

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

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 sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de
Posgrado de Psicología Clínica para optar al grado y título de Especialista en
Psicología Clínica

CANDIDATA

Deshana Kuschmen Mc Kenzie
Cc. Deshana Kirschman Mc Kenzie

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2014

Dedicatoria

A mi mejor Amigo, a mi familia, a los y las usuarias de quienes aprendí todo, y a las personas a quienes voy a servir con todo lo aprendido en este proceso.

Agradecimientos

A Dios quien me ayudó y acompañó en todo este viaje de formación, dándome la fuerza y la sabiduría.

A mi familia por su amor y apoyo.

A las autoridades del Ministerio de Justicia, Manuel, Giovanni; a doña Marielos y a Mayra que me dieron el permiso para poder crecer más como profesional; a Maricela especialmente, por motivarme y apoyarme para dar el paso de especializarme y a las demás compañeras del Centro de Atención Institucional Buen Pastor.

A las y los supervisores que tan amablemente aclararon mis dudas y me guiaron en el proceso formativo.

A las y los profesores que se prepararon para darme conocimientos actuales, novedosos y relevantes para mi quehacer profesional.

A mis compañeras y compañero de aventura, Shirley, Fanny, Dani, Rigel y Alex.

A mis amigos y amigas, por su paciencia.

“Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Psicología Clínica de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Especialista en Psicología Clínica”

Karen Quesada Retana

Directora del Programa de Estudios de Posgrado de Psicología Clínica

Alfonso Villalobos Pérez

Tutor del Trabajo de Graduación

Deshana Kirschman Mc Kenzie

Candidata

Tabla de Contenidos

Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Hoja de aprobación	iv
Resumen.....	vi
Lista de tablas.....	vii
Lista de Figuras	ix
Lista de Abreviaturas	x
1. Introducción y Justificación.....	1
2. Antecedentes de Investigación.....	6
2.1 Población	6
2.2 Tratamiento	8
3. Marco Teórico.....	14
4. Problema y Objetivos	26
4.1 Pregunta de Investigación:.....	26
4.2 Objetivos:	26
4.3 Criterios de selección de los estudios:.....	26
5. Metodología	28
5.1 Estrategia de Búsqueda:.....	28
6. Análisis de los Resultados.....	29
6.1 Aspectos Epidemiológicos	33
6.2 Hallazgos a Nivel Etiológico	41
6.3 Aportes en torno al tratamiento.....	52
7. Discusión.....	64
8. Conclusiones.....	69
9. Referencias Bibliográficas	71

Resumen

La presente revisión sistemática, tiene como objetivo conocer si las mujeres adultas que padecen de patología dual, cuentan en la actualidad con intervenciones psicológicas efectivas y específicas a su condición de género; es decir, identificar si existen tratamientos que incluyan la perspectiva de género, la cual busca 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, por mencionar algunos. Con el fin de que los resultados obtenidos a partir de estos tratamientos, sean más efectivos y sostenibles en el tiempo.

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 que se tienen que tomar en cuenta con la población femenina, al abordar el tipo de patología dual planteado en este trabajo, 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 actual. Aspectos que de ser tomados en cuenta favorecerían un acercamiento más oportuno por parte de estas usuarias a los servicios de salud, una mejor adherencia al tratamiento y una mejoría sostenida de los síntomas asociados a ambos trastornos.

Abstract

This systematic review aims to determine whether adult women with dual pathology, have today effective and specific psychological interventions according to their gender; i.e. identify whether there are treatments that include gender, which seeks to meet the specific needs presented by vulnerable population, such as minority groups, women, the elderly, ethnic minorities, people living in poverty, to name a few. With the goal that the results obtained from these treatments, are more effective and sustainable over time.

The results show that despite the need to include gender perspectives in the intervention of psychiatric comorbidities, are being defined in the national and international policies of health, there are few actions that have been made to that in everyday practice in the health services; receiving, the women specifically, in most cases the standard treatment, wich responds to the needs of the male population, because men tend to have greater numerical representation in contexts where the dual patology.

From the review it is possible to identify elements that must be taken into account with the female population, to address the type of dual pathology raised in this paper, these are: the presence of a history of multiple victimization, the stigmatization that are object, the condition of pregnancy or maternity, the quality of family ties especially with their children and with their current partner. Aspects that have to be consider in favor of a more appropriate approach by these users by the health services; also for a better adherence and sustained improvement in symptoms associated with both disorders.

Lista de tablas

Tabla 1.....	20
Tabla 2.....	29
Tabla 3.....	34
Tabla 4.....	46

Lista de Figuras

Gráfico 1.....	32
----------------	----

Lista de Abreviaturas

Abreviatura	Definición
ETS	Enfermedad de transmisión sexual.
IAFA	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
PD	Patología dual.
TP	Trastorno de personalidad.
TUS	Trastorno por uso de sustancias.

Introducción y Justificación

La utilización de sustancias psicoactivas por parte del ser humano ha existido desde la antigüedad y su uso ha sido diverso: en el *campo medicinal* (como analgésicos, calmantes, entre otros); en *rituales religiosos / ceremoniales* (para levitar, ver visiones, hacer proezas físicas, tener delirios y alucinaciones); como *estimulantes* puros para tener energía para trabajar más y comer menos y para *fines recreativos*. Pero pese a su uso tan popular, en el mundo antiguo tampoco se ignoraba los efectos negativos del consumo abusivo de estas sustancias, principalmente de las bebidas fermentadas y de las sustancias derivadas de la adormidera, las cuales se asociaban a la mala conducta y riesgo de muerte por intoxicación (Escohotado, 1994)

No obstante, el riesgo que el consumo de estas sustancias tuvo en los albores de la humanidad no es comparable al que representa a partir de la modernidad; pues a pesar de lo nocivo que su consumo excesivo podría ser, su potencial adictivo era reducido (con excepción del alcohol) pues aún no habían sido procesadas químicamente, proceso que se inicia en el siglo XIX. Sin embargo, conforme la ciencia ha ido avanzando, el ser humano ha buscado la forma de aislar y maximizar el componente activo de las sustancias que por siglos se habían utilizado de forma natural e incluso se han creado sustancias sintéticas, también conocidas como drogas de diseño, con ese objetivo. (Escohotado, 1994).

El resultado de aislar, potenciar y/o crear componentes activos, ha sido que las sustancias se tornaran más adictivas, aumentando el riesgo a generar dependencia, con todos los efectos perjudiciales que este trastorno implica.

En la actualidad el trastorno por dependencia es un problema que sobrepasa la esfera individual e impresiona haberse salido de control, no sólo porque con la ayuda de la ciencia se ha podido potenciar los efectos estimulantes, sedantes o alucinógenos que hicieron deseables esas sustancias a nuestros antepasados;

sino también, porque las características de nuestra sociedad actual, tales como el consumismo, el estrés, la soledad, el aislamiento, la depresión, la violencia, la avaricia, la competitividad y otras muchas presiones, han hecho que cada vez más personas busquen el “alivio” a su malestar psíquico o físico mediante este tipo de sustancias; las cuales terminan controlando sus vidas (Asociación Costarricense de Salud Pública, 2006).

Es por ello que esta afección ha sido contemplada por parte de la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Psiquiátrica Americana, como una enfermedad de tipo crónico debido a los cambios permanentes que produce a nivel del cerebro (neuroadaptación) y también, porque a la vez vulnerabiliza al organismo frente otras afecciones físicas o situaciones de riesgo para sí mismo y en ocasiones también para otros, por las alteraciones conductuales que detona tales como agresividad, violencia, delitos, accidentes de tránsito o laborales, sexo sin protección; por mencionar algunos); ya sea producto de la intoxicación o por la abstinencia con el objeto de obtener una nueva dosis (ONU, 2003).

A la par de lo compleja que resulta la drogodependencia, en los últimos años se ha encontrado que la problemática adictiva, muchas veces está asociada a trastornos mentales y/o de personalidad, lo que hace mucho más reservado el pronóstico y aún más complicado el abordaje (Salavert, San, Arranz, Ramírez & Sintés, 2009).

En el caso de los trastornos de personalidad, éstos son descritos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), como alteraciones y modos de comportamiento persistentes que caracterizan el estilo de vida de una persona y su forma de relacionarse con otros, que poseen una relevancia clínica en sí misma. Abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas que representan desviaciones extremas o significativas dentro del contexto que se presentan (Organización Mundial de la Salud, 1992).

