



PSICOPATOLOGÍA Y GÉNERO EN ADICCIONES

Pilar Blanco (1). Carlos Sirvent (2) M^a Villa Moral (3) M^a del Pilar Linares (4) Cruz Rivas (5)

1 Médico Psicoterapeuta. Fundación Instituto Spiral. Madrid.

2 Psiquiatra. Fundación Instituto Spiral. Madrid.

3 Profesora Doctora de la Universidad de Oviedo. Departamento de Psicología. Área de Psicología Social

4 Psicóloga. Fundación Instituto Spiral. Madrid.

5 Psicóloga, Centro Terapéutico Femenino. Fundación Instituto Spiral. Oviedo

pbz@institutospiral.com

Psicopatología, Adicción, Comorbilidad psiquiátrica, Patología dual, Género y mujer
Psychopathology, Addiction, Psychiatric comorbidity, Dual diagnosis, Gender and women

RESUMEN:

El presente artículo mostrará datos actualizados procedentes de tres fuentes: 1. Observación clínica 2. Recopilación bibliográfica 3. Unidad de Psicometría de la que se presenta un extracto con las siguientes pruebas seleccionadas: Inventario de Depresión de Beck, Inventario STAI de ansiedad estado rasgo. Inventario de Trastornos de la Alimentación EDI. Inventario de asertividad de Rathus. Escala de Autoestima de Rosenberg. Escala de impulsividad de Barrat (BIS-11). Inventario de Relaciones Interpersonales y Dependencias Sentimentales IRIDS-100. Inventario de Autoengaño y Mixtificación IAM -50. Fruto de la observación clínica y la recopilación bibliográfica encontramos hallazgos (que se explicarán extensamente en la conferencia) en los siguientes ámbitos: - Constelación afectivo-emocional, incluidas disforia, vitalidad, alteraciones motivo-érgicas y trastornos depresivos. - Autoconcepto que redundaba en un déficit crónico de autoestima con subsiguiente percepción infravalorativa del self. - Capacidad de autonomía y de independencia de criterio - Intercurrencia de dependencia emocional, codependencia y bidependencia - Secuelas de maltrato y abusos sexuales. - Impulsividad y/o deficitario control de impulsos - Trastornos de la personalidad diferenciales (grupo B en varones, grupo C en mujeres) - Trastornos del contenido del pensamiento: de índole paranoide, esquizofrenia y otras psicosis - La ansiedad y sus subtipos: fobia social, t. de pánico, t. de ansiedad generalizada (TAG) y t. obsesivo compulsivo (TOC). - En los últimos años ha habido un interés creciente en los trastornos psiquiátricos vinculados a la imagen corporal y en particular a los asociados a los trastornos de la alimentación, sobre todo en mujeres

ABSTRACT:

This article will show updated data from three sources: 1. Clinical 2. Bibliographic compilation 3. Psychometrics Unit of which is an extract with the following selected tests: Beck Depression Inventory, State Anxiety Inventory STAI trait. Inventory of Eating Disorders EDI. Rathus assertiveness inventory. Rosenberg Self-Esteem Scale. Barratt impulsivity scale (BIS-11). The Interpersonal Relations and Dependencies Sentimental Inventory IRIDS-100. Inventory of Self-deception and mystification IAM -50. The result of clinical observation and data collection have finds bibliographic (which will be discussed extensively at the conference) in the following areas: - Constellation affective-emotional, included dysphoria, vitality, reason-Ergic alterations and depressive disorders. - Self-concept resulting in a chronic shortage of self-esteem with subsequent

-1-

PSICOPATOLOGÍA Y GÉNERO EN ADICCIONES

self-perception undervalued. - Capacity of autonomy and independence of mind - intercurrent emotional dependency, codependency and bidependencia - Aftermath of abuse and sexual abuse. - Impulsivity and / or deficient impulse control - Differential Personality disorders (group B in males, group C in women) - Disorders of thought content: nature paranoid schizophrenia and other psychoses - Anxiety and its subtypes: social phobia , t. panic, t. Generalized Anxiety (GAD) and t. Obsessive compulsive disorder (OCD). - In recent years there has been a growing interest in psychiatric disorders related to body image and in particular those associated with eating disorders, especially in women.

Introducción

Los trastornos mentales representan en el presente uno de los problemas de salud más apremiantes a nivel mundial. Según la Encuesta Nacional de Salud 2006-2007, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística, el 21,3% de la población mayor de 16 años y el 22,1% de los menores de 4 a 15 años, podría padecer algún trastorno mental. A nivel mundial las cifras también son preocupantes, según la OMS. Por diferentes estudios sabemos que los trastornos mentales se distribuyen de manera diferencial en la población en función del género, existiendo claras diferencias en las manifestaciones psicopatológicas de hombres y mujeres. Esta misma encuesta Nacional de Salud pone de manifiesto que el 26,8% de las mujeres adultas y el 15,6% de los hombres presentan riesgo de 'mala salud mental'.

El estudio más reciente sobre la epidemiología de los trastornos psiquiátricos en la población general de España es la participación en el European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED). Según este estudio, un 19,5% de las personas presentaron un trastorno mental en algún momento de su vida (prevalencia-vida) y un 8,4% en los últimos 12 meses (prevalencia-año). El trastorno mental más frecuente es el episodio depresivo mayor, que tiene un 3,9% de prevalencia-año y un 10,5% de prevalencia-vida. Después del episodio depresivo mayor, los trastornos con mayor prevalencia-vida son la fobia específica, el trastorno por abuso de alcohol y la distimia. Los factores asociados a padecer un trastorno mental son el sexo femenino, estar separado, divorciado o viudo, y estar desempleado, de baja laboral o con una incapacidad¹.

Las diferencias de género aparecen sobre todo en los trastornos mentales comunes (depresión, ansiedad y quejas somáticas). Según datos de la OMS, estos trastornos, que predominan en las mujeres, afectan aproximadamente a 1 de cada 3 personas en la sociedad constituyendo un serio problema para la salud pública.²

La adicción a cualquier tipo de sustancia está íntimamente vinculada a los trastornos mentales. Cada vez resulta más frecuente encontrar en la clínica trastornos psiquiátricos asociados al consumo de drogas. Sin duda la psicopatología es un factor de riesgo para padecer un trastorno adictivo, y a la inversa, los pacientes adictos están en riesgo de cursar con enfermedades mentales además con una peor evolución y un peor pronóstico. Se ha demostrado que la psicopatología ya sea primaria o secundaria al uso de sustancias, tiene una mayor prevalencia cuando se compara con la población general. Se estima que aproximadamente la mitad de los drogodependientes actuales presentarán una enfermedad mental en el próximo decenio al mismo tiempo que el 50% de los pacientes con enfermedades mentales abusarán de sustancias.

Sin duda la psicopatología es un factor de riesgo para padecer un trastorno adictivo, y a la inversa, los pacientes adictos están en riesgo de cursar con enfermedades mentales y, una vez establecido, tener una peor evolución y un peor pronóstico, dada la mayor dificultad en el tratamiento.

Existen numerosos estudios epidemiológicos que ratifican la alta prevalencia de adicción entre los pacientes diagnosticados de trastornos psiquiátricos graves. Dentro de estos estudios sobre comorbilidad del trastorno mental asociado al trastorno por abuso de sustancias es obligado destacar el estudio ECA (*Epidemiological Catchment Area*) (Regier et al., 1990) que se realizó sobre 20.291 individuos de cinco ciudades y comprendió muestras de la población general y de centros de tratamiento, incluyendo hospitales psiquiátricos, residencias asistidas, prisiones y pacientes en comunidades terapéuticas. Este estudio mostró que el 76% de los hombres y el 65% de las mujeres con diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias cumplen los criterios para otro diagnóstico

¹ Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: Resultados del estudio ESEMED-España. *Med Clin (Barc)* 2006; 126 (12): 442-451.

² OMS (Organización Mundial de la Salud). Género y salud mental de las mujeres

psiquiátrico adicional. La tasa de personas que padecen algún trastorno por uso de sustancias junto con alguna enfermedad mental grave alguna vez en su vida es aproximadamente la mitad del total, afectando a un 48% de las personas que padecen esquizofrenia y a un 56% de aquellas que sufren trastorno bipolar.

También el estudio Nacional de Comorbilidad (NCS) en Estados Unidos (Kessler et al.,1996)reflejó tasas de prevalencia de trastorno por uso de sustancias junto con alguna enfermedad mental grave entre un 41% y un 65% de los participantes. Por su parte, el 51% de aquellos que presentaban algún trastorno mental confirmaron tener también, al menos, un trastorno por uso de sustancias.

En la Comunidad de Madrid, un estudio sobre patología dual en España, promovido por la Asociación Española de Patología Dual, sobre una muestra de 837 pacientes atendidos en centros de salud mental, revela que el 53% de estas personas cumplen los criterios diagnósticos de Patología Dual. Según este mismo estudio, los diagnósticos psiquiátricos comúnmente asociados son: trastornos de la personalidad, trastornos de ansiedad, episodios depresivos mayores y la distimia.

