual continuaba evidenciando cambios positivos en la reducción de la sintomatología. Estos hallazgos contradicen lo encontrado en múltiples estudios respecto a la mayor eficacia del abordaje de ambos trastornos de manera conjunta; pero esta situación parece asociarse a que el abordaje de la problemática adictiva, que es el foco de la terapia individual, es más familiar para los/as usuarios/as, por haber pasado la gran mayoría por otros procesos de tratamiento de la drogodependencia, quienes además poseen rasgos de personalidad tales



como la impulsividad, la inestabilidad, la evitación y la rigidez, que les pueden hacer inclinarse por lo que les resulta conocido.

Por otra parte, el estancamiento observado en la mejoría del grupo clínico tratado con la modalidad dual, también puede deberse a que como estos mismos autores señalan, la mejoría de síntomas asociados a TP requiere de psicoterapia, farmacoterapia y técnicas de modificación conductual, las cuales requieren de mayor tiempo para ver resultados (Ball et al., 2011).

Astals, Díaz, Domingo-Salvany, Martín-Santos, Bulbena y Torrens (2009), realizan un estudio en Barcelona, España, que consiste en dar seguimiento a un grupo de 189 sujetos con dependencia a opiáceos, ingresados a un programa de Mantenimiento de Metadona, dentro de esta muestra, el 32% presentaba comorbilidad con otro diagnóstico trastorno mental o de personalidad. Los resultados obtenidos en este estudio, vienen a reforzar lo consignado por Ball et al. (2011), respecto a que ni los trastornos comórbidos ($p = 0,622$), ni la dosis de la sustancia consumida ($p = 0,672$) están asociados a la permanencia en el programa. Observándose una permanencia o retención de alrededor del 68,5%. (63.9% en el caso de los que tienen PD y 68% en quienes no presentan PD).

Entre los factores que identifican sí repercuten en que los usuarios deserten del programa, se encuentra: el ser hombre ($p = 0,055$), el tener un nivel educativo bajo ($p = 0,054$), los cuales si bien es cierto no fueron estadísticamente

significativos, no lo fueron por muy poco. Hecho que reafirma la necesidad de intervenciones más específicas tomando en cuenta las particularidades individuales (Astals et al., 2009).

El estudio realizado por Madoz-Gúrpide, García, Luque y Ochoa (2013), analiza de forma comparativa, variables sociodemográficas para conocer su relevancia a la hora de determinar factores de riesgo y de protección en torno al Alta Terapéutica en pacientes con PD, entendiendo el alta como la finalización exitosa del tratamiento realizado. Éste se realiza en una comunidad terapéutica profesional en Marsella, España, con una muestra de 325 usuarios, de los cuales el 78,8% correspondía a hombres y el 21.2% restante a mujeres. Otras características de la muestra era que el 31.1% no tenían estudios, el 61.8% contaba con estudios primarios o secundarios y el 7.1% con estudios superiores; el 55% estaba desempleado y el 84.5% era policonsumidor de sustancias psicoactivas (excluyendo el tabaco).

Dentro de los resultados se encontró que sólo el 29.5% de los usuarios que conformaron en estudio recibió alta terapéutica, le resto, es decir el 70.5% desertó o fue expulsado. Entre los factores que se asocian de manera significativa a obtener un alta terapéutica, de acuerdo a Madoz-Gúrpide et al. (2013), se encuentran: el sexo femenino ($p=0,049$), con un 39,1%, obtuvo un mayor porcentaje de recibe alta terapéutica, frente al 27% de los hombres; mayor nivel de estudios ($p=0,020$), predice que un mayor nivel de estudios se asocia



a un mayor porcentaje de alta terapéutica, encontrándose que el 43,5% de quienes fueron dados de alta contaban con estudios superiores, frente a un 32,8% con estudios primarios o secundarios y sólo un 19,8% en pacientes sin estudios; presentar dependencia de opiáceos ($p=0,022$), encontrándose que los dependientes de opiáceos tienen peor pronóstico con el 22,9% de alta terapéutica, frente a un 34,6% los que no son dependientes de esta sustancia; la dependencia de múltiples sustancias o “policonsumo” ($p=0,013$), encontrándose que sólo el 28% obtuvo el alta, en comparación con el 55,6% que no era policonsumidor; tener trastorno límite de personalidad ($p=0,041$), pues solo el 19,4% reciben alta terapéutica, frente al 32,2% de quienes no tienen este trastorno; y mayor edad ($p = .049$), pues se encontró que por cada año que aumenta la edad al inicio del estudio, disminuye la probabilidad de alta terapéutica 1,02 veces.