La Patología Dual, Trastorno Dual, Diagnóstico Dual o el Doble Diagnóstico como también se le conoce, es un término que se ha venido utilizando cada vez más en la rama de la salud mental, debido al peso que se ha observado que tiene a nivel de pronóstico, evolución y tratamiento de algunos cuadros clínicos. Este concepto justamente hace referencia a la comorbilidad de los dos trastornos mencionados más arriba, los cuales son el trastorno por abuso de sustancias o trastorno por dependencia y un trastorno psiquiátrico o de personalidad; unión que da lugar a características clínicas, de diagnóstico y de intervención tan particulares, que abordarlos por separado no posibilitaría siquiera acercarse a lo complejo de este fenómeno (San & Arranz, 2009).

Diferentes investigaciones señalan que esta patología se asocia a un pronóstico más reservado, menos adherencia al tratamiento, más recaídas, mayor deterioro y aumento del riesgo de padecer de trastornos de tipo orgánico; todo ello implicando un enorme costo personal, social y económico, que requiere de mayor investigación con el fin de poder vislumbrar algunas acciones para intervenir de manera adecuada dicha patología (Peris y Balaguer, 2010).

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, no sólo porque se centrará en mujeres con diagnóstico dual (pues ello no incluye la perspectiva *per se*), sino porque busca identificar qué tratamientos específicos se están realizando en este grupo en particular.

La importancia de incluir la perspectiva de género en las investigaciones, intervenciones y tratamientos que se realizan, radica en que permite identificar las causas y las consecuencias de determinadas patologías, tomando en cuenta factores específicos como la edad, el sexo, la etnia, las costumbres, 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).

Un ejemplo de un tratamiento con perspectiva de género en el contexto costarricense, es el que se brinda las personas menores de edad que presentan trastorno por abuso o dependencia de sustancias, trastornos de personalidad o ambos a nivel de salud, mediante el programa Nuevos Horizontes del Hospital Nacional Psiquiátrico; o en caso de exclusivo de trastorno por uso de sustancias el tratamiento brindado a esta población en el Centro de Internamiento y Tratamiento a cargo del IAFA. Ambos servicios incorporan en su quehacer el espíritu de la perspectiva de género, pues buscan satisfacer las necesidades específicas en razón de la edad.

Lamentablemente, no existe otro programa estatal que brinde atención especializada a otros grupos poblacionales tomando en cuenta la perspectiva de género.

En el caso de las mujeres con problemáticas adictivas, por ser un porcentaje mucho menor que los hombres, un 13.6% en comparación con un 86.4% (IAFA, 2012, p. 16), pese a pertenecer a un grupo vulnerable al igual que las personas menores de edad antes mencionadas; no han sido visualizadas como foco de

acciones específicas tanto en el ámbito de la salud como en el penitenciario, siendo estos dos ámbitos los espacios donde la mayoría de mujeres afectadas por trastorno por dependencia, trastornos de personalidad o ambos; llegan.

Cuando acuden a estos espacios, independientemente de si lo hacen por voluntad propia, por insistencia de su familia o por orden de un juez, lamentablemente se les aplica el tratamiento estándar de la mayoría (masculina) sin tomar en cuenta muchas veces sus características y condiciones específicas, lo que deja este grupo en mayor condición de vulnerabilidad (Badilla, 2013).

A lo anterior, se suma otro hecho que viene a complicar la condición de mujeres con patología dual a nivel mundial, no quedando exento el contexto costarricense, esto es que un gran porcentaje de hogares cuentan con jefatura femenina, y si en esos hogares la madre tiene este trastorno, los efectos de su condición no sólo la afectaran a ella sino a su descendencia. Ello sin tomar en cuenta los riesgos de que presente consumo activo o conductas de riesgo encontrándose en estado de embarazo. Estas simples consideraciones evidencian que aunque el porcentaje sea menor, las implicaciones de una mujer en edad reproductiva con patología dual son de mucho riesgo, para ella para sus hijos/as nacidos y por nacer, y para las futuras generaciones (ONU, 2003, p.34 -35).

Lo anterior refuerza la necesidad, e incluso, la urgencia de incorporar la perspectiva de género en el quehacer profesional de las instituciones del Estado. Esta perspectiva, no busca que se beneficien a unos individuos por encima de otros, sino que se identifiquen las condiciones, características y necesidades particulares y se desarrollen acciones orientadas a solventarlas; por lo que resulta beneficioso para todos los diferentes grupos. Además, no se puede dejar de enfatizar que la incorporación de la perspectiva de género es uno de los aspectos que el IAFA (2009) menciona como base fundamental a la hora de implementar programas de tratamiento especializados para adicciones.

Antecedentes de Investigación

2.1 Población

La revisión realizada hasta el momento evidencia el gran vacío de investigaciones en el tema de la patología dual 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, por todas las complicaciones que implica.

El IAFA hace alusión a la comorbilidad psiquiátrica, enfatizando en el hecho de que muchas personas drogodependientes además padecen otros trastornos mentales, requiriendo por este motivo, de un tratamiento especializado (IAFA 2009 y 2012).

La Organización de las Naciones Unidas en una guía práctica para el tratamiento y la rehabilitación del abuso de drogas planteada para ser aplicada en diferentes contextos culturales, hace hincapié en que a la hora de su aplicación se debe dar prioridad a los grupos vulnerables, los cuales son definidos como personas con necesidades especiales de tratamiento en quienes se ve agudizada esta problemática (ONU, 2003, p. 35).

La ONU identifica ocho grupos prioritarios a saber:

- Los jóvenes y niños;
- Las mujeres;
- Las personas de edad;
- Las personas con problemas de drogas y otros problemas psiquiátricos;
- Las personas sin hogar;
- Las personas pertenecientes a minorías raciales y étnicas;

- Las personas seropositivas (VIH);
- Los casos del sistema de justicia penal.

En la presente revisión las mujeres, tanto por su condición de género como por presentar un trastorno mental, se encuentran en una posición de doble vulnerabilidad, que viene a reforzar lo urgencia de que se delimiten programas de atención que respondan a sus necesidades específicas.

En este documento de la ONU (2003), se reflejan algunos de los motivos que pueden estar influyendo en que las mujeres acudan menos a los servicios de tratamiento, lo que finalmente hace que se destine erróneamente y meramente por un criterio de rentabilidad económica, menos recursos al abordaje de este subgrupo:

En la mayoría de los sistemas de tratamiento, el número de mujeres que recurre a los servicios de tratamiento es marcadamente inferior al de los hombres. Esto se debe en parte al número mayor de hombres con graves problemas de drogas en la población en general, pero también a la renuencia de las mujeres a acudir a los servicios de tratamiento... - esto debido a que - Algunas mujeres pueden sentir o temer una fuerte estigmatización en su contra y resistirse por ello a solicitar ayuda. Debido a que es mayor el número de hombres que se atienden, algunos servicios pueden ser menos sensibles a las necesidades de las mujeres y menos capaces de atenderlas adecuadamente (ONU, 2003, p. 88).

También se evidencia la necesidad de que las mujeres embarazadas, que

constituyen otro grupo vulnerable, reciban una atención especial

Las embarazadas que consumen drogas deberían ser objeto de especial atención por parte de los servicios desde el comienzo del embarazo. Los niveles de apoyo a este grupo de mujeres varían mucho entre los servicios especializados en la mayoría de los países. Esta situación, sumada al miedo a las consecuencias si se descubriera su drogadicción, puede disuadir a muchas adictas embarazadas de acudir a tiempo a los servicios de maternidad y tratamiento, lo que puede aumentar el riesgo de complicaciones obstétricas y neonatales... (ONU, 2003, p. 88).

Con relación a las personas con problemas de drogas y otros problemas psiquiátricos, la ONU hace alusión a la evidencia que existe de que las personas con problemas de abuso y/o dependencia a sustancias y trastornos psiquiátricos concomitantes, suelen tener un contacto más frecuente con los servicios de salud, requieren de tratamientos más intensivos, pues por lo general no responden bien a los planes y métodos tradicionales (ONU, 2003, p. 89).

2.2 Tratamiento

A nivel internacional se hacen recomendaciones orientadas a garantizar un tratamiento adecuado a la población afectada por la patología dual. Entre esas recomendaciones se encuentra la hecha por la ONU (2003), de dividir a la tan heterogénea población de consumidores de drogas en subgrupos, para así poder definir presupuesto y estrategias de intervención.