En un estudio de seguimiento realizado en Instituto Spiral con 161 mujeres, un 48% de ellas presentaban trastornos psicopatológicos. Al comparar los 3 periodos en que se dividió la muestra (1990-1993, 1994-1996, 1997-2000), se observaba un claro incremento de esta patología a lo largo de los años. Estos índices tan elevados se deben interpretar a que al se centro específico las mujeres que derivan a tratamiento suelen ser casos que presentan complicaciones de toda índole, entre ellas, psiquiátricas.

Los diagnósticos psiquiátricos comúnmente asociados al consumo de sustancias son el trastorno antisocial de la personalidad, las fobias, otros trastornos de ansiedad, los episodios depresivos mayores y la distimia (neurosis depresiva). Hoy día parece haber un consenso sobre una diferente prevalencia de unas patologías psiquiátricas a otras según el género, aunque quizá pueda haber algunos errores en su valoración, pues puede que los hombres o las mujeres consulten más un determinado trastorno o que quien diagnostique pueda estar influido por estereotipos relacionados con el género, que modifiquen determinados diagnósticos.

Parafraseando a F. Bridget³ "la epidemiología psiquiátrica posee un enorme valor para el estudio de las diferencias de género en el contexto de la psicopatología y las adicciones". En este artículo, que para nada pretende ser dogmático, mostrará datos actualizados procedentes de tres fuentes: 1. Observación clínica 2. Recopilación bibliográfica 3. Unidad de Psicometría de la que se presenta un extracto con las siguientes pruebas seleccionadas: Inventario de Depresión de Beck, Inventario STAI de ansiedad estado rasgo. Inventario de Trastornos de la Alimentación EDI. Inventario de asertividad de Rathus. Escala de Autoestima de Rosenberg. Escala de impulsividad de Barrat (BIS-11). Inventario de Relaciones Interpersonales y Dependencias Sentimentales IRIDS-100. Inventario de Autoengaño y Mixtificación IAM -50.

1. Ansiedad

La ansiedad es una de las emociones más universales Según los expertos, alrededor del 20 por ciento de la población padecerá algún trastorno de ansiedad a lo largo de la vida. Por eso, esta patología está considerada como "el trastorno mental más frecuente, existiendo una alta prevalencia de comorbilidad con la depresión. Concretamente, más del 50 por ciento de las depresiones se presentan acompañadas de ansiedad (Sabanés Magriñá, F),

Según los resultados del estudio ESEMED, los trastornos de ansiedad fueron ligeramente más frecuentes que los trastornos del estado de ánimo, según los datos de prevalencia-año (5,1% frente a 4,3%), aunque esta relación se invirtió al analizar la prevalencia-vida (9,3% frente a 11,4%), donde los trastornos del estado de ánimo resultaron mayoritarios. La fobia social, la agorafobia y la

³ Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico Psiquiátrico. Género y prevalencia de los trastornos psiquiátricos. Bridget F. Grant, Ph.D., Ph.D. Myrna M. Weissman, Ph.D.

PSICOPATOLOGÍA Y GÉNERO EN ADICCIONES

fobia específica aparecen a edades más tempranas, el trastorno de angustia, muestra una aparición más tardía. El trastorno más frecuente es la fobia específica, seguido de la ansiedad generalizada y el trastorno de angustia. La prevalencia-año de los trastornos de ansiedad en las mujeres es mayor que en los hombres, prácticamente el doble, excepto en el caso de la fobia social, donde las diferencias son menores.

Por otra parte, la ansiedad es uno de los principales trastornos que aparecen en las adicciones y a su vez la ansiedad es una de las causas importantes para el consumo de sustancias ya que, aparentemente, produce una mejoraría los síntomas.

La relación existente entre ansiedad y el consumo de sustancias es de carácter bidireccional, uno da lugar al otro y viceversa. Los cuadros de ansiedad de una intensidad elevada pueden dar lugar, en algunas personas, al consumo de diversas sustancias psicoactivas como una forma de mitigar dicha ansiedad lo cual contribuye, a largo plazo, a mantener el problema.

Hay que tener en cuenta que los pacientes que utilizan la(s) sustancia(s) como un medio para enfrentar a ciertos niveles de la ansiedad van a desarrollar tarde o temprano, si la adicción continúa, algún trastorno de ansiedad más importante (TAG, T de pánico, Angustia).

Diversos estudios epidemiológicos ponen de manifiesto relación existente entre el consumo y el abuso de algunas sustancias (Egelko y Galanter, 1998; Halikas 1994; Schuckit, 1992, Goodwin et al., 2004). Aunque difícil establecer cuál es el papel específico que juega cada sustancia desencadenar, mantener o el trastorno de ansiedad se han encontrado altas tasas de trastornos de ansiedad en población adicta a cocaína (Egelko y Galanter, 1998; Halikas et al., 1994; Myrick y Brady, 1997), si bien las variaciones en las prevalencias son importantes y oscilan entre el 13,9% y 52%.

Respecto a las diferencias de género, tras la revisión bibliográfica encontramos según algunos autores (Carrasco Galán, I y Espinar-Fellmann I, 2008, Arenas M.C., Puigcerver A. 2009, Alonso et al., 2004) que las mujeres tienen el doble de probabilidades de sufrir un trastorno de ansiedad que los varones. Según los resultados del proyecto Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales el 17,5% de las mujeres frente al 9,5% de los hombres habían sufrido algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida; mientras que el 8,7% de las mujeres frente al 3,8% de los hombres habían padecido un trastorno de ansiedad en el último año.

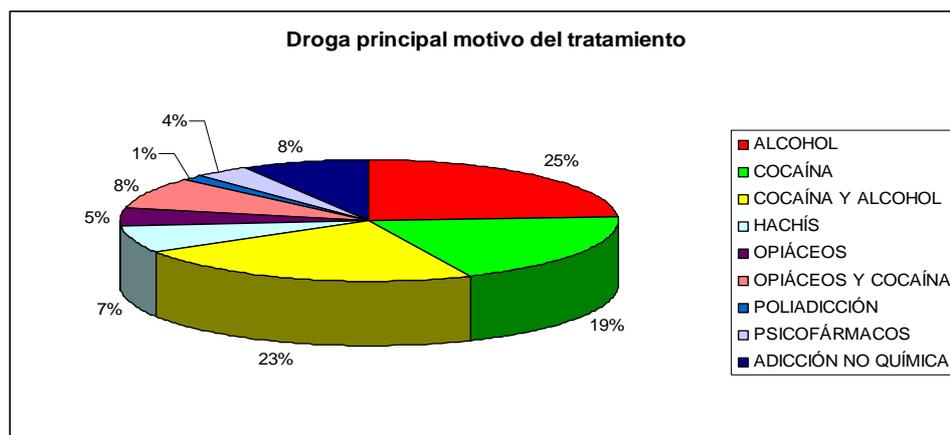
Para ratificar estos datos, realizamos un estudio que midiese el estado de ansiedad, en pacientes adictos en tratamiento, mediante el Inventario de Estado-Rasgo de Ansiedad de Spielberger (STAI), una medida de la ansiedad extensamente utilizada y que consta de dos escalas separadas de 20 ítem cada una, para medir la ansiedad estado - STAI-E (situacional) y la ansiedad rasgo - STAI-R (como un rasgo de personalidad). Utiliza una escala de calificación de 4 puntos (0 - 3), con una puntuación global que puede oscilar entre 0 y 60 en cada escala, y donde altas puntuaciones indican mayores niveles de ansiedad (estado - rasgo).

La hipótesis de partida era encontrar diferencias significativas entre las variables cualitativas sexo (hombre, varón) y droga(s) principal(es) motivo del tratamiento y la variable cuantitativa ansiedad estado-rasgo.

Mediante muestreo aleatorio simple, se trabajó con una muestra de 82 sujetos adultos de ambos sexos, 23 mujeres y de 59 varones, en tratamiento por trastorno por abuso de sustancias, cuyas edades oscilaron entre los 17 y los 56 años, con una edad media de 37 y una desviación estándar de 10,36. La drogas principales motivo del tratamiento eran la cocaína y/o el alcohol en el 66, 3% de los casos y otras drogas en el 33,7% restante.

Las prueba utilizada fue la T-student con una significatividad de 0.95 grados de libertad para muestras independientes.

PSICOPATOLOGÍA Y GÉNERO EN ADICCIONES



Existen diferencias estadísticamente significativas entre la variable sexo y ansiedad estado-rasgo pero no existe significatividad entre la variable droga consumida y ansiedad estado-rasgo.