Para Madoz-Gúrpide et al. (2013), la importancia de conocer esta información es que permite identificar oportunamente factores que ponen en riesgo la terminación exitosa del tratamiento y poder implementar acciones preventivas de forma específica.

DISCUSIÓN

A partir de la revisión realizada, se observa una elevada prevalencia de la comorbilidad entre el TUS y el TP, es decir, de PD en la población clínica; la cual se ubica en un rango que va desde el 20% al 60% (Nyhlén et al., 2011; Szerman et al., 2011; Martínez, 2011;

Arias, 2013 y Casadio et al., 2014); ocupando las mujeres con PD cerca del 20% al 23%, del total de personas con dicho diagnóstico y siendo el Trastorno de Personalidad Límite el más frecuente en esta población, seguido por el Trastorno de Personalidad Antisocial.

Debido a las complicaciones asociadas a este trastorno (PD), tales como internamientos en centros de salud, hospitalizaciones más frecuentes y prolongadas, alteraciones conductuales que afectan la dinámica familiar, alteración y a veces debilitamiento de los vínculos familiares, contagio de enfermedades de transmisión sexual u otras alteraciones en eje III, conducta delictiva para sufragar el consumo, lo que puede conducir a implicaciones legales y/o privación de libertad, muerte prematura ya sea por enfermedades, homicidio o suicidio, una menor adherencia al tratamiento, un mayor número de recaídas; solo por mencionar algunas (Nyhlén et al., 2011; Ortigosa et al., 2011;); la PD es un tema de interés para diversos sectores tales como el de Salud o el Penitenciario.

La relevancia de esta problemática a nivel social se evidencia en el hecho que se han dictado políticas y lineamientos orientados a poder abordar la PD, para lo cual se enfatiza en la necesidad de tratamientos que contemplen las diferencias dentro de las personas afectadas asociadas a su edad, sexo, nivel socioeconómico, etnicidad, condiciones específicas como embarazo o padecer otras enfermedades físicas; con el fin de poder brindar un tratamiento eficaz, en



tanto responda a las necesidades particulares de cada subgrupo.

Lamentablemente, los datos reflejan que son pocos los trabajos que contemplan estas particularidades, es decir, en la gran mayoría no se incorpora la perspectiva de género a la hora de investigar o intervenir en este problema; viniendo a ser la realidad y necesidades masculinas, por ser la mayoría a nivel numérico, la que permea la visión y por ende el abordaje de este trastorno. Lo anterior, se evidencia en el hecho de que gran número de estudios, aunque hacían mención de la cantidad de mujeres en tratamiento para su adicción, muy pocos analizaban los resultados arrojados por la muestra femenina (sólo cinco estudios de un total de 22, analizan particularidades de la población femenina, lo que corresponde a un 23%). Esto dificulta poder conocer los aspectos epidemiológicos más significativos, identificar factores de riesgo y delimitar acciones preventivas para este grupo. Esta invisibilización, es una forma de discriminación, la cual viene a reforzar el estigma que experimentan las mujeres con PD (Wedegaertner et al., 2010; Santos et al., 2010) que a su vez las aleja de una búsqueda más oportuna de ayuda, pues cuando lo hacen no sólo son vistas con rechazo por miembros de la sociedad, porque su conducta es lo contrario a lo esperado por parte de una mujer, término que socialmente es sinónimo de madre; sino también porque no encuentran respuestas a sus problemas específicos que como mujeres, la mayoría de las veces madres, con antecedentes traumáticos y dinámicas actuales de violencia y problemas

socioeconómicos, enfrentan (Arias et al., 2013; Ortigosa et al., 2011; Santos et al., 2010; Wedegaertner et al., 2010); tales como no perder a sus hijos, conservar sus vínculos significativos, manejar los eventos traumáticos, por mencionar algunos.