Para la delimitación de los estratos se sugiere tener en cuenta los siguientes factores: 1) la edad, el sexo y la cultura, 2) la situación socioeconómica, 3) el nivel educativo, 4) si se encuentra en estado de embarazo, 5) las pautas familiares, 6) las clases y cantidades de drogas que se utilizan y la frecuencia con que se administran, 7) los casos de intoxicación aguda (riesgo de sobredosis), 8) el alcance de los perjuicios y complicaciones, 9) la vía de administración (oral, por inhalación, o por inyección intramuscular o intravenosa), 10) las condiciones de vida y los factores de apoyo y tensión en el entorno físico y social y 11) los recursos disponibles y otros factores personales favorables (ONU, 2003, p. 33).

Otra recomendación es la del Instituto sobre Abuso de Drogas o NIDA por sus siglas en inglés, en su apartado "*Principios para un Tratamiento Efectivo*", enfatiza en el hecho de que los tratamientos deben ser adecuados a las necesidades de los diferentes sujetos de acuerdo a su edad, género, etnicidad y cultura; deben ser integrales, interviniendo la problemática adictiva así como otros trastornos médicos, psicológicos, sociales o vocacionales presentes. Del mismo modo, señala la frecuencia de la patología dual y la importancia de intervenir de forma especializada (National Institute of Drugs – NIDA, 2012).

A nivel nacional, el IAFA (2012) delimita lineamientos, las políticas, las normativas, los acuerdos y las acciones necesarias de realizar en torno a esta problemática.

Con respecto a estos lineamientos, la Estrategia Hemisférica sobre Drogas, realizada en Lima, Perú, en junio de 2010, es clara en las políticas que deben implementar los Estados Miembros, de los cuales forma parte Costa Rica, con el propósito de que la intervención y abordaje del fenómeno drogas sea efectivo e integral. Uno de esos lineamientos adoptados reza lo siguiente:

Se facilitará el acceso a un sistema de tratamiento que ofrezca varios modelos integrales de intervenciones terapéuticas basados

en evidencia y teniendo en cuenta estándares de calidad aceptados internacionalmente. Los modelos de tratamiento deben considerar las necesidades de los distintos grupos de población, teniendo en cuenta factores tales como el género, la edad, el contexto cultural y la vulnerabilidad (IAFA, 2012, p. 31).

En el campo normativo, las políticas consignadas en el Decreto Ejecutivo 37110, validado por el IAFA (2012), busca que se implemente la perspectiva de género de manera transversal en el tratamiento integral de las personas afectadas por la drogodependencia exclusivamente o asociada a otros trastornos mentales:

...se establece como propósito de esta política, la atención de las personas con problemas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, desde el sector público, con el fin de crear y desarrollar oportunidades, mecanismos y espacios para potenciar las diversas capacidades institucionales y ciudadanas, que puedan concurrir para ir produciendo de manera incremental y sostenida, una mejora en la salud de todos los habitantes afectados del país, con equidad social, étnica, cultural, generacional, de género y libre de todo tipo de discriminaciones... - mediante la - satisfacción universal y equitativa de las necesidades de las personas, priorización de acciones en los individuos y grupos de población de mayor riesgo y vulnerabilidad social, poblaciones excluidas y en pobreza (IAFA, 2012, p. 34 y 36).

También en se establece que las estrategias interventivas deberán abarcar tanto la prevención, el tratamiento y el seguimiento.

Respecto al tratamiento específicamente, el documento publicado por el IAFA (2012) define 6 áreas de intervención:

- Intervención temprana
- Manejo de la intoxicación
- Manejo del síndrome de abstinencia
- Tratamiento de la dependencia y consumo perjudicial
- Manejo de la co-morbilidad médica y psiquiátrica
- Orientación socio- laboral y reinserción social.

Para medir el alcance de la política se definieron 4 Ejes Estratégicos y Líneas de Acción, siendo el de Aumento de Cobertura y Acceso en Programas de Tratamiento y Rehabilitación el que se asocia directamente a la perspectiva de género (IAFA, 2012, p. 39).

Las líneas de acción de este eje son:

- Facilitar y mejorar el acceso a los grupos vulnerables, garantizando la asistencia directa y los servicios básicos de calidad en ámbitos urbanos y rurales.
- Identificar, cuantificar y localizar grupos humanos sin acceso o con acceso limitado a servicios de tratamiento de drogas, valorando sus expectativas y necesidades.

Y los indicadores definidos para su evaluación:

1. Porcentaje de personas que participan en programas de tratamiento en servicios de salud públicos y o centros privados, que alcanzan objetivos

terapéuticos.

2. Porcentaje de personas tratadas que participan en programas de reinserción.
3. Aumento de la cobertura anual de programas para personas con problemas asociados al consumo de drogas.

Teniendo en cuenta toda la información anterior, pasaremos a conocer el estado del tratamiento de personas con TUS en el contexto costarricense. Con base en un análisis hecho de la información recopilada por el IAFA (2012, p. 12) entre los años 1990 y el 2006 se observa lo siguiente:

- Dentro de la actual oferta de programa de los centros de tratamiento aprobados en el país, el 62% están orientados a la atención de hombres (mayores de edad), mientras que solo un 2% está destinado a la atención de mujeres adultas.
- Los programas que atienden de manera conjunta población adulta de ambos sexos representa un 26%.
- En lo que respecta a población menor de edad solo un 10% prestan de servicios, en una proporción de 5% para ambos sexo.
- En los Hogares Crea durante el 2009 el 92% de la población atendida fueron varones y el 8% correspondió a mujeres. Y de los egresos que se dieron en ese año solo un 1% correspondió a personas que concluyeron el programa.
- En el contexto de los Hospitales de la CCSS, los egresos de personas por problemáticas relacionadas con el consumo adictivo o perjudicial de drogas, el 72%, correspondió a hombres, mientras que solo el 28% a mujeres. El 52% de la población egresada se encontraba en edad productiva, es decir, entre los 20 y 50 años de edad.
- En el ámbito penitenciario se confirmó que la edad de inicio del consumo es de 13 años y que la prevalencia de consumo activo o de último mes, es

superior a la de población general (3, 43 y 66 veces mayor a la población general en el caso del Tabaco, de la marihuana y del crack respectivamente). No quedando exenta esta población a la atención especializada en salud.

Un trabajo interesante desarrollado por las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), es el de los Hogares CREA que posee un programa específico para mujeres y otro para mujeres con hijos, el cual es uno de los dos existentes a nivel de latinoamericano (Badilla, 2013); aunque si bien esto no es suficiente para abarcar a todas las mujeres que requieren de un tratamiento que considere sus particularidades, y aunque este tratamiento no pueda ser aplicable a todas las mujeres, es un primer y gran paso; que lamentablemente, aún no ha sido dado por las instituciones estatales.

A la parte de lo reducido de las opciones de tratamiento para mujeres con trastorno por uso de sustancias (TUS), se encuentra la alta comorbilidad que éstas presentan con trastornos de personalidad (TP), comorbilidad que pese a ser señalada en las políticas de salud, en éstas no se dan directrices de cómo debe ser abordada, lo que deja el tema en el limbo. Esta falta de acción puede estar asociada a la visión popular que a nivel profesional se tiene, de lo difícil y poco efectivo que resulta el tratamiento de los TP.

En resumen, se sabe que existe un porcentaje significativo de personas que poseen un trastorno por uso de sustancia y trastornos de personalidad; se sabe de la necesidad de intervenir en torno a esta doble patología, pero no se delimitan las estrategias concretas para ello y mucho menos acciones sensibles a las necesidades específicas por cuestiones de género.

Marco Teórico

La Patología Dual, también conocida como Trastorno Dual, Diagnóstico Dual, Doble Diagnóstico o trastornos comórbidos, y que en adelante se hará referencia a ésta con las siglas PD; hace alusión a la comorbilidad entre trastorno por uso de sustancias y trastorno mental o de personalidad (San & Arranz, 2009; Barea et al., 2010; Márquez – Arrico & Adán, 2013).

Con respecto a la arista de la consumo de sustancias, esta implica que la persona afectada presente el **Síndrome de Dependencia** el cual es definido por el CIE-10 como:

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

Para el presente trabajo, son sinónimos de este síndrome, los términos de dependencia, farmacodependencia, drogodependencia, adicción y trastorno por uso de sustancias (TUS).

Entre los estados que se pueden originar por este síndrome y que se recomienda identificar, debido a que requieren de un abordaje particular se encuentran:

- **La Intoxicación**, que es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el CIE-10 como,

Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicótropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.

- **La Abstinencia**, también conocida como **Síndrome de Abstinencia**, de acuerdo a la OMS (CIE-10), es también es puntualizada como

Conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia.