Estadísticos de grupo

	sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
totalrasgo	M	23	34,0870	10,47036	2,18322
	V	59	25,2373	13,02562	1,69579
totalestado	M	23	34,2174	13,60133	2,83607
	V	59	22,3051	12,52619	1,63077

Tabla I
Medias ansiedad estado rasgo según género

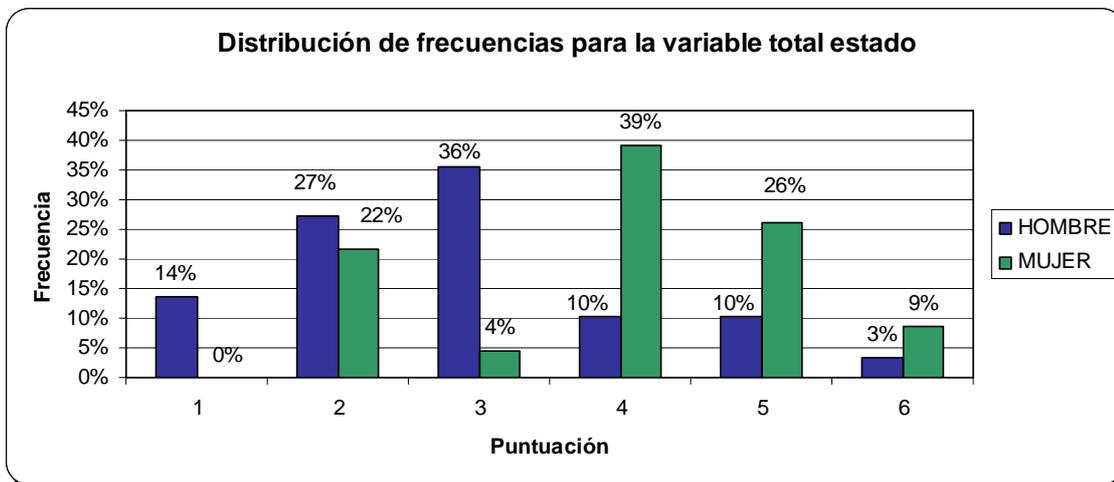
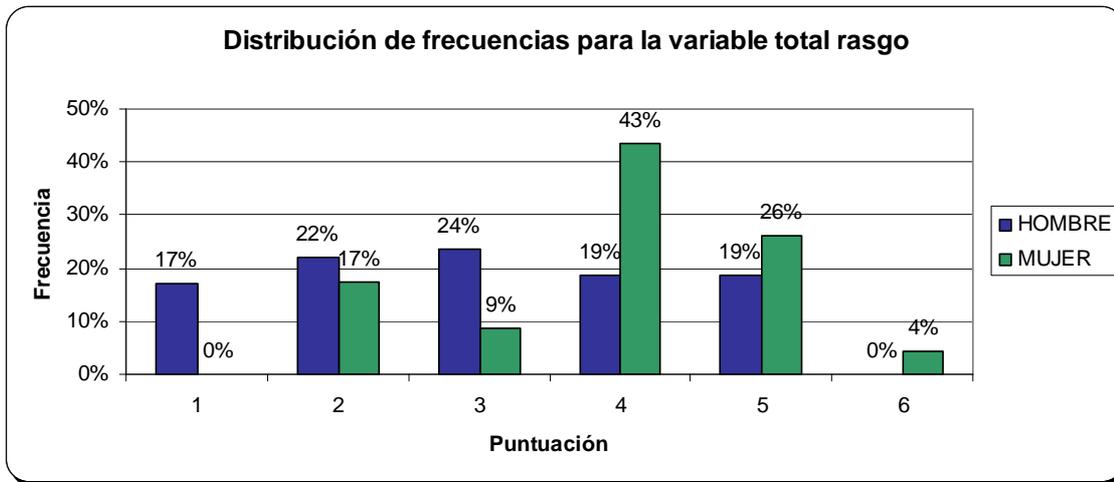
La [tabla I](#) muestra la puntuación media con respecto a la ansiedad-estado en varones y mujeres. Existen diferencias significativas en la media de la puntuación ansiedad-estado entre ambos sexo como podemos comprobar en la [tabla II](#).

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Inferior	Superior
totalrasgo	Se han asumido varianzas iguales	3,096	,082	2,909	80	,005	8,84967	3,04218	2,79554	14,90379
	No se han asumido varianzas iguales			3,201	49,693	,002	8,84967	2,76445	3,29626	14,40307
totalestado	Se han asumido varianzas iguales	,541	,464	3,777	80	,000	11,91231	3,15407	5,63550	18,18911
	No se han asumido varianzas iguales			3,641	37,402	,001	11,91231	3,27150	5,28602	18,53859

Tabla II

Aceptaríamos que las mujeres tienden a tener intensidades más elevadas de ansiedad estado-ansiedad rasgo que los hombres. Comparando los percentiles con la totalidad de la población nuestra muestra se movería en el percentil 75.



Dado que, de manera frecuente, la falta de asertividad aparece en determinadas problemáticas relacionadas con la ansiedad – impulsividad, estrés, fobia social, aumentando su intensidad, a demás a esta misma población se les aplicó el Inventario de Rathus para ver si había diferencias significativas entre ambos sexos, partiendo de la hipótesis de encontrar diferencias significativas entre la cualitativa sexo (hombre, varón) y la variable cuantitativa asertividad.

Utilizando la prueba T-student con una significatividad de 0.95 grados de libertad para muestras independientes, los resultados que obtuvimos mostraron que la asertividad, en la población del estudio, está en relación con el género existiendo diferencias estadísticamente significativas en las subescalas (con una significación 0.95): defensa de intereses, manifestación de opiniones. En estas subescalas las mujeres son menos asertivas, no defienden sus intereses, y no manifiestan su opinión.

En cambio en las subescalas, manifestación de opiniones, evitación de enfrentamiento y confrontación, no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres.

2. Trastornos del estado de ánimo

Se parte de la hipótesis de que la depresión y en mayor medida la endógena es una entidad

PSICOPATOLOGÍA Y GÉNERO EN ADICCIONES

nosológica que afecta en mayor medida a las mujeres que a los hombres. Diversos estudios epidemiológicos indican que la depresión es por lo menos, dos veces más común en la mujer que en el hombre, con una proporción mujeres:hombres de 2,2 según el estudio Epidemiologic Catchment Area (ECA), 1,7 según la encuesta National Comorbidity Survey (NCS) y de 1,9 según la encuesta nacional Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)⁴, aparece en forma más precoz en la mujer, a la vez que el cuadro en estas suele ser más prolongado, con menor tasa de remisión espontánea que en el hombre favoreciendo su *cronicidad*.

Parece ser que existe una mayor vulnerabilidad de las mujeres a reaccionar con estados depresivos, ante los mismos niveles de estrés que los hombres. La diferente asignación de roles dentro de la familia y las creencias sociales sobre los sexos, articuladas también a través de la familia, puede contribuir a esta mayor vulnerabilidad de la mujer.

Todos estos datos, referidos a la población en general, se repiten de forma muy similar en la población adicta, existiendo un paralelismo; las adicciones femeninas presentan un mayor índice de trastornos asociados del estado de ánimo, especialmente depresivos (no sólo depresión reactiva debida al consumo de sustancias sino depresión endógena). La depresión en la mujer adicta, va muy unida, y frecuentemente derivada, de sentimientos de vergüenza, culpa y fracaso. El remordimiento de la mujer adicta lleva al consumo para aliviar la culpa y la ansiedad. La consecuencia del consumo hace que aflore toda la gama de trastornos asociados a la depresión (angustia, pánico, insomnio.) El alivio temporal recurriendo al consumo de sustancias cierra el círculo. Estaríamos ante los que Harold Kaplan en 1996 denominó círculo vicioso depresión/alcoholismo en la mujer alcohólica⁵

La depresión en la mujer adquiere una morfología generalmente hipotímica (tristeza, autodepreciación, vacío emocional), en tanto que en el hombre se observa con mayor frecuencia el perfil disfórico (irritabilidad, anergia, anhedonia).

Con el fin de ratificar la hipótesis "encontrar diferencias significativas entre la variable cualitativa sexo (varón, mujer) y la variable cuantitativa gravedad de depresión" se llevó a cabo un estudio de campo, transversal, seleccionando una muestra de 63 sujetos de ambos sexos, 19 mujeres y 44 varones, con edades comprendidas entre los 21 y los 56 años (con una media de 36 años, y una desviación estándar de 9,23 años) que estaban en tratamiento por un trastorno por abuso de sustancias. Estos 63 pacientes fueron entrevistados por un psiquiatra de acuerdo con los criterios de la CIE 10; posteriormente se les aplicó el **Inventario de Depresión de Beck**, escala fiable para medir los estados de ánimo con el que se detecta la presencia de la depresión y su gravedad.