Con relación al tratamiento del doble diagnóstico, la revisión realizada señala que la terapia cognitivo conductual ha demostrado ser efectiva en el abordaje de la PD (Ball, et al., 2011) así mismo la terapia dialéctico conductual especialmente en el caso de que el TP presente sea el límite (Ball, et al., 2011). Pero más allá del enfoque teórico desde el cual se aborde, todos los autores coinciden que se debe intervenir de manera conjunta o mediante un abordaje integrado ambos trastornos (Martínez, 2011; Staring et al., 2012).

El abordaje integrado implica que independientemente del lugar a donde la persona recurra, sea un centro de salud, el IAFA, ONG's u otra instancia gubernamental; una vez hecho el diagnóstico de PD, el equipo tratante de ese lugar, sea el que se encarga de realizar la atención y tratamiento de ambos trastornos.

La literatura hace hincapié en la pertinencia de tomar en cuenta las necesidades específicas de las personas afectadas (Peris & Balaguer, 2010), pues ello asegura una mayor permanencia en el programa de tratamiento, sea individual, grupal, ambulatoria o comunidad terapéutica. Además, si la persona permanece más tiempo, hay una gran probabilidad que



presente una mejoría (Hernández & Londoño, 2011).

Por otra parte, resulta llamativo el hecho de que estudios señalen que pese a que la PD (TUS y TP) es una entidad que requiere un abordaje específico e integral, no existe evidencia de que tener un TP afecte *per se* la adherencia al tratamiento como se ha afirmado en otros momentos, siempre y cuando se consideren las necesidades particulares que este tipo de pacientes pueda tener (Martínez, 2010; Ball et al., 2011). Este aspecto sugiere que los pobres resultados observados en esta población, pueden deberse al desconocimiento o resistencia de los profesionales de la salud mental que trabajan con estas personas, respecto a cómo manejar un diagnóstico que involucra complejos aspectos biopsicosociales.

Lo anterior refuerza el hecho de que la adherencia al tratamiento no tiene que ver con la patología presentada, sino con elementos más contextuales, principalmente de una buena alianza terapéutica, del establecimiento y socialización de los objetivos pertinentes y de plantearse períodos de tiempo razonable para observar mejorías en ambos trastornos, de acuerdo a la condición particular de las personas afectadas.

En el caso específico de las mujeres con PD, en primer lugar, tal como se desprende de la revisión realizada, existen diferencias en los patrones de consumo de los hombres y las mujeres tanto fisiológico-anatómicas como culturales y de socialización; en el caso de

los primeros parecen consumir más, sumado al hecho de recibir menor rechazo social al hacerlo, de ahí que en la mayoría de centros de tratamiento la mayoría sea masculina. No obstante, pese a ser menores en número los resultados reflejan que las mujeres parecen generar dependencia más rápido inclusive con una primera dosis y que hay un mayor predominio de mujeres con patología dual, si se compara con personas drogodependientes, no duales (Arias et al., 2013); pero a pesar de esta situación, no siempre reciben la atención que requieren por ser una minoría y por el estigma y rechazo que reciben por su enfermedad.

Como segundo punto, es la asociación entre eventos traumáticos durante la infancia, niñez, adolescencia y el desarrollo de patología dual en las mujeres (Vélez & Jansson, 2010; Pérez & Mestre, 2013; Santos et al., 2010), hay evidencia de los efectos que tiene la separación materna en el bebé y el deterioro de la vinculación madre e hijo debido a la enfermedad de drogodependencia y trastornos de personalidad; esta vivencia augura la repetición de un círculo vicioso donde los hijos e hijas de mujeres con uno o ambos trastornos, lleguen a sufrir la misma problemática (Barea et al., 2010; Ortigosa et al., 2011), por lo que; intervenir de manera oportuna y especializada, tomando en cuenta las particularidades propias del género del paciente, puede en parte reducir el número de personas afectadas en un futuro o por lo menos, disminuir el deterioro (Vélez & Jansson, 2010).