- **La Insidia o craving**, que es el “deseo irresistible por consumir la sustancia” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

- **La Recaída**, que es un “*proceso de cambio actitudinal que normalmente conduce al consumo de alcohol o sustancias después de un período de abstinencia. Es un fenómeno clínico importante en el curso del tratamiento de abuso de sustancias*” (Mack, Franklin & Frances, 2003, p.152); o de acuerdo a Marlatt y Gordon (1985) citados por Sánchez-Hervás & Llorente (2012, p.2) sería definida “*como un proceso transitorio que puede o no estar seguido por el regreso a los niveles de línea base de la conducta objetiva observable antes del tratamiento*”.

Por otra parte, respecto al segundo polo que conforma la PD, es decir, los trastornos de personalidad, en adelante TP, éstos son definidos por la OMS (1992) en el CIE-10, como trastornos que

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

Pero aunque ya se han clarificado los términos de comprenden la PD, aún hay muchas preguntas por responder en torno a ésta. Teniendo claro que esta patología se refiere a que ambos trastornos, trastorno por uso de sustancias (TUS)

y trastorno del eje I o II, coexisten en una persona; en la literatura se habla de que existen 3 tipos de patología dual:

1. Cuando el trastorno psiquiátrico es primario y el consumo de sustancias se da cuando hay síntomas del primero (teoría de la automedicación).
2. Cuando el abuso de las sustancias psicoactivas es lo primario y los síntomas psiquiátricos son inducidos por las primeras.
3. Cuando el trastorno psiquiátrico y el abuso de sustancias psicoactivas de larga duración ocurren simultáneamente o en momentos diferentes a lo largo del tiempo, siendo esta última descripción la asociada a los “auténticos pacientes” (Zimberg, 1999; citado por García-Campayo & Sáenz, 2002 en Rubio et al, p.146).

Estas definiciones se sustentan en los modelos explicativos que mayor peso e investigaciones han tenido en aras de explicar el origen de este doble diagnóstico, los cuales son:

- a) **Modelo de la Automedicación:** parte del supuesto de que el trastorno mental es lo primero y que el individuo comienza a consumir drogas para reducir los síntomas depresivos o negativos (en el caso de la esquizofrenia) o los efectos extrapiramidales ocasionados por los neurolépticos (Nogueras et al, 1993). Sin embargo, la hipótesis que sustenta esta teoría no ha podido ser extrapoladas a otros trastornos tales como el trastorno bipolar (principalmente en la fase de manía que no se experimenta “desagrado” por la sensación de grandiosidad y omnipotencia que se tiene) y a trastornos del Eje II. Tampoco se ve avalado por el hecho que de estudios han señalado la presencia de un policonsumo de sustancias psicoactivas por parte de personas con esquizofrenia motivado por factores más sociodemográficos que sintomatológicos (Iglesias & Santamaría, 2001).
- b) **Modelo Etiológico:** hace referencia a que “el abuso de drogas precede al comienzo de la psicopatología, es decir, actúa como factor desencadenante

del trastorno mental o como un factor de riesgo más” (Nogueras, Mendevil, Eguiluz & González, 1993, p.34-35).

- c) **Modelo Independiente:** Plantea que ambos trastornos son procesos paralelos e independientes (Dixon y Haas, 1990 citado por Nogueras et al, 1993,), es decir, plantea que la persona presentaría factores individuales y contextuales que lo hacen propenso a desarrollar ambos trastornos.

Los tres modelos y los tres tipos trastorno dual, evidencian la necesidad de profundizar en la nosología y etiopatogenia de éste; pues a pesar de que los puntos 3) y c) afirman hacer referencia a la “*verdadera patología dual*”, cuya característica esencial es que ambos trastornos están presentes de manera independiente en una persona; es decir, donde uno no es consecuencia de otro. En los otros dos modelos se dan ambos trastornos también, por lo que también es una patología dual.

Lo que sí ha demostrado ser relevante a nivel de pronóstico es el orden en que se presentan, ya que estudios han demostrado que cuando el trastorno por consumo de sustancias es lo primero, el perfil de la persona afectada suele asociarse al sexo masculino, a trastorno de personalidad antisocial y a problemas legales; mientras que si el primero en presentarse es el trastorno psiquiátrico, el perfil presenta mayor gravedad de complicaciones psiquiátricas, hospitalizaciones más prolongadas y frecuentes (Peris y Balaguer, 2010).

Con el fin de ir elucidando algunas posibles causas de esta comorbilidad, se han enumerado algunas que apuntan a una relación causal y otras que señalan características neurobiológicas comunes en los trastornos que constituyen este doble diagnóstico.

Con respecto a la relación causal, Verheul (2001), citado por Peris y Balaguer (2010) en las exhaustivas investigaciones realizadas encontró que la coocurrencia entre los T.P y el TUS se daba en una forma que iba mucho más allá de lo casual, encontrando una relación causal entre adicción y personalidad en los sujetos que

presentan ambos trastornos, logrando identificar tres vías diferentes hacia la adicción, las cuales son compartidas por quienes poseen un T.P: 1) vía de la desinhibición conductual, 2) vía de la reducción del estrés y 3) vía de la sensibilidad a la recompensa.

- 1) Vía de la desinhibición conductual: personas con altos puntajes en rasgos de antisociabilidad e impulsividad y bajos puntajes en reserva y evitación del daño, tienen umbrales más bajos para presentar conductas como el consumo de drogas. Esta vía se asocia a trastornos de personalidad antisocial y trastorno de personalidad límite, así como al consumo de cocaína y anfetaminas.
- 2) Vía de la reducción del estrés: sujetos con puntajes altos en rasgos como reactividad al estrés, sensibilidad a la ansiedad y neuroticismo, presentan mayor vulnerabilidad ante acontecimientos vitales estresantes y son más susceptibles a responder experimentando ansiedad, labilidad afectiva y utilizando las sustancias psicoactivas a modo de automedicación. Esta vía se asocia a los T.P evitativo, dependiente, esquizotípico y límite; así como al consumo de alcohol, tabaco, heroína y benzodiazepinas.
- 3) Vía de la sensibilidad a la recompensa: individuos que puntúan alto en rasgos como búsqueda de novedades, búsqueda de recompensa, extraversión y gregarismo; son más proclives a consumir sustancias por el refuerzo positivo que les proporcione. Destaca la relación entre los TP histriónico y narcisista y el consumo de cualquier sustancia psicoactiva, pero se encuentra mayor presencia de sustancias como la cocaína y otros estimulantes.

Estás vías parecen relacionarse a su vez con la alteración de distintos circuitos neurales, tal y como se observa en la Tabla 1:

Tabla 1

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

Referente a las características neurobiológicas comunes en ambos trastornos, las diversas investigaciones apuntan a que una dimensión “psicopatológica” compartida por ambos trastornos, es la **impulsividad**, la cual subyace en los trastornos por consumo de sustancias, en algunos de los trastornos del eje 1 de mayor prevalencia en la patología dual como el trastorno bipolar 1 (Casas et al, 2008, p. 351) y en los trastornos de personalidad (Márquez- Arrico & Adán, 2013).

Estudios apuntan a que disfunciones a nivel del córtex orbitofrontal, se relacionan con la conducta impulsiva observada tanto en personas con TUS como con TP tales como el trastorno antisocial de la personalidad y el trastorno límite (Winstanley, 2007; citado por Peris & Balaguer, 2010).

A nivel funcional García-Campayo citado por Rubio et al (2002), han encontrado que la patología dual se asocia a:

- Mayor número de recaídas (tanto en número como en duración, por lo que el espacio entre ellas es cada vez menor).
- Hospitalizaciones más frecuentes y prolongadas.

- Alteraciones conductuales que afectan la dinámica familiar y pueden también tener implicaciones legales.
- Alteración y a veces debilitamiento de los vínculos familiares.
- Disminución de la funcionalidad general.
- Riesgo de alteraciones en eje III (contraer otras enfermedades físicas, lo que haría que más que una patología dual, fuera una patología múltiple).
- No adherencia al tratamiento.

Con respecto al tratamiento, el cual es definido por la OMS (2003) como:

Proceso que comprende una serie de eventos que se inician en el momento que los consumidores o dependientes a sustancias psicoactivas establecen contacto con un establecimiento de salud u otro servicio comunitario, prosiguiendo con acciones de variada índole, orientadas a la identificación, asistencia, atención de salud e integración social de las personas afectadas.

O por el IAFA (2012) como:

Un proceso a largo plazo, que necesita de varias intervenciones, para alcanzar la abstinencia. Incluso los que sufren de dependencia pueden participar en el tratamiento y reducir el uso de drogas y los daños y riesgos relacionados con el consumo. También se considera que el tratamiento es un continuum en el cual abarca desde intervenciones de mínima complejidad hasta aquellas que requieren de una especialización mayor de recursos humanos y tecnológicos (p. 27).