Los niveles de severidad en depresión en el inventario utilizado corresponde a las siguientes puntuaciones:

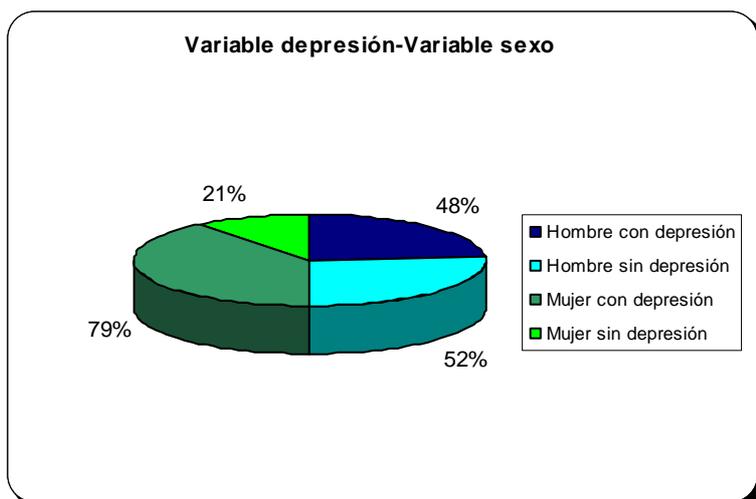
- < 5 Muy baja o nula
- 5 - 9 Existencia de altibajos que se consideran normales.
- 10 - 18 Depresión entre leve y moderada.
- 19 - 29 Depresión entre moderada y severa.
- 30 - 63 Depresión severa.

PRUEBAS UTILIZADAS: Utilizamos la prueba T-student con una significatividad de 0.95 grados de libertad para muestras independientes y la prueba Chi-cuadrado para encontrar las diferencias mediante porcentajes empleando dos variables sexo y la puntuación total, de si tiene depresión o no, estableciendo el límite entre ambas en 12 puntos.

⁴ Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico. W. E. Narrow Capi. 4 Género y prevalencia de los trastornos psiquiátricos

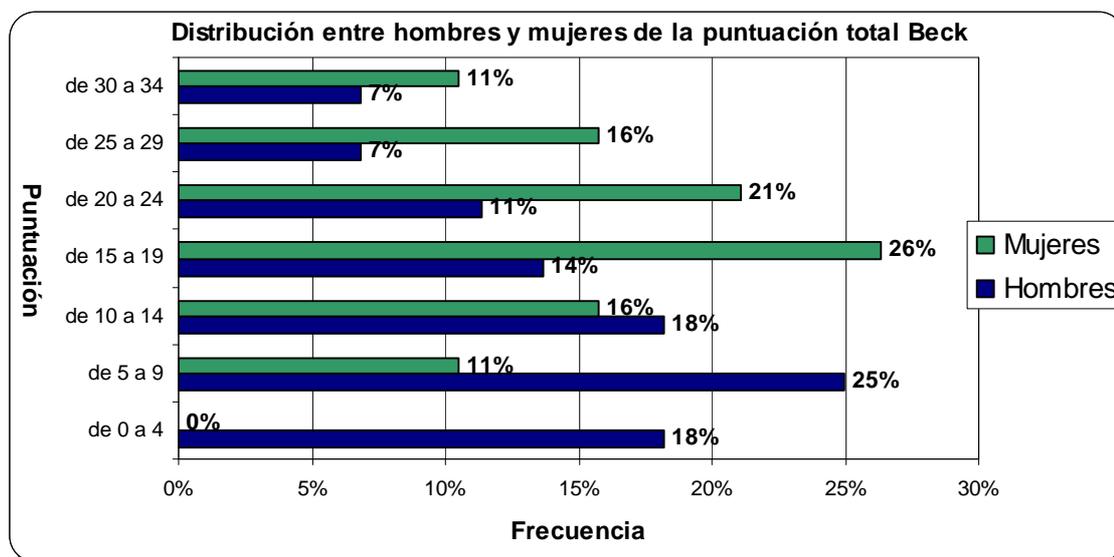
⁵ Sirvent Ruiz, C. Tratamiento del alcoholismo en la mujer II symposium nacional tratamiento de adicción en la mujer. Madrid 2002

PSICOPATOLOGÍA Y GÉNERO EN ADICCIONES



RESULTADOS: Observando los valores encontramos diferencias significativas entre la variable grado de depresión y la variable sexo. Aceptamos la hipótesis nula, "las mujeres tienen mayor grado de severidad en depresión. En cambio los varones tienen unos valores entre leve y moderada. A pesar de que la muestra es diferente la tendencia a mostrar puntuaciones más altas en el inventario corresponde a las mujeres.

Con una significación bilateral de 0.028 se puede concluir que existen diferencias significativas entre la variable sexo y grado de depresión. Las mujeres muestran mayor severidad en depresión que los varones.

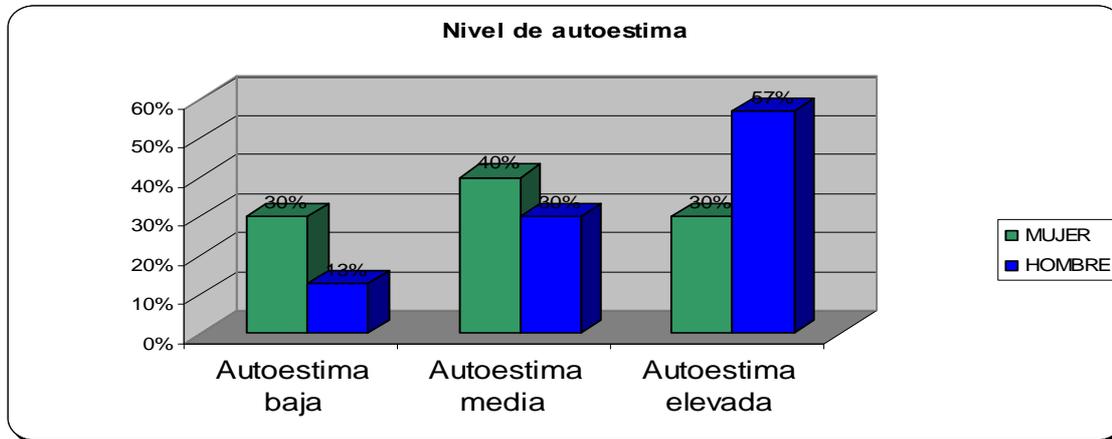


Dado que los trastornos depresivos van muy unidos a una baja autoestima, a esa misma muestra de 63 pacientes, 19 mujeres y 44 varones, se evaluó los niveles de autoestima mediante la Escala de Rosenberg con la hipótesis de partida es encontrar diferencias significativas entre ambos

PSICOPATOLOGÍA Y GÉNERO EN ADICCIONES

sexos. Los niveles de autoestima en la escala se miden en función de las siguientes puntuaciones:
30 a 40 puntos: Autoestima elevada (valores considerados como normales)
26 a 29 puntos: Autoestima media (sería aconsejable mejor la autoestima)
Menos de 25 puntos : Autoestima baja (problemas significativos de autoestima)

Mediante la prueba T-student con una significatividad de 0.95 grados de libertad para muestras independientes se corroboró la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las mujeres y la variable autoestima con una significación de 0.018. Las mujeres tienen menor autoestima que los hombres



3. Trastornos de la personalidad

Los trastornos de la personalidad y el consumo de sustancias que es muy frecuente. Se acepta que los pacientes con TP consumen más que la población general, y los adictos con TP tienen en general peor evolución. Además, es frecuente encontrar la asociación de varios TP en un mismo adicto. (Nace et al, 1991; Weiss et al, 1993; Rutherford et al, 1994; Cervera et al, 1997; Gutiérrez et al, 1998b; San Narciso et al, 1998).

Parece haber un consenso generalizado en que los TP más frecuentes entre la población adicta son los del grupo B (grupo voluble o impulsivo de los TP) con predominio de los trastornos antisocial y límite. Entre las mujeres adictas, no obstante son también frecuentes los pertenecientes al grupo C (grupo ansioso o temeroso de los TP), entre los que se encuentran los TP por evitación y dependencia. Finalmente, hay que tener en cuenta la cada vez más frecuente aparición de TP del grupo A sobre todo los subtipos esquizoide y esquizotípico. Estos subtipos por lo común presentan un trastorno comórbido asociado del eje I.

Hay diferentes estudios que explican varias vías causales desde los TP hacia las adicciones, que son:

- La vía de la desinhibición del comportamiento (Cloninger et al., 1988), que podría explicar la comorbilidad entre adicción y TP antisocial y límite. Esta vía se relacionaría con el consumo de cocaína y otros estimulantes.
- La vía de la reducción del estrés ((Conrod et al., 1998; Merikangas, Stevens, Fenton, Stolar, O`Mallei, Woods, et al. 1998) en TP por evitación, por dependencia, esquizotípico y límite). Esta vía se relacionaría con el consumo de alcohol, heroína y benzodiacepinas.
- La vía de la sensibilidad a la recompensa(Cloninger et al., 1988; Conrod et al., 1998), en TP histriónico y narcisista.

Existen otras teorías, como la hipótesis de la automedicación en la que el consumo de sustancias podría atenuar la agresividad, la disforia, la depresión aliviando el sufrimiento (Khantzian,

1985, 1997).

Lo que parece estar claro es que los trastornos de la personalidad, y en especial el trastorno límite, multiplica el riesgo de adicción.