En tercer lugar, debido a la mayor prevalencia e intensidad en el abuso de las usuarias



mujeres en comparación a los hombres (Arias et al., 2013), menos redes de apoyo, antecedentes de prostitución, mayor interés de buscar ayuda a pesar del estigma del que son objeto y mayor adherencia al tratamiento, esto las hace buenas candidatas para integrarse a una comunidad terapéutica y demostrar mayor adherencia, no obstante, el principal problema vendría a ser la falta de espacios que les puedan brindar la atención especializada y específica que necesitan.

El hecho de que diferentes estudios demuestran que las mujeres abandonan menos los tratamientos, alcanzan en mayor porcentaje que los hombres el alta terapéutica o la finalización de la totalidad del tratamiento (Astals et al., 2009; Madoz-Gúrpide et al.; 2013), así como los riesgos de la PD y beneficios del tratamiento debido a la arraigada asociación entre ser mujer y ser madre; debería ser suficiente para que a pesar de ser numérica y porcentualmente menor la cantidad de mujeres en buscan ayuda; se creen las condiciones para que quienes sí lo hacen, puedan recibir el tratamiento que requieren; es decir, uno que se sea exclusivo para ella (pues si hay hombres se desconcentran comienzan a buscar llamar la atención de éstos y a rivalizan con las otras, según Badilla, 2013) en el que se trabajen aspectos relevantes a su condición tales como abuso, violencia, roles de género, sexualidad, maternidad, autoestima, factores de riesgo como por ejemplo que su pareja sentimental se encuentre en consumo activo o que se ejerza la prostitución para sufragar el consumo (Rodríguez et al.; 2012).

Un aspecto importante es que pese a la importancia del diagnóstico dual, esté no se constituya en una simple etiqueta, sino que sea lo que oriente la intervención la cual debe procurar primordialmente la reducción de síntomas, el mejoramiento de las relaciones interpersonales y de la calidad de vida.

CONCLUSIONES

La revisión realizada evidencia el gran vacío de investigaciones en el tema de la patología dual (PD) a nivel nacional, pese a que ésta es reconocida por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) ente rector en materia de adicciones, y a pesar de ser una problemática constante cuyas manifestaciones más graves se observan por lo general en el contexto de salud y en el penitenciario y que requieren por ello de atención especializado (IAFA 2009 y 2012).

Situación que se reafirma cuando se conoce lo delimitado por parte de diversos entes internacionales como la ONU respecto al tratamiento de dicha patología, donde se hace hincapié en que a la hora de su aplicación se debe dar prioridad a los grupos vulnerables, definidos como personas con necesidades especiales de tratamiento en quienes se ve agudizada esta problemática (ONU, 2003, p. 35), entre los que identifican a: los jóvenes y niños, las mujeres, personas de edad, personas con problemas de drogas y otros problemas psiquiátricos, personas sin hogar, personas pertenecientes a minorías raciales y étnicas, personas seropositivas (VIH) y los casos del sistema de justicia penal. Estando



las mujeres ubicadas cuando menos en dos de las ocho categorías, tanto por su condición de género como por presentar un trastorno mental; lo que las hace encontrarse en una posición de doble vulnerabilidad y refuerza la urgencia de que se delimiten programas de atención que respondan a sus necesidades específicas y no continuar cayendo en el error de que los recursos y la atención se definan desde las necesidades de la mayoría masculina.

Lamentablemente, en Costa Rica no existe ningún programa estatal que brinde atención especializada a grupos poblacionales con PD tomando en cuenta la perspectiva de género, salvo para personas menores de edad (Programa Nuevos Horizontes, CCSS). En el caso de las mujeres, pese a pertenecer a un grupo vulnerable al igual que las personas menores de edad, por ser un porcentaje mucho menor que los hombres, no han sido visualizadas como foco de acciones específicas en los principales ámbitos, tanto en el de la salud como en el penitenciario, donde llegan a ser atendidas; y cuando lo hacen, independientemente de si es por voluntad propia, por insistencia de su familia o por orden de un juez, tristemente se les aplica el tratamiento “estándar”, que este caso es sinónimo “mayoría” sin tomar en cuenta como ya se dijo, sus características y condiciones específicas, quedando en mayor condición de vulnerabilidad, no solo ellas, sino también sus hijos nacidos y/o por nacer, por ser una gran cantidad de ellas madres de familia o inclusive jefas de hogar.