Se ha hecho notoria la necesidad de que la persona permanezca en alguno de los programas de tratamiento, por lo que esta permanencia debe ser el objetivo

primario, y su consecución depende no sólo de una buena alianza terapéutica la cual es clave, pero también se deben considerar otros factores, que debido a las características de las personas con diagnóstico dual, dificultan su permanencia en algún programa de tratamiento, tales como: la falta de motivación, dificultades de adaptación a la dinámica familiar y social, pocos recursos sociolaborales y resistencia a participar en un programa cerrado (Arias et al., 2013).

Estos aspectos apuntan a la necesidad de programas de intervención especializados para esta problemática, ubicándose entre los tratamientos más recomendados para la población con trastorno dual, aquellos con un abordaje integrado de ambas patologías.

Moliner (2001), hace referencia al Modelo Integrado, el cual busca intervenir la patología dual de manera integrada, es decir en el mismo lugar, contando para ello con personal especializado en ambas problemáticas, lo que hace más sencilla la coordinación. La intervención rápida en caso de la agudización de alguna de las dos y su metodología menos confrontativa facilita la intervención en caso de comorbilidad con trastornos de personalidad.

Dentro de este modelo presentado por Moliner (2001) se encuentra el Programa Integrado Global y Asertivo el cual ha sido diseñado para casos de comorbilidad en los que la conducta adictiva está asociada a un trastorno mental severo (psicótico) o bien a trastornos de personalidad, este programa se diferencia de los que tradicionalmente se utilizan en el tratamiento de las adicciones y de otros programas integrados en que:

- Busca reducir la ansiedad (más que en reducir la negación)
- Enfatiza en la confianza y comprensión (más que en la confrontación)
- Se centra en reducir el daño por la sustancia consumida (más que en la abstinencia total)
- Tiene un ritmo lento y su perspectiva es a largo plazo
- Trabaja por etapas y con técnicas motivacionales más que confrontativas
- El personal está disponible para el paciente

- Los grupos de autoayuda son opcionales (dependiendo de las características particulares)
- Se utilizan psicofármacos y se dispone de intervenciones específicas dirigidas a la reducción del consumo.

En la misma línea, Salavert et al. (2009), hacen referencia al tratamiento integrado, visualizando la PD como un fenómeno biopsicosocial que debe incluir tanto el abordaje psicoterapéutico como el farmacológico, el cual debe ser brindado por el mismo equipo de profesionales y abordar simultáneamente el TP y el TUS (p. 29).

El modelo presentado por Salavert et al. (2009) incluye la reducción de daños, un tratamiento por etapas, la utilización de la entrevista motivacional, intervenciones cognitivo – conductuales y grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos. Así mismo, las intervenciones son tanto individuales como grupales, y también se incluye un abordaje sociofamiliar (p. 30).

Respecto a propuestas de tratamiento para mujeres que incluyan la perspectiva de género, entendiendo ésta como:

Aportar y dar a cada cual lo que le pertenece, reconociendo las condiciones cada persona o grupo humano (sexo, género, clase, religión, edad), es el reconocimiento de la diversidad, sin que ésta signifique razón para la discriminación. También significa igualdad de derecho, responsabilidad y oportunidades para hombres y mujeres (IAFA, 2009).

No se encuentra una propuesta exclusiva de abordaje para las mujeres, en su lugar las tanto las instituciones privadas como estatales, brindan una oferta mixta, la cual no responde de forma adecuada a las necesidades de las mujeres, pues

aunque se les incluya, estos tratamientos están hechos pensando en la mayoría masculina (Badilla, 2013).

Otro obstáculo que se presenta con la intervención mixta, es que se observó que las mujeres en espacios mixtos, tienen dificultades para relacionarse con su mismo sexo y buscan la valoración y reconocimiento sexual de los hombres (Lozano, Miana & Campos, 2007; citado por Badilla, 2013), lo que se constituye en una barrera para un adecuado tratamiento.

Es necesario tomar en cuenta es que las mujeres, a diferencia de los hombres, enfrentan un conflicto entre buscar ayuda para poder ser una mejor madre o para no perder a sus hijos, y el tener que separarse de éstos, justamente para buscar la ayuda que necesitan. No pudiéndose dejar de lado el hecho que las mujeres drogodependientes, también a diferencia de sus iguales masculinos, enfrentan mayor estigma y rechazo social por su enfermedad, ya que ser mujer está muy ligado a la maternidad y la farmacodependencia es incompatible con el ejercicio de la maternidad (Badilla, 2013).

Es por ello, que Blanco, Sirvent & Palacios (2005); citados por Badilla (2013), recomiendan que un programa específico para la población femenina debe tomar en cuenta:

- El trabajar la autoestima desde el principio, debido a desvalorización de sus capacidades observada frecuentemente en ellas.
- Su tendencia a buscar ser atractivas para los hombres, en lugar de buscar la integración grupal.
- La frecuente presencia de trastornos afectivos
- Menor autonomía, debido a la socialización de que debe depender de otra persona y/o no poder tomar sus propias decisiones.
- La frecuencia del policonsumo.

Sánchez (2009); citado por Badilla (2013), identifica algunos factores que en el caso específico de las mujeres que se acercan a una comunidad terapéutica,

pueden ser impedimentos para la adherencia al tratamiento, estos son: la estigmatización que enfrentan al reconocer su adicción (o la anticipación de ser señaladas al acercarse al tratamiento), perder la custodia de sus hijos o a sus parejas mientras se encuentran en tratamiento (principalmente en una comunidad terapéutica), no tener conocimiento de tratamientos ofrecidos a la mujer o falta de cupo para ingresar a una comunidad terapéutica.

Además de estos puntos, Badilla (2013), enfatiza que no se debe ignorar la heterogeneidad existente dentro de las mujeres, tales como la edad, estado civil, condiciones socioeconómicas, nivel educativo, etnicidad; pues estas conllevan necesidades particulares. Esto implica la inclusión de la perspectiva de género, la cual como ya se explicó, va más allá del sexo, sino que involucra considerar las condiciones particulares de y dentro de cada grupo.

Problema y Objetivos

4.1 Pregunta de Investigación:

Las mujeres adultas en edad reproductiva (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?

4.2 Objetivos:

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.

Específicos

- Revisar los diferentes modelos de tratamiento psicológico o interdisciplinario que abordan la patología dual.
- Examinar si los tratamientos propuestos para intervenir la patología dual toman en cuenta el género de las personas afectadas a la hora de definir su plan tratamiento.
- Discutir cuáles son los componentes de la perspectiva de género que deberían estar presentes en el tratamiento de la patología dual dirigido a mujeres adultas.

4.3 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
- Que se encuentre en idioma español o inglés
- 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

Metodología

Se realizó una Revisión Bibliográfica Sistemática con el fin de conocer el estado de la cuestión y poder responder el problema de investigación planteado.

5.1 Estrategia de Búsqueda:

Se realizó una búsqueda 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.

Análisis de los Resultados

Los 33 resultados seleccionados se distribuyeron en la matriz de análisis de la Tabla 2, algunos artículos se ubican en más de una categoría, debido a sus aportes:

Tabla 2

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

Tema Categoría de análisis	Género y Adicciones	Patología Dual	Patología Dual y Género
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)	Barea et al., 2010 Fenton et al., 2012	

	Vélez y Jansson (2010) Chicharro, Pérez-García y Sanjuan (2012) Villalba y Verdejo–García (2012) Viveros y Marco (2011)	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)

Fuente: Elaboración propia, 2014

Previo a describir y analizar lo arrojado en la Tabla 2, es relevante mencionar lo que se puede analizar del material que no fue seleccionado, dentro de esta información encontramos que la mayoría de artículos de patología dual (PD) toman 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 estudiado. (13 de 82 artículos fueron eliminados por este motivo).

Otro elemento relevante para el filtro final, es que muchos de los artículos que abordaban la PD no incluían las mujeres en sus muestras, haciendo estudios exclusivos de la población masculina (8 de 82).