En las revisiones en la literatura psiquiátrica encontramos diferencias de género en el diagnóstico de los trastornos de personalidad. En las mujeres se describe una mayor prevalencia de los trastornos de personalidad de tipo límite, histriónico y por dependencia, mientras que en los hombres se observa una mayor incidencia de los trastornos de personalidad de tipo antisocial, esquizoide, esquizotípico, narcisista y obsesivo-compulsivo.

Según el estudio realizado por la Asociación de Patología Dual en la Comunidad de Madrid El 71% de los pacientes con PD tenían algún trastorno de personalidad. Los más frecuentes son el Límite (25%) y Depresivo (25%) y el Paranoide (20%). En la mujer el Depresivo, Límite y Por evitación.

En un estudio realizado por profesionales del CAD de San Blas⁶ del Instituto de Adicciones de Madrid, en población adicta en tratamiento en el CAD de San Blas, los datos apuntaban que en las mujeres había una mayor prevalencia de trastornos de personalidad que los varones en la misma situación. Mientras que algo más de la mitad de los varones evaluados no presentaba criterios para estimar la presencia de un trastorno de la personalidad, casi dos tercios de las mujeres atendidas y evaluadas sí los presentaban.

Además, en este mismo estudio, emergen dos diferencias significativas:

1. Las mujeres presentan prevalencia significativamente más elevada en el Trastorno de Personalidad por Evitación.
2. Las mujeres presentan también prevalencias más elevadas en prácticamente todos los Trastornos del espectro impulsivo/agresivo: Histriónico, Narcisista, Antisocial, Negativista-Pasivo/Agresivo y Límite.

Las *constelaciones sindrómicas y sintomáticas más frecuentes en la población adicta con TP añadido son (Sirvent Ruiz, C. 2008):*

- ✓ ANSIEDAD: Tensión nerviosa, disforia, irritabilidad.
- ✓ TRASTORNO DE ANSIEDAD: T. ansiedad generalizada, angustia, fobia social.
- ✓ T. ESTADO DE ÁNIMO/ DEPRESIVO: Tristeza, apatía, anhedonia, ansiedad depresiva, distimia depresiva.
- ✓ T. ESTADO DE ÁNIMO/ MANÍA: Euforia, verborrea, irritabilidad, grandiosidad, hiperactividad, megalomanía.
- ✓ T. CONTROL IMPULSOS: Tanto en el ámbito sociorrelacional como toxicofílico.
- ✓ T. COMPORTAMIENTO: Hetero y autoagresividad, autolisis, aislamiento.
- ✓ TOXICOFILIA: Craving, deseos y rumiación de consumo.
- ✓ AUTOCONCEPTO: Baja autoestima, sensación de fracaso.
- ✓ NEUROVEGETATIVOS: Insomnio, malestar físico.

Otros síntomas encontrados:

- ✓ T. de la afectividad: embotamiento, aplanamiento afectivo, frialdad emocional vs. Labilidad afectiva y emocional y bruscos cambios de humor.
- ✓ T. del contenido del pensamiento: con desconfianza, suspicacia, pensamiento paranoide.
- ✓ T. cognoscitivos: déficit de atención, memoria y concentración.

⁶ Pedrero, E.J., Puerta, C., Lagares, A. y Sáez, A. (2003). Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 5, 241-255.

PSICOPATOLOGÍA Y GÉNERO EN ADICCIONES

- ✓ T. estado de conciencia: (casi siempre por yatrogenia o impregnación): obnubilación, estupor, sensorio deprimido.

En nuestra experiencia con sujetos adictos afectados de TP, encontramos que sintomatología más frecuente es: síntomas de ansiedad y depresión con irritabilidad en mujeres y dificultad para controlar los impulsos con toxicofilia y trastornos comportamentales en varones.

A continuación se presenta una muestra de pacientes diagnosticados de trastorno por abuso de sustancias que están en tratamiento, a quienes se le evaluó los niveles de hostilidad y de impulsividad mediante la **Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)**: Es una escala autoaplicado y uno de las más utilizadas en investigación para la valoración de IMPULSIVIDAD. Fue diseñada por Barratt y ha sido validada por Oquendo y cols. Consta de 30 cuestiones, agrupadas en tres subescalas: Impulsividad Cognitiva, Impulsividad Motora, e Impulsividad no Planeada. Cada una de las cuestiones tiene 4 posibles respuestas (raramente o nunca, ocasionalmente, a menudo y siempre o casi siempre). La puntuación total es la suma de todos los ítems y las de las subescalas la suma de los correspondientes a cada una de ellas.

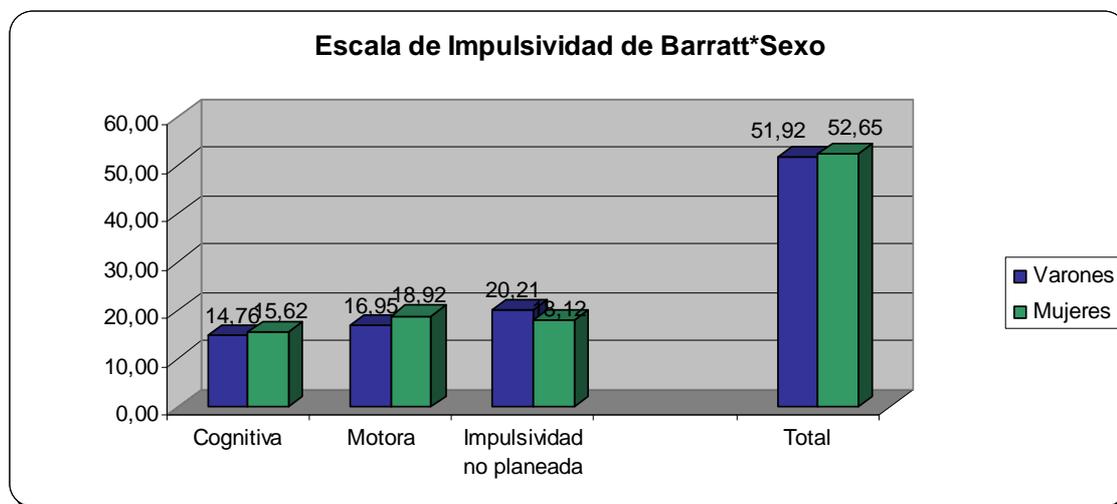
La hipótesis de partida es encontrar diferencias significativas entre la variable cualitativa sexo (hombre, varón) y la variable cuantitativa grado de impulsividad. Con el fin de ratificar esta hipótesis llevó a cabo un estudio transversal, evaluando a 89 sujetos de ambos sexos, 26 mujeres y 63 varones, con edades comprendidas entre los 21 y los 76 años (con una media de 47 años, y una desviación estándar de 13,01 años) que estaban en tratamiento por trastorno por abuso de sustancia. A esto 89 sujetos, tras una entrevista previa se les aplicó la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)

PRUEBAS UTILIZADAS: Utilizamos la prueba T-student con una significatividad de 0.95 grados de libertad para muestras independientes. También buscaremos si existen diferencias significativas en la variable sexo y las distintas subescalas de impulsividad (cognitiva, motora, impulsividad no planeada).

RESULTADOS: Los resultados mostraron una distribución alejada de la normal y una media de 52 puntos para la escala total. El coeficiente alfa de Cronbach para la puntuación total fue 0,83; la escala de impulsividad motora fue la que tuvo el valor más alto, que alcanzó 0,71.

Observando las puntuaciones con una significación de 0.831 podemos decir que no existen diferencias significativas entre los varones y mujeres en la variable impulsividad.

La media es similar para ambos grupos, es decir puntúan lo mismo en impulsividad.



PSICOPATOLOGÍA Y GÉNERO EN ADICCIONES

No existen diferencias estadísticamente significativas con una significación de 0.45 entre la variable sexo y la variable impulsividad cognitiva.

No existen diferencias estadísticamente significativas con una significación de 0.21 entre la variable sexo y la variable impulsividad motora.

Aunque no existen diferencias estadísticamente significativas con un nivel de significación del 0.15 entre la variable sexo y la impulsividad no planeada, podemos decir que los varones tienden a puntuar más alto en impulsividad no planeada (media 20.2063)

4. Trastornos de Auto percepción corporal, alimentario y del comportamiento secundario al consumo de sustancias

En los últimos años ha habido un interés creciente en los trastornos psiquiátricos vinculados a la imagen corporal y en particular a los asociados a los trastornos de la alimentación.

En la Italia de los años sesenta, Mara Selvini intentó publicar un libro sobre la anorexia nerviosa y fue rechazado por el editor al considerar éste que trataba de un extraño trastorno de interés restringido a algunos pocos especialistas. Pero han cambiado en estos años muchas cosas.

En España hemos asistido a un cambio espectacular en muy poco tiempo. Hace poco más de veinte años los trastornos de la anorexia nerviosa y la bulimia eran una curiosidad en la clínica, ahora su extensión constituye uno de los principales problemas psiquiátricos en mujeres jóvenes; además, están asociados con un alto riesgo de mortalidad, baja tasa de recuperación y un alto riesgo de recaídas.