Debido a la prevalencia de alrededor del 40% de patología dual (PD) en la población clínica, es necesario que los profesionales de psicología que trabajan con población que padecen adicciones, explore acuciosamente la presencia de trastornos mentales y viceversa, debido a que existe un subregistro de estos trastornos, dependiendo de la institución que brinda el servicio, es decir, centros de salud pueden enfatizar en la exploración de enfermedades mentales o trastorno por uso de sustancias, pero no así la presencia de TP; por otro lado centros que trabajan con personas dependientes a sustancias psicoactivas, puede ser que se centren en esta problemática no profundizando en enfermedad mentales o TP.

Esta segregación y falta de acuciosidad, tal y como lo señalan diversos autores (Astals et al., 2009) afecta la intervención integral que requieren los y las usuarias de todos estos servicios, la cual forma parte de un derecho fundamental como lo es el derecho a la salud, la cual las diversas instituciones deben velar por se brinde.

Si este trabajo integrado e integral no se ve como una prioridad por parte de todas las instituciones involucradas como la CCSS, IAFA, Poder Judicial y Ministerio de Justicia y Paz; se corre el riesgo de que las personas afectadas por la PD no reciban el tratamiento a tiempo ya sea porque tal y como menciona Langas et al. (2011) son enviadas de una institución a otra o porque sólo se aborda uno de los trastornos que requieren, con todos los riesgos que conlleva esta situación a nivel personal y social.



La atención, además de ser integrada, debe incluir la perspectiva de género, es decir, considerar la particulares de diversos grupos vulnerables y adecuar las intervenciones a sus necesidades específicas, lo que pese a estar establecido en políticas nacionales e internacionales, en la práctica propia del contexto costarricense, no siempre se observa. Se requiere de un tratamiento específico para mujeres con PD, y del mismo modo, es necesario que la especificidad, de éste, se haga extensiva a todos los grupos vulnerables, no sólo a los menores de edad como en la actualidad. Esto no busca, ni mucho menos resulta en un perjuicio de quienes se han visto beneficiados por mucho tiempo de servicios acorde a sus necesidades; por el contrario, persigue hacer una distribución equitativa del acceso a la salud integral, que es derecho de todos y todas; siendo la mayor beneficiaria la sociedad como tal, las familias en segundo lugar y por su supuesto las personas afectadas.

REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS

1. Arias, F; Szerman, N; Vega, P; Mesías, B; Basurte, I; Morant, C; Ochoa (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*, 25(2): 118-127.
2. Astals, M; Díaz, L; Domingo-Salvany, A; Martín-Santos, R; Bulbena, A y Torrens, M (2009). Impact of Co-Occurring Psychiatric Disorders on Retention in a Methadone Maintenance Program: An 18-Month Follow-Up Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6, doi:10.3390/ijerph6112822.
3. Badilla, S (2013). *Factores que pueden incidir en madres consumidoras de droga, para abandonar el tratamiento de rehabilitación. Propuesta para un programa en el Hogar CREA Madres con Hijos en Coronado*. Tesis de posgrado no publicada, UCR, San José, Costa Rica.
4. Ball, S; Mascarelli, L; LaPaglia, D y Ostrowski, M (2011). *Randomized Trial of Dual-Focused versus Single-Focused Individual Therapy for Personality Disorders and Substance Dependence*. *J Nerv Ment Dis*, 199(5): 319–328. doi:10.1097/NMD.0b013e3182174e6f.
5. Barea, J; Benito, A; Real, M; Mateu, C; Martín, E; López, N y Haro, G (2010). Estudio sobre aspectos etiológicos de la patología dual. *Adicciones*, 22(1): 15-24.
6. Casadio, P; Olivoni, D; Ferrari, B; Pintori, C; Speranza, E; Bosi, M; Belli, V; (2014). Personality Disorders in Addiction Outpatients: Prevalence and Effects on Psychosocial Functioning. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 8, 17-24. doi: [10.4137/SaRt.S13764](https://doi.org/10.4137/SaRt.S13764).