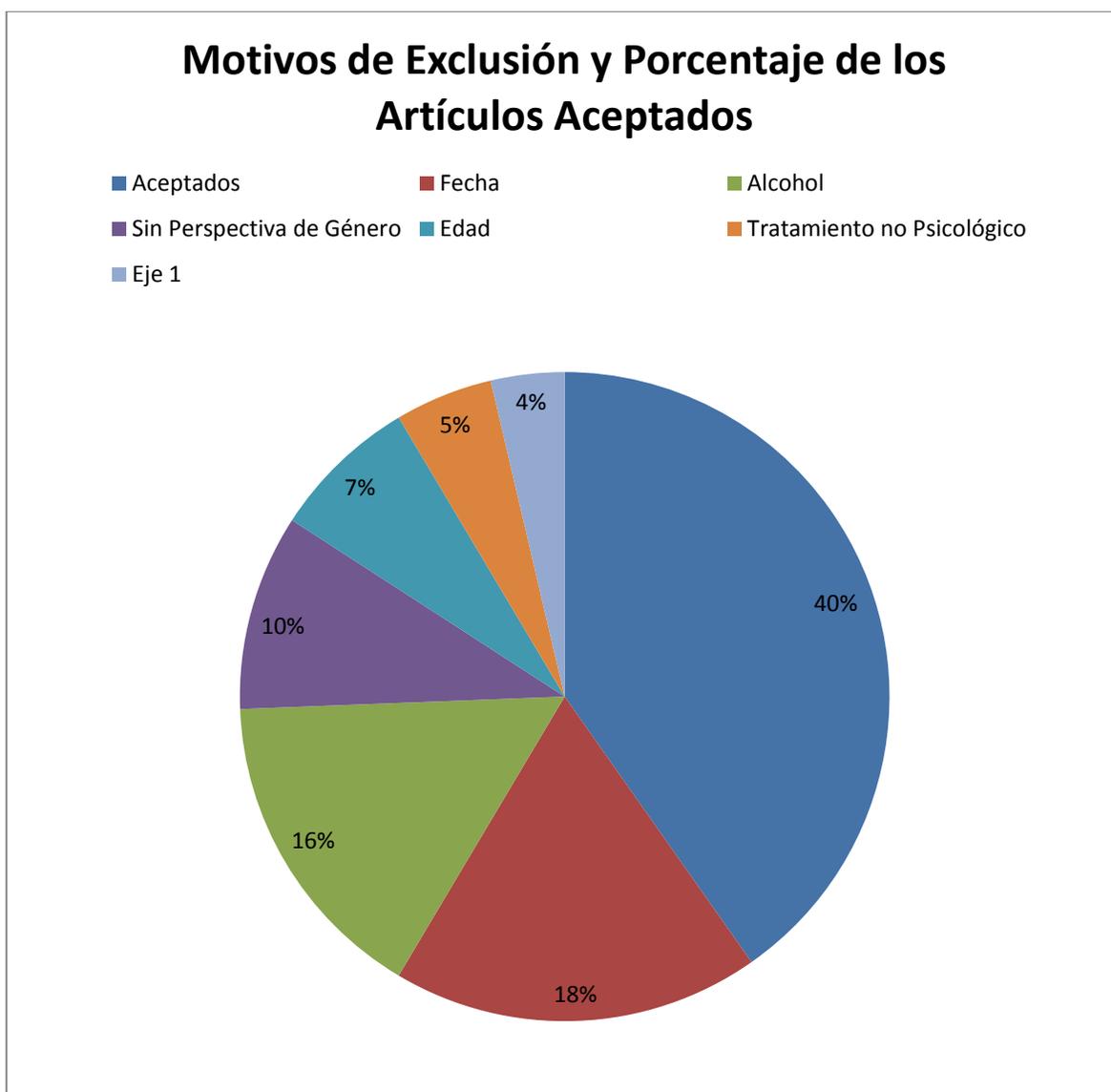
Algunos pese a que hacían mención a la PD incluyendo trastorno por uso de sustancias (TUS) y trastornos del eje I y del eje II, finalmente solo incluían el análisis de la comorbilidad con el eje I, dejando de lado los trastornos de personalidad (TP) (3 de 82).

Otros aspectos que mediaron en la eliminación de muchos de los artículos fueron que la muestra era con personas menores de edad, que el tratamiento propuesto era meramente farmacológico o que no calzaban con el rango de fecha propuesto para el estudio, siendo este último punto el más representativo numéricamente (15 de 82). Al respecto llama la atención en los últimos 5, no es mucho lo que se ha investigado en torno a la PD en general, mucho menos específicamente en el caso de que la comorbilidad existente sea entre TUS y TP, y si se orienta en abordaje para grupos específicos en condición de vulnerabilidad como lo son las mujeres, es muchísimo menos lo que se ha investigado en los últimos años, pese a que múltiples políticas de salud nacionales e internacionales hacen hincapié en la importancia de intervenir en esta problemática por todas las implicaciones que tiene a nivel personal y social, además del impacto a nivel de los servicios de salud, de agravarse el cuadro (internamientos prolongados, enfermedades de

transmisión sexual, muerte accidental, violenta o por suicidio, por mencionar algunos ejemplos).

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

Gráfico 1



Fuente: Elaboración propia, 2014

Con respecto los artículos que sí reunían los criterios de inclusión, a partir de la Tabla 2, la primera información sobresaliente que se observa a partir de la distribución de la matriz, justifica la importancia de la revisión realizada, pues evidencia lo poco que se conoce de la patología dual 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, lo que viene a ser significativo, en tanto permite un primer 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 uno de los grupos vulnerables necesarios de tratamiento especializado como los son las mujeres; tiene que ver con posibles causas asociadas a su origen, conocimiento útil para la delimitación de necesidades y posteriores tratamientos especializados. Esto también puede asociarse a la poca información con que se cuenta a nivel de intervenciones específicas para esta población.

6.1 Aspectos Epidemiológicos

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 3:

Tabla 3**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 patología dual, resultados que se discutirán en detalle en el apartado siguiente, 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 las mujeres.

La revisión bibliográfica exhaustiva realizada por Martínez (2011), permitió identificar que la incidencia de trastornos de personalidad (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 género.

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 (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 departamentos 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 circunscribe al ámbito privado o personal, 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 a las drogas 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 al de 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 patología dual relacionada con estos eventos por ejemplo: trastorno por estrés postraumático, ansiedad y depresión.

Así mismo, de acuerdo a estos mismos autores (Santos et al. 2010), el perfil sociodemográfico de las mujeres que participaron en el estudio se caracterizó por lo siguiente:

- Rango de edad de 30 y 44 años (55,8 %)
- Estado civil, soltera (53,1 %)
- Con hijos (65,3 %)

- Nacionalidad, española (96,6 %).
- Situación laboral, desempleadas (63,2 %)
- Nivel educativo, secundaria completa (61,2 %)
- Droga de preferencia: alcohol (42,1 %), opiáceos (34,0 %), cocaína (19,0 %) y otras drogas ilícitas (4,7 %).
- Antecedentes de tratamientos previos, el 70 %

Por otra parte Roncero et al. (2009), exponen el hecho de que la manera en que se ha consignado la información sobre prevalencia de patología dual, 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 un 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 trastornos de personalidad. Estos mismos autores encontraron una alta correlación ($p < 0.01$) entre los sujetos con trastornos de personalidad 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 patología dual. Y de ese total, se identificó que un 21.5% correspondía a mujeres. No obstante, esta investigación no diferenciaba los trastornos mentales de los trastornos de personalidad, sino que incluía los trastornos de personalidad 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 trastorno por uso de sustancias (TUS) y algún trastorno de personalidad (TP), ocupando las mujeres un 22% del total de la muestra estudiada. Los trastornos de personalidad que presentan una correlación significativa fue el TP antisocial, en primer lugar, seguido por el TP límite, TP paranoide y TP esquizoide respectivamente.

No obstante, el 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 patología dual, las que tienen a su vez, una peor situación laboral (p. 122).

Casadio et al. (2014) señalan que la cifra de personas con patología dual 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 simultáneamente, 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 (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 abuso y 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 trastornos de personalidad, 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 trastorno de personalidad, 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 de la actualidad (p. 7). Por otro lado, pese a que 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).

Las muertes de las mujeres, independientemente de no ser significativas a nivel estadístico, permitió 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 fisionomía, ya que a pesar de ser 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 viene a conllevar a otros riesgos asociados no solo 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 prematura 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).

6.2 Hallazgos a Nivel Etiológico

Son pocos los estudios que han buscado develar hasta donde influye en la aparición o el mantenimiento de la patología dual (PD) el factor sexo- género, a pesar de que en muchas investigaciones y/o revisiones bibliográficas, se hace mención de estudios se señala que sí interviene 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.
- 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.
- 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 ansiogénicos 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 del factor “sexo” y 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 trastornos de personalidad, 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.

En la misma línea del trabajo anterior, sólo que ya no hablando de dimensiones temperamentales, sino a rasgos de la personalidad; Márquez- Arrico y Adán (2013), hacen alusión a determinados rasgos de personalidad persistentes en las personas que padecen patología dual 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 trastorno por dependencia a sustancias psicoactivas.