No sólo advertimos un cambio en la estética. Hay cambios que afectan a estructuras más profundas de nuestra sociedad, a nuestro sistema de valores. Se habla del hedonismo que impera en las sociedades occidentales como un factor facilitador de determinadas conductas. De lo meramente estético trascendemos a lo ético.

En nuestro país, la incidencia se considera que ha pasado de 0,37 casos por 100.000 habitantes en la década de los 60, a 0,74 en los 70, 6,3 en los 80 y en la última década es de 3,4% en mujeres entre 15 y 29 años⁷.

Los pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) tienen tendencia a desarrollar conductas adictivas. La más frecuente, el consumo excesivo de tabaco y bebidas de cola. Si el cuadro se prolonga, habitualmente por comorbilidad psiquiátrica, aparecen otros consumos, cocaína y anfetaminas fundamentalmente, la mayoría de ellos para tratar de evitar la ganancia peso y la sobreingesta. En menor grado, disminuir la ansiedad, mejorar el estado de ánimo y como expresión de una impulsividad descontrolada.

Tanto los psicoestimulantes (cocaína, anfetamina, speed) como los psicodépresores (derivados opiáceos) son anorexígenos. Los cannabinoides tienen efecto orexígeno inicial y anorexígeno ulterior.

Generalmente una vez iniciado el proceso de adicción se comienza a ver el deterioro de sí mismo con descuido de la higiene y de su salud como consecuencia de una inversión de energía y el tiempo empleado en la adicción sin que se observen grandes diferencias entre hombres y mujeres.

La desintoxicación, como puerta de entrada a la recuperación funcional supone la normalización paulatina de ritmos vigilia-sueño y hábitos nutricionales. Al mismo tiempo se produce

⁷ M. Aguinaga, L.J. Fernández, J.R. Varo. Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. 2000. ANALES. Vol 32 N° 2

PSICOPATOLOGÍA Y GÉNERO EN ADICCIONES

una reactivación sistémica que provoca respuestas sobrecompensadoras de efectores orgánicos que permanecían hipofuncionales.

De esta forma, la recuperación del apetito tiene una etapa de hiperrespuesta orexígena que lleva al paciente a tener un apetito desmedido durante una temporada que no es más que la respuesta sobrecompensadora al efecto anorexígeno del consumo de sustancias. Así pues, los pacientes comen más ganando peso de forma inmediata.

La respuesta autoperceptiva es diferente entre varones y mujeres, comprobamos que ellos mantienen el apetito elevado, subsanando el sobrepeso con una especie de vigorexia compensatoria haciendo ejercicio. Luego moderan el apetito y finalmente equilibran el ejercicio con la regulación de la ingesta. Se podría decir que la autoimagen corporal entre varones adictos puede provocar un fenómeno de vigorexia generalmente transitoria y en las mujeres un fenómeno de anorexia.

En la mujer adicta lo más frecuente para compensar el sobrepeso son los comportamientos restrictivo, purgativo, y/o ambos pudiendo llegar a desarrollarse una anorexia secundaria de muy nocivas consecuencias. Algunas pacientes se plantean incluso volver al consumo para recuperar la delgadez. En conclusión, la autoimagen corporal tiene un impacto más visible y nocivo en la mujer adicta que conviene tener muy en cuenta porque puede llegar a propiciar recaídas por una vía inesperada.

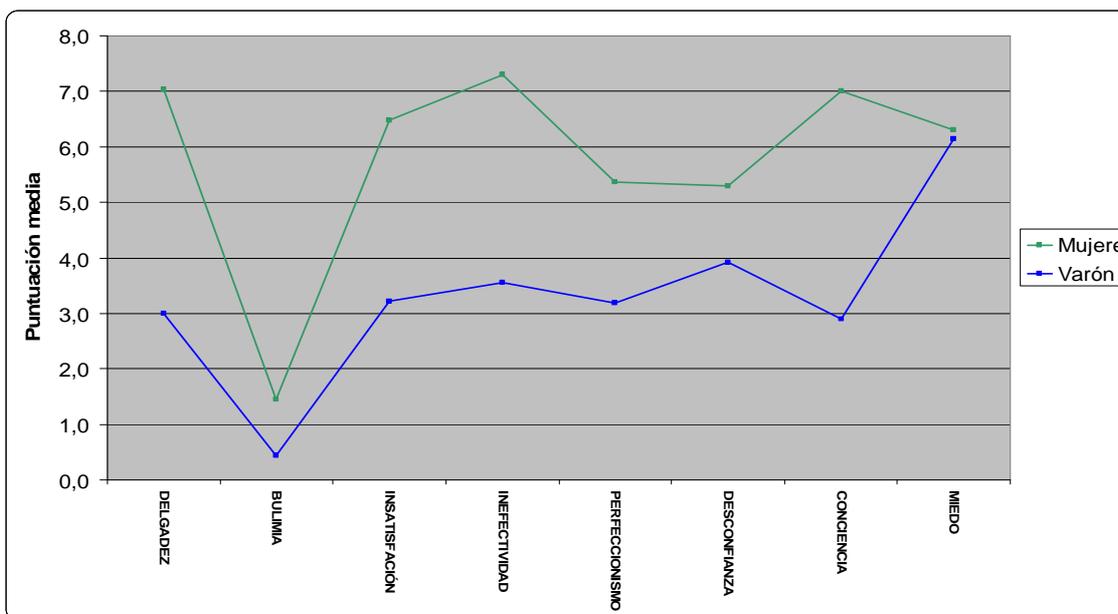
Con el propósito de comparar los trastornos de la conducta alimentaria entre varones y mujeres en población adicta realizamos un estudio el que se incluyó a 54 pacientes, mediante muestreo aleatorio simple, 27 mujeres y de 27 varones, en tratamiento por trastorno por abuso de sustancias psicoactivas, cuyas edades oscilaron entre los 17 y los 56 años, con una edad media de 36 y una desviación estándar de 9,33, aplicando el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI).

El inventario para trastornos de la alimentación (EDI), desarrollado en el año de 1983 por Garner y colaboradores, fue diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. El EDI contiene 64 reactivos agrupados en ocho subescalas que se correlacionan positivamente: Impulso a la delgadez (7 ítems), Sintomatología bulímica (7 ítems), Insatisfacción corporal (9 ítems), Inefectividad y baja autoestima (10 ítems), Perfeccionismo (6 ítems), Desconfianza interpersonal (7 ítems), Conciencia interoceptiva (10 ítems) y Miedo a madurar (8 ítems)

La hipótesis de partida es encontrar diferencias significativas entre la cualitativa sexo (hombre, varón) y la variable cuantitativa (anorexia nerviosa y bulimia).

Utilizando la prueba T-student con una significatividad de 0.95 grados de libertad para muestras independientes observamos que:

- ✓ Existen diferencias estadísticamente significativas en las siguientes subescalas (con una significación 0.95): Delgadez, insatisfacción, inefectividad, perfeccionismo y conciencia. Esto nos dice que las mujeres puntúan más alto que los varones en estas subescalas.
- ✓ En cambio no existen diferencias significativas en las siguientes subescalas (con una significación 0.95): Bulimia, desconfianza, miedo. Esto nos indica que tanto hombres como mujeres tienden a puntuar lo mismo en estas subescalas.



5. Dependencias afectivas

Las dependencias interpersonales o afectivas se definen como trastornos relacionales caracterizados por la manifestación de comportamientos adictivos en la relación interpersonal basados en una asimetría de rol y en una actitud dependiente respecto al sujeto del que se depende (Sirvent y Moral, 2005).

Es sabido que las dependencias afectivas es una nosología frecuente entre los adictos, sobre todo en mujeres. La mujer presenta mayores índices de presencia de dependencia emocional y, sobre todo, de bidependencia o doble dependencia (a sustancias y afectiva respectivamente). Esta patología fue descrita por el C. Sirvent al observar como numerosas pacientes presentaban una dependencia afectiva o emocional asociada al trastorno adictivo, con el agravante de que esta segunda patología suponía un factor de riesgo sustancial. La primera definición publicada (1994) decía así: "la bidependencia o doble dependencia es el conjunto de actitudes, comportamientos y afectos denotativos de que, al margen de la específica adicción (o adicciones tipificadas como tal), existe una dependencia de personas o situaciones de carácter sociopático que condiciona relevantemente el quehacer del afectado y probablemente de la persona o personas involucradas. El sujeto bidependiente adquiere un hábito pasivizante y se instala en una deliberada falta de autonomía, salvo en lo referido a mantener su adicción a sustancias, si es que todavía la padece. En lo demás prefiere no tomar decisiones, optando por asumir un menoscabo de su autonomía que puede llegar a ser invalidante.

La dependencia relacional viene dada por la naturaleza del vínculo que establecen dos personas en la que una de ellas deposita en la otra la toma de decisiones, estableciéndose una asimetría relacional donde el bidependiente adquiere un papel pasivo por decisión propia y, a veces, incluso, en contra de la determinación del otro (Sirvent Ruiz, C. 1999).