7. Chicharro, J; Pérez-García, A y Sanjuan, P (2012). Respuesta emocional en adictos a sustancias en tratamiento ambulatorio. *Adicciones*, 24(1).
Features and Implications for Substance Dependence Comorbidity. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(3): 656-669. DOI: 10.1037/a0023539.
8. Fenton, M; Keyes, K; Geier, T; Greenstein, E; Skodol, A; Krueger, B; Grant, B.F & Hasin, D.S (2012). Psychiatric comorbidity and the persistence of drug use disorders in the United States. *Addiction*, 107(3), 599–609. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03638.x.
9. García-Campayo, Jy Sáenz, C (2002). En Rubio, G (Ed), *Trastornos Psiquiátricos y Abuso de Sustancias* (135-154). Madrid: Médica Panamericana.
10. Instituto sobre Alcoholismo y Farma codependencia – IAFA (2009). *Normas para la aprobación del funcionamiento técnico de los programas especializados de tratamiento*. Decreto Ejecutivo 35383-S. San José, Costa Rica.
11. Instituto sobre Alcoholismo y Farma codependencia – IAFA (2012). *Decreto Ejecutivo 37110 del 02 de febrero del 2012. Políticas del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica*. San José, Costa Rica.
12. Jahng, S; Trull, T; Wood, P; Tragesser, S; Tomko, R; Grant, J; Bucholz, K y Sher, K (2011). Distinguishing General and Specific Personality Disorder
13. Kirschman, D (2014). Patología dual en mujeres: Comorbilidad entre Trastorno por Uso de Sustancias y Trastornos de Personalidad. Revisión sistemática en torno a la presencia de un tratamiento con perspectiva de género. Tesis de posgrado no publicada, UCR, San José, Costa Rica.
14. Langas, A; Malt, U y Opjordsmoen, S (2011). Comorbid mental disorders in substance users from a single catchment area - a clinical study. *BioMedCentral Psychiatry*, 11:25. DOI:10.1186/1471-244X-11-25.
15. Londoño, N (2012). Factores psicosociales, cognitivos y de personalidad, asociados a la adherencia al tratamiento en comunidades terapéuticas. *Psicología desde el Caribe*, 29(1).
16. Luque, E y Rodríguez-Contreras, R (2013). Diferencias epidemiológicas entre dos grupos de pacientes con patología dual grave, unos con esquizofrenia y otros con psicopatologías diferentes. *Actualidad Médica*, 98 (790): 150-153.
17. Madoz-Gúrpide, A; García, V; Luque, E y Ochoa, E (2013). Variables predictivas del alta terapéutica entre pacientes