A partir de los datos encontrados a través de la revisión bibliográfica realizada, concluyen en primer lugar que los trastornos de personalidad presentes con mayor frecuencia en pacientes duales son los que pertenecen al Clúster B (41,6%), especialmente el Trastorno de Personalidad 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,
 - 1.1. **Búsqueda de Sensaciones**, entendida como la necesidad general de aventura y excitación, la preferencia por situaciones de riesgo y emociones fuertes, así como por la susceptibilidad al aburrimiento y la desinhibición.
 - 1.2. **Impulsividad**, es decir, tendencia a actuar con falta de previsión y sin evaluar las consecuencias, lo que se constituye en un factor vulnerabilizante.
 - 1.3. **Evitación del Daño**, que se asocia a una tendencia a la preocupación, temor a la incertidumbre y la timidez social; y cuarto.
 - 1.4. **Neuroticismo**, que implica una emocionalidad negativa o tendencia a experimentar tensión, inseguridad, disgusto, miedo y gran sensibilidad a las críticas (Márquez- Arrico & Adán, 2013).

2. Puntuaciones inferiores en los rasgos de,

- 2.1. **Persistencia**, por lo que no perseveran en la consecución de metas y se puede asociar a más recaídas y abandonos prematuros del tratamiento.
- 2.2. **Autodirección**, que apunta a un bajo sentimiento de autoeficacia, proyección de culpabilidad hacia sí mismo, falta de hábitos personales congruentes y baja autoestima.
- 2.3. **Autotrascendencia**, lo que se asocia a una visión caótica del mundo, sensación de vacío, escasa sensibilidad a lo que les rodea e imagen inestable de sí mismo.
- 2.4. **Cooperación**, tendencia a mostrarse distante, egoísta u hostil en las relaciones interpersonales y con dificultades para mostrar empatía (Márquez- Arrico & Adán, 2013).

Otro dato relevante son 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, distribuidas de la siguiente forma:

Tabla 4

Cuadro comparativo entre muestra clínica y no clínica

Categoría	Drogodependientes	No consumidores
Hombre	41(71,92%)	13(29,55%)
Mujer	16(28,07%)	31(70,45%)
Edad promedio	34,6 años	39,86años
Nivel educativo	Secundaria 27(47,37%)	Universitarios 33(75%)
Droga de preferencia	Cocaína 24(42,11%) Heroína 14(24,56%) Alcohol 14(24,56%)	

Fuente: Adaptado de Chicharro, Pérez-García y Sanjuan, 2012

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 patología dual, entre los que se encuentra que existe una correlación significativa ($p < 0,05$) en cuatro direcciones relevantes;

1. Entre la presencia de antecedentes familiares de alcoholismo, drogodependencias y psicológicos/psiquiátricos y una peor dinámica familiar
2. Entre una edad de inicio en el consumo de sustancias más temprana y antecedentes familiares de drogodependencias
3. 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.
4. Entre la presencia de trastorno disocial y la presencia de algún trastorno de personalidad en la vida adulta.

Con respecto a las sustancia predilecta de consumo, se encontraron datos relevantes a su vez, tales como que el 77,4% presentaba como diagnóstico principal dependencia de opiáceos, el 14,5% dependencia de cocaína y el 8% dependencia de alcohol. Pero tan solo el 48% dependía de una sola sustancia; el 32% dependía de dos sustancias, el 16% de tres, el 3,1% de cuatro y el 0,9% de cinco (Barea et al., 2010).

Así mismo, el 47,7% de la muestra presentaba al menos un trastorno de personalidad (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).

Barea et al. (2010) encontraron datos que 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.

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

Por otra parte, considerando las diferencias de género, 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 algunos de los 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, el que se ejemplifica en 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).

Así mismo se encontró una alta correlación entre haber sufrido abuso sexual en la infancia y presentar conductas disruptivas, delinquir, sufrir sintomatología disociativa y padecer trastorno de personalidad 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 trastorno por dependencia de sustancias, ha sufrido abusos sexuales. Siendo el porcentaje de víctimas abuso sexual en la infancia se sitúa 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 los 18 y los 29 años, a pesar de que el grupo mayoritario en la muestra era el de 30 a 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%).
- Quienes presentaban historia de eventos traumáticos vivían en una relación exclusiva de pareja, lo que constituía una diferencia significativa ($p < 0,05$), con quienes no tenía trauma (en un 29 % frente a un 14 %), factor que puede deberse a la mayor representación de las mujeres más jóvenes en este grupo.
- Pese a que el nivel educativo de la mayoría de 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 cumplir 18 años) son mayores en el grupo de mujeres con antecedentes (21,5 %) que en el de quienes carecen de ellos (10 %).
- Aunque no se encuentran diferencias significativas, las mujeres que manifiestan haber sufrido antecedentes traumáticos consumen opiáceos en

un porcentaje mayor que las que no los tienen, han pasado por más tratamientos previos y el tratamiento tipo residencial es más frecuente que el ambulatorio.

- Se observó una mayor presencia de abusos sexuales intrafamiliares entre las mujeres dependientes de la cocaína (el 25 % reconoce haber sufrido estos episodios), las atendidas en modalidad residencial y aquellas que no han realizado tratamientos previos, no obstante, las diferencias no fueron significativas.
- 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 de 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 trastornos de personalidad y el trastorno por consumo de sustancias se correlacionan.

Los resultados obtenidos son muy interesantes ya que encontró una correlación significativa ($p < .01$) entre el trastorno por dependencia de sustancias y los trastornos de personalidad en general, pero una correlación excelente ($p < .001$, $\chi^2 = 68.17$) entre el trastorno por dependencia y los trastornos de personalidad 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 trastornos de personalidad del clúster B en cada diagnóstico 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 han manifestado plenamente en personas más jóvenes a diferencia de las adultas (Jahng et al., 2011).

Fenton et al. (2012) encontraron que existen tres trastornos de personalidad que aumentan de manera significativa el riesgo de presentar trastorno por uso de sustancias y estos son: el trastorno de personalidad antisocial, el trastorno límite de personalidad y el trastorno de personalidad esquizotípico.

Estos autores identificaron en cada uno de los trastornos, los rasgos que más se asociaban a presentar un consumo persistente de sustancias; en el caso de la personalidad antisocial, identificaron el comportamiento ilegal, falsedad, la irresponsabilidad, la falta de remordimiento; para la personalidad esquizotípica, se destacaron las ideas de referencia, afecto constreñido, comportamiento extraño, ansiedad social y en el caso de la personalidad límite, fueron la alteración de la identidad, autoagresión, impulsividad, conducta suicida, sentimientos de vacío e ideación paranoide. Criterios cuya presencia fue altamente significativa ($p < 0.05$) en cuanto a relacionarse con un consumo activo y persistente de sustancias psicoactivas; considerando estos autores como imperativo, abordar los trastornos de personalidad tanto en la investigación como en el tratamiento de los problemas adictivos para un mejor resultado (Fenton et al., 2012).

6.3 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:

1. **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. Una red protectora, vendría a ser la que ayuda a las mujeres con el manejo de sus problemas emocionales, la estimula para dejar de consumir drogas, le asesora y asiste en cuestiones prácticas como el cuidado de niños, la vivienda, por mencionar algunos ejemplos. 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).
2. **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).
3. **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).

4. **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).
5. **Estigmatización**, se determina que la variable de género hace que ésta 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).
6. **Abuso o dependencia a sustancias ilícitas en la pareja**, lo que encierra varios problemas en primer lugar se encuentra que a diferencia de los hombres que por lo general inicial el consumo con amigos, las mujeres suelen hacer por presión o incitación de su pareja. Una vez consolidado 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 consume, 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 (Valle & Perales, 2010, p.76).

Otros datos importantes fueron que los pacientes acuden a la atención especializada por primera vez después de 11.22 años de iniciado el consume. Por otra parte, los familiares tardan en buscar atención médica 4.69 años desde que

perciben el consumo, y generalmente lo hacen debido a complicaciones en la salud o a problemas legales en los que se ve implicado su ser querido, consecuencias que en sí mismas, evidencian un mayor deterioro en la persona con problemas de adicción. (Valle & Perales, 2010, p. 75).