Las dependencias relacionales suponen el principal factor de recaída de muchas pacientes deshabituadas. Aproximadamente el 70% de las mujeres en tratamiento por adicción presentan rasgos de bidependencia en mayor menor intensidad, con una tendencia al alza según los datos de la última evaluación que a continuación pasamos a exponer.

La hipótesis de partida es encontrar diferencias significativas entre la cualitativa sexo (hombre, varón) y la variables cuantitativas grado de dependencia afectiva, codependencia y bidependencia.

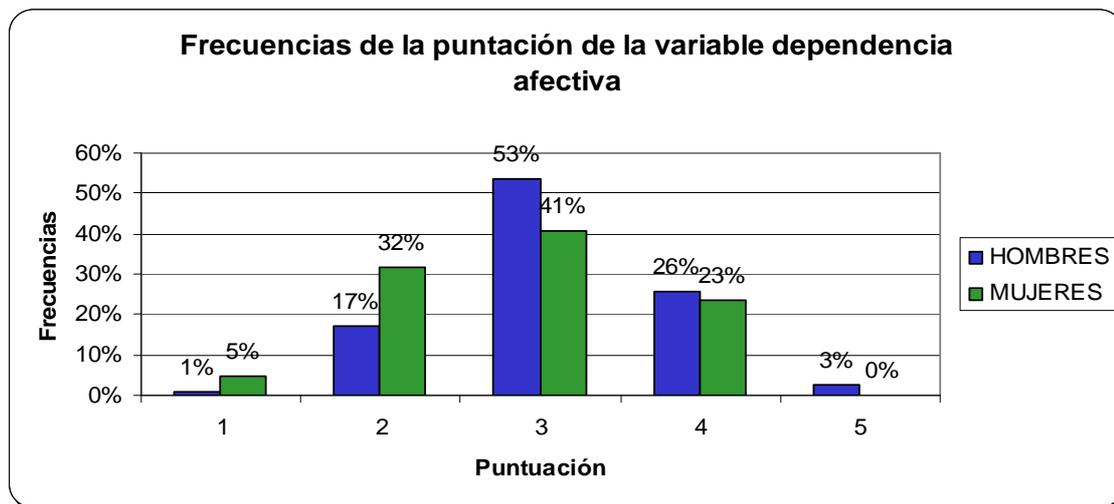
PSICOPATOLOGÍA Y GÉNERO EN ADICCIONES

Para ello realizamos un estudio mediante la aplicación del Inventario de Relaciones Interpersonales y Dependencias Sentimentales IRIDS-100 (Sirvent Ruiz y Moral Jiménez 2008) compuesto por 100 ítems evaluados mediante escala Likert de cinco puntos (Muy de Acuerdo a Muy en Desacuerdo). Está integrada por 3 escalas (Dependencia afectiva, Codependencia y Bidependencia) y 7 *dimensiones* (triada dependiente, acomodación, autoengaño, sentimientos negativos, identidad y fuerza del ego, antecedentes personales y triada codependiente) y 23 *factores sindrómicos*.

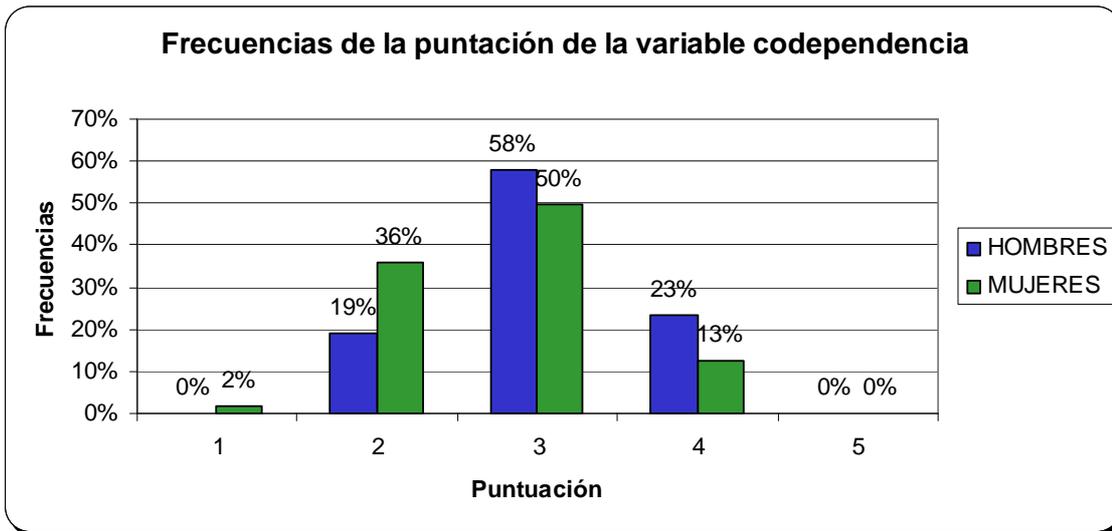
La muestra utilizada es de 227 sujetos en tratamiento por trastorno por abuso de sustancias psicoactivas, 111 mujeres y de 116 varones en edades comprendidas entre los 17 y los 66 años, con una edad media de 36 y una desviación estándar de 10,6

En el estudio buscamos fundamentalmente la existencia o no de diferencias significativas en la variable sexo y las distintas subescalas: dependencia sentimental, codependencia, bidependencia. Para ello utilizamos la prueba T-student con una significatividad de 0.95 grados de libertad para muestras independientes obteniendo los siguientes resultados:

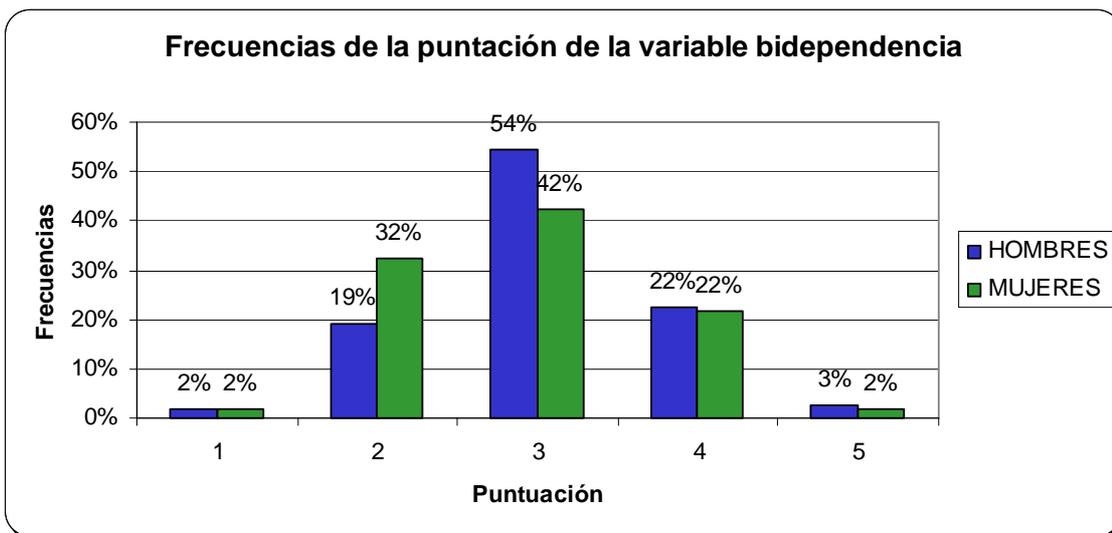
Existen diferencias significativas con un nivel de significación del 0.003 en las mujeres y la variable **dependencia sentimental**. Podemos aceptar la hipótesis de partida en que las mujeres tienden a ser más dependientes sentimentalmente que los hombres.



Existen diferencias significativas en las mujeres y la variable **codependencia** con un nivel de significación del 0.000. Podemos aceptar la hipótesis de partida en que las mujeres tienden a ser más codependientes.



Existen diferencias significativas en las mujeres y la variable **bidependencia** con un nivel de significación del 0.004. Podemos aceptar la hipótesis de partida en que las mujeres tienden a ser más bidependientes.



De los resultados obtenidos se deduce la existencia de mayores índices de dependencia en la mujer drogodependiente en las 3 vertientes, lo cual, a efectos terapéuticos, la dependencia es un elemento que lastra la recuperación y precipita recaídas.

6. Autoengaño Y Mistificación

Aunque se le concede relativa poca importancia, el autoengaño es el principal factor precipitante de recaídas de adictos, además de ser el elemento nuclear de numerosos trastornos, especialmente los adictivos. El engaño forma parte de la constelación sociopática general del adicto, condición aprendida y desarrollada a lo largo de la vida adictiva. El sujeto adicto aprende a mentir como respuesta adaptativa a su difícil vida en la que debe justificar (falazmente) comportamientos socialmente inaceptables. Los adictos se parecen tanto entre sí porque *la mistificación cambia la personalidad*, sometiéndolo y anulando el verdadero carácter para convertir al adicto en un sujeto insincero, que manipula sistemáticamente tanto a los demás como a sí mismo y que, *a fuerza de*

PSICOPATOLOGÍA Y GÉNERO EN ADICCIONES

tanto engañar y engañarse, se vuelve desconfiado, huraño e incrédulo y llega a negar las evidencias.