- con patología dual grave atendidos en una comunidad terapéutica de drogodependencias con unidad psiquiátrica. *Adicciones*, 25(4).
18. Martínez J.M. (2010). Intervención psicológica en pacientes con comorbilidad del consumo de cocaína y alcohol y trastornos de personalidad. *Trastornos Adictivos*, 12 (4): 140-143.
 19. Martínez J.M. (2011). Drogodependencias y trastornos de la personalidad: variables relevantes para su tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 32(2): 166-174.
 20. Martínez J.M. y Verdejo, A (2011). Creencias básicas adictivas y craving. *Adicciones*, 23(1): 339-352.
 21. Martínez J.M. y Verdejo, A (2012). Evolución de las creencias nucleares relacionadas con la adicción en drogodependientes con y sin trastornos de personalidad. *Adicciones*, 24(3): 229-238.
 22. National Institute on Drug Abuse – NIDA – (2012). *Principles of drug addiction treatment. A research-practice guide*. Estados Unidos: National Institute of Health. Recuperado de http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat_1.pdf
 23. Nyhlén, A; Fridell, M; Bäckström, M; Hessen, M y Krantz, P (2011) Substance abuse and psychiatric co-morbidity as predictors of premature mortality in Swedish drug abusers a prospective longitudinal study 1970 – 2006. *BioMedCentral Psychiatry*, 11(122).
 24. Organización de las Naciones Unidas. Oficina contra la Droga y el Delito (2003). *Abuso de drogas: Tratamiento y Rehabilitación. Una guía práctica de planificación y aplicación*. Nueva York: ONU.
 25. Ortigosa, S; López-Vilchez, M; Díaz, F; Castejón, E; Caballero, A; Carreras, R y Mur, A (2011) Consumo de drogas durante la gestación y su repercusión neonatal. Análisis de los períodos 1982-1988 y 2002-2008. *Medicina Clínica*, 136(10) 423-430. DOI:[10.1016/j.medcli.2010.06.032](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.06.032).
 26. Pérez, F y Mestre, M (2013) Abuso sexual en la infancia y la drogodependencia en la edad adulta. *Papeles del Psicólogo*, 34 (2):144-149.
 27. Peris, L y Balaguer, A (2010). *Patología Dual. Protocolos de Intervención, Trastornos de Personalidad*. Barcelona: EdikaMed. S.L. Recuperado de: http://www.patologiadual.es/docs/protocolos_patologiadual_modulo2.pdf
 28. Rodríguez, S; Martínez, M; Figueroa, X; Pattatucci, A (2012). Women’s Intimate Partner Relationships and Post-Incarceration Treatment for Substance Abuse and Dependence in Puerto



- Rico: A Literature Review. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. Vol.13.
29. Roncero, C; Fuste, G; Barral, C; Rodríguez-Cintas, L; Eiroa-Orosa, F.J; Casa, Y.M (2009). Manejo terapéutico y comorbilidades del paciente con dependencia a opiáceos en programa de terapia sustitutiva: estudio PROTEUS. *Trastornos Adictivos*, 11(4), 266-270. DOI: 10.1016/S1575-0973(09)73470-1.
30. Ruiz, J; Pedrero, E; Olivar, A; Llanero, M; Rojo, G y Puerta, C (2010). Personalidad y sintomatología frontal en adictos y población no clínica: hacia una neuropsicología de la personalidad. *Adicciones*, 22(3) 233-244.
31. Salavert, J; San, L; Arranz, B; Ramírez, N & Sintés, A (2009). Trastornos de la Personalidad del Grupo B y Trastorno por Uso de Sustancias: Tipos de tratamiento y dispositivos terapéuticos. *Aula Médica Psiquiatría*. 11 (1), 29-51.
32. Santos, M; García, L; Bernardo, A; Quijano, E; Sánchez, L y el Grupo de trabajosobremujeresdrogodependientes (2010). Antecedentes traumáticos en mujeres drogodependientes: abuso sexual, físico y psicológico. *Trastornos Adictivos*, 12(3):109-117.
33. Staring, A.B.P; Blaauw, E y Mulder, C. L. (2012). The Effects of Assertive Community Treatment Including Integrated Dual Diagnosis Treatment on Nuisance Acts and Crimes in Dual-Diagnosis Patients. *Community Mental Health Journal*, 48:150-152. DOI 10.1007/s10597-011-9406-9.
34. Szerman, N; Arias, F; Vega, P; Babín, F; Mesías, B; Basurte, I; Monrant, C et al (2011). Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones*, 23 (3), 249-255.
35. Valle, R.E y Perales, A (2010). Demora en la búsqueda de atención médica en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Adicciones*, 22 (1):73-80.
36. Viveros, M y Marco, E (2011). Consumo de cannabis y neurodesarrollo: ¿por qué son relevantes las diferencias de género?. *Trastornos Adictivos*, 13(3):102-108.
37. Vélez, M y Jansson, L. (2010). Síndrome de estrés postraumático en mujeres embarazadas abusadoras de drogas. *Revista Colombiana Psiquiátrica*, vol.39.
38. Wedegaertner, F; Warith, H; Hillema-cher, T; Wildt, B; Schneider, U; Bleich, S y Breitmeier, D (2010). Motives for khat use and abstinence in Yemen - a gender perspective. *BioMEDCentral Public Health*, 10, 735. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/735>.