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 de los usuarios, 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 para 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 tales 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 la 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 significativamente estadístico 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 trastorno de personalidad, es “intratables”, esquema que ha predisuesto 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 este doble diagnóstico son:

- La calidad de la alianza terapéutica, la cual describe como el predictor más significativo del resultado de la intervención.
- 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 y también puede influir en la drogodependencia.
- Ayudar al usuario/a a manejar la impaciencia o la desmotivación de no ver cambios inmediatos, principalmente a nivel de los rasgos de personalidad, explicándole que por ser pautas más estables y duradera, requerirán de más tiempo; esto 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, así como el compromiso y acciones concretas por parte de éstos, de capacitar a otras personas que aunque no son profesionales, trabajan directamente con esta población (por ejemplo, al personal de las comunidades terapéuticas).
- Implementación de estrategias específicas para cada caso, pues todas las personas son distintas.
- Involucrar a la familia en la intervención tiene un impacto positivo en el tratamiento, pero esta red de apoyo debe ser capacitada a su vez, para que la contención que brinda al o 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 patología dual 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 en el manejo de este TP exclusivo y cuando se observa comorbilidad con el trastorno por dependencia a sustancias. Este modelo también ha demostrado ser muy efectivo en la prevención de recaídas.

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 autorregistros 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).

Otra terapia que resulta efectiva de acuerdo un estudio intragrupo realizado en Holanda por Staring, Blaauw y Mulder (2012), es la 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 las 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 abordar ambos trastornos, es decir, TUS y TP, mejoran 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 expuesta 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 del I o del eje II (DSM-IV).

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).

Dejando de lado la permanencia en el programa de tratamiento escogido, vamos a presentar el único estudio de toda la revisión realizada, que no solo incluye las variables sociodemográficas de forma descriptiva, sino que las analiza de forma comparativa, en este caso particular, para conocer su relevancia a la hora de determinar factores de riesgo y de protección en torno al Alta Terapéutica en pacientes con patología dual, en tendiendo el alta como la finalización exitosa del tratamiento realizado.

Este estudio es el realizado por Madoz-Gúrpide, García, Luque y Ochoa (2013), el cual 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 desempleados y el 84.5% era policonsumidor de sustancias psicoactivas (excluyendo el tabaco).

En este estudio de Madoz-Gúrpide et al. (2013) 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 ($p=0,049$), siendo que el 39,1%) un mayor porcentaje de mujeres recibe alta terapéutica, frente al 27% de los hombres.
- Mayor nivel de estudios ($p=0,020$), así a 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.

Por otro lado, los factores encontrados por Madoz-Gúrpide et al. (2013), que se asociaron de forma negativa con el alta terapéutica fueron:

- 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% de estos pacientes reciben alta terapéutica, frente al 32,2% de quienes no tienen este trastorno.

- 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 permite reconocer 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 trastorno por uso de sustancias (TUS) y trastornos de personalidad (TP), es decir, de patología dual (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 trastorno dual alrededor del 20% al 23%, del total de personas con dicho diagnóstico.

Debido a las complicaciones asociadas a este trastorno tales como internamientos en centros de salud, contagio de enfermedades de transmisión sexual, conducta delictiva para sufragar el consumo, muerte prematura ya sea por enfermedades, homicidio o suicidio, privación de libertad, 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 – columnas dos y tres de la Tabla –, 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.

Lamentablemente, 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 significativas, 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 dialectico 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 Instituto sobre Alcoholismo y

Farmacodependencia (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 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, 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) la 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; 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 que vivieron (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 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 evidencian 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 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, éste 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

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 trastornos de personalidad; 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 trastornos de personalidad.

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 patología dual 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 Bibliográficas

- 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.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado DSM-IV TR*. España: Masson.
- Asociación Costarricense de Salud Pública ACOSAP (2006). El consumo de drogas en hombres y mujeres costarricenses. Análisis de una década en personas de 25-59 años de la población general. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 15 (28), 26-43.
- 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.
- 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.
- 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.

- 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.
- 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.
- Casares-López, M (2012). Evaluación de la eficacia de un tratamiento libre de drogas intrapenitenciario. *Psicothema*, 24(2):217-223.
- Chicharro, J; Pérez-García, A y Sanjuan, P (2012). Respuesta emocional en adictos a sustancias en tratamiento ambulatorio. *Adicciones*, 24(1).
- Escohotado, A (1994). *Las drogas: de los orígenes a la prohibición*. Madrid: Alianza Neurociencias y Adicciones.
- 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.
- García-Campayo, J y Sáenz, C (2002). En Rubio, G (Ed), *Trastornos Psiquiátricos y Abuso de Sustancias* (135-154). Madrid: Médica Panamericana.
- Iglesias, S y Santamaría, S (2001). Comorbilidad de uso de sustancias en la esquizofrenia: Prevalencia y patrones de consumo. *Psiquis*, 22 (6), 276-282.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia – IAFA (2009). *Normas para la*

aprobación del funcionamiento técnico de los programas especializados de tratamiento. Decreto Ejecutivo 35383-S. San José, Costa Rica.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia – 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.

Jahng, S; Trull, T; Wood, P; Tragesser, S; Tomko, R; Grant, J; Bucholz, K y Sher, K (2011). Distinguishing General and Specific Personality Disorder Features and Implications for Substance Dependence Comorbidity. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(3): 656-669. DOI: 10.1037/a0023539.

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.

Londoño, N (2012). Factores psicosociales, cognitivos y de personalidad, asociados a la adherencia al tratamiento en comunidades terapéuticas. *Psicología desde el Caribe*, 29(1).

Luoma, J; Kohlenberg, B; Hayes, S y Fletcher, L (2012) Slow and Steady Wins the Race: A Randomized Clinical Trial of Acceptance and Commitment Therapy Targeting Shame in Substance Use Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1): 43-53. DOI: 10.1037/a0026070.

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.

Mack, A, Franklin, J & Frances, R (2003). *Tratamiento del Alcoholismo y las Adicciones*. Barcelona, España: MASSON

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).

Marquez-Arrico, J.E y Adán, A (2013). Patología dual y rasgos de personalidad: situación actual y líneas futuras de trabajo. *Adicciones*, 25(3): 195-202.

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.

Martínez J.M. (2011). Drogodependencias y trastornos de la personalidad: variables relevantes para su tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 32(2): 166-174.

Martínez J.M. y Verdejo, A (2011). Creencias básicas adictivas y craving. *Adicciones*, 23(1): 339-352.

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.

Moliner, L (2001). Trastornos de Personalidad y conductas adictivas. Intervenciones psicosociales. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(1), 58-66.

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

Nogueras, B; Mendivil, J; Eguiluz, I y González, M (1993). El doble diagnóstico. Esquizofrenia y Toxicomanía: revisión de la literatura. *Psiquis*, 14 (3), 119-127.

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).

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.

Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima edición*. CIE-10.

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.

Pereiro, C; Pino, C; Flórez, G; Arrojo, M; Becoña, E y COPSIAD Group (2013). Psychiatric Comorbidity in Patients from the Addictive Disorders Assistance Units of Galicia: The COPSIAD Study. *PLOS ONE*, 8(6):

e66451. DOI:10.1371/journal.pone.0066451.

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.

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

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.

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.

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.

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.

San, L y Arranz, B (2009). Tratamiento de la patología dual. *Aula Médica Psiquiatría*. 11 (1), 1-2.

- Sánchez-Hervás & Llorente (2012). Recaídas en la adicción a cocaína. Una revisión. *Adicciones*, 24(3), 269-280.
- Santos, M; García, L; Bernardo, A; Quijano, E; Sánchez, L y el Grupo de trabajo sobre mujeres drogodependientes (2010). Antecedentes traumáticos en mujeres drogodependientes: abuso sexual, físico y psicológico. *Trastornos Adictivos*, 12(3):109-117.
- 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.
- 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.
- 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.
- Villagra-Lanza, P; González, A; Fernández, P; Casares, M.J; Martín, J.L y Rodríguez, F (2011). Perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de mujeres en prisión. *Adicciones*, 23(3):219-226.
- Villalba, E y Verdejo–García, A (2012). Procesamiento emocional, interocepción y funciones ejecutivas en policonsumidores de drogas en tratamiento. *Trastornos Adictivos*, 14 (1):10-20.
- 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.

Vélez, M y Jansson, L. (2010). Síndrome de estrés postraumático en mujeres embarazadas abusadoras de drogas. *Revista Colombiana Psiquiátrica*, vol.39.

Wedegaertner , F; Warith, H; Hillemacher, 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>.

Zanarini, M (2011) The Course of Substance Use Disorders in Patients with Borderline Personality Disorder and Axis II Comparison Subjects: A 10-Year Follow-up Study. *Addiction*, 106(2): 342–348. DOI:10.1111/j.1360-0443.2010.03176.x.