Los estudios respecto a las diferencias de género son escasos, máxime en la población adicta. Según un estudio realizado en nuestra institución en el año 2006, con una muestra de 156 sujetos (adictos y grupo control) a los que se les aplicó el inventario de deseabilidad social de Paulhus 7^a versión (BIDR- 7, 1998) y la escala de autoengaño (Sirvent, 2006). Respecto a la comparación entre adictos/no adictos existen diferencias significativas y de elevada magnitud a favor de los primeros en la puntuación total de la escala de Autoengaño, y en las subescalas de esta prueba Autoengaño y Manipulación. Es decir los adictos tenían un considerable aumento de autoengaño respecto al grupo control, lo que abunda en la hipótesis del autoengaño como elemento asociado a la adicción

Entre las diferencias según sexo subrayar que los hombres presentaban una media superior a las mujeres en la escala y subescala de Autoengaño y en la subescala de Manipulación, en tanto que las mujeres puntúan más en Manejo de Impresiones.

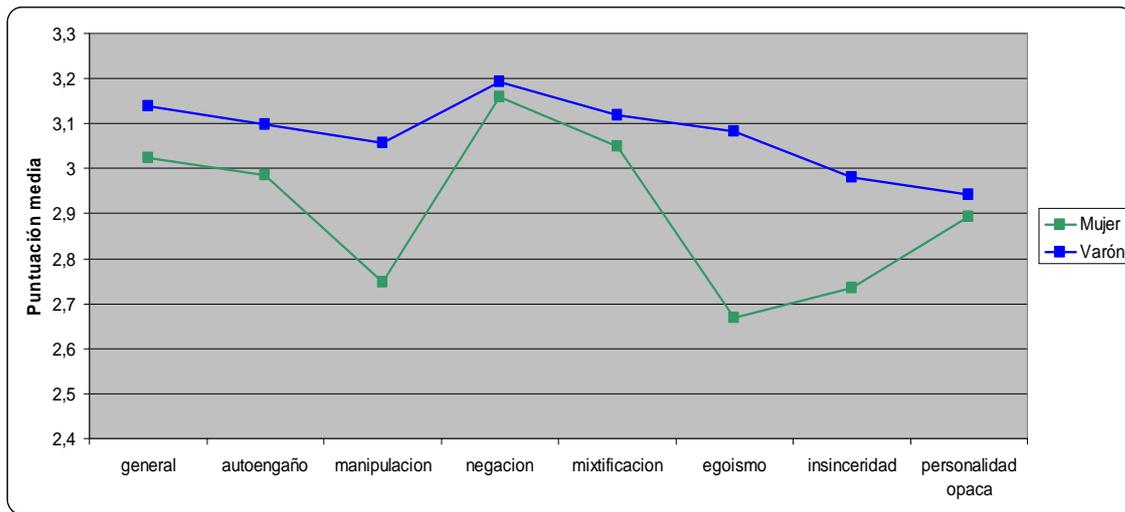
Para corroborar las diferencias de género en la población adicta recientemente realizamos otro estudio con una muestra de 470 sujetos (181 mujeres y 289 varones en edades comprendidas entre los 13 y los 66 años, con una edad media de 36 y una desviación estándar de 9,9) en tratamiento por abuso de sustancias psicoactivas a los que se les aplicó Inventario de autoengaño y mixtificación (IAM) (Sirvent, 2007) que explora los siguientes ámbitos:

1. Manipulación emocional considerada como el intento de modificar los auténticos sentimientos del interlocutor (influir sobre los sentimientos y actitudes del otro en provecho propio)
2. Reiteración entendida como la *repetición* de errores relacionados con el autoengaño.
3. Mecanismos de negación y no afrontamiento: Invalidar una parte desagradable o no deseada de la información o de la experiencia vital como si no existiera, típica de sujetos adictos La American Psychiatrist Association califica la negación como un mecanismo de defensa que actúa inconscientemente, utilizado para resolver un conflicto emocional y aliviar la ansiedad rechazando los pensamientos, sentimientos, deseos, necesidades o factores de la realidad externa que son conscientemente intolerables.
4. Autoengaño propiamente dicho entendiéndolo como la incapacidad para darse cuenta de los efectos adversos de la relación, y, si lo advierte y se queja de ello, no adopta soluciones o pretenden que estas vengan desde fuera. Ver lo que existe y rechazar lo que significa".

La hipótesis de partida es encontrar diferencias significativas entre la cualitativa sexo (hombre, varón) y las variables cuantitativas niveles de autoengaño (manipulación, insinceridad, general, autoengaño, negación, mistificación, personalidad opaca)

El tipo de análisis se utilizó la prueba T-student con una significatividad de 0.95 grados de libertad para muestras independientes. Tras el análisis encontramos diferencias significativas en las subescalas de manipulación (Sig.0.000 y media 3.05) e insinceridad (sig.0.002 y media 2.98) y egoísmo (sig.0.000 y media 2.99). Si comparamos los resultados con las medias vemos que los varones puntúan más alto en estos factores, por lo tanto serán los hombres los que tengan más tendencia a manipular, ser insinceros y egoístas.

PSICOPATOLOGÍA Y GÉNERO EN ADICCIONES



No encontramos diferencias significativas en el resto de subescalas (general, autoengaño, negación, mixtificación, personalidad opaca) en las que mujeres y hombres obtenían puntuaciones similares en estos rasgos.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Tal como hemos podido observar a partir del estudio presentado a la vista de los resultados y sin pretender categorizar, podemos afirmar que encontramos diferencias significativas respecto al género.

Los trastornos psicopatológicos se presentan con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, sin embargo; existen ciertas características comunes que emanan de las consecuencias directas de la propia adicción.

Aunque no hay un perfil definido en cuanto a la psicopatología de la mujer adicta, si que encontramos algunas características diferenciales respecto a los varones. Si tuviésemos que dibujar un retrato robot del perfil psicológico, este correspondería a una mujer que padece mayores niveles de ansiedad, es menos asertiva, sufre una mayor severidad e incidencia de los cuadros depresivos que los varones. Estos trastornos suelen cursar con tristeza, autodepreciación y vacío emocional, manteniendo una notable dificultad para identificar y expresar sus emociones. También es característica su tendencia al perfeccionismo y una acusada tendencia a depender afectivamente. Por lo general, la mujer drogodependiente presenta una mayor desvitalización, acompañada de una actitud más apática y de desánimo, con minusvaloración de sus capacidades que redundan en un déficit crónico de autoestima y un concepto infravalorativo de sí mismas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Española de Patología Dual. Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia, diagnóstico y actitud terapéutica de la patología dual en la Comunidad de Madrid. (2008). Disponible en http://www.patologiadual.es/docs/estudio_epidemiologico_PD_CE2008_NOV08.pdf
2. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia y factores

PSICOPATOLOGÍA Y GÉNERO EN ADICCIONES

- asociados de los trastornos mentales en España: Resultados del estudio ESEMED-España. Medicina Clínica Vol.126 Núm. 12. ISSN:0025-7753. (2006)
3. OMS (Organización Mundial de la Salud). Género y salud mental de las mujeres. Disponible en
 4. <http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/mujer/genderwomen.html>
 5. Bridget F. Grant, Ph.D., Ph.D. Myrna M. Weissman, Ph.D..Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico Psiquiátrico. Género y prevalencia de los trastornos psiquiátricos.
 6. Félix Cova S., Mario Valdivia P., Carmen Maganto M. Diferencias de género en psicopatología en la niñez: Hipótesis explicativas. Rev Chil Pediatr 76 (4); 418-424, (2005).
 7. Granados Cosme, José Arturo. Patrones de daños a la salud mental: psicopatología y diferencias de género. 4 Revista Salud Mental, Vol. 26, No. 1, febrero 2003. ISSN 0185-3325
 8. La adicción en la mujer. M^a. Dolores Locken Lodigiani. Disponible en <http://www.montefenix.com.mx/la-adiccion-en-la-mujer.html>
 9. Torres Larrañaga, J.L. Comorbilidad de trastornos mentales y adicciones.. *LiberAddictus* núm. 95, enero-febrero, 2007
 10. DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico. Narrow, William E. Elsevier Masson 2009
 11. Factores de Riesgo en Psicopatología del Ezepeleta, Lourdes. Masson 2005
 12. Sergio L. Rojtenberg. Mujer: vulnerabilidad, depresión y ansiedad. Disponible en <http://www.gador.com.ar/iyd/vulner/rojtenberg.htm>
 13. Sirven Ruiz C, M. Tratamiento del alcoholismo en la mujer II Symposium Nacional sobre Tratamiento de la Adicción en la Mujer. Madrid Diciembre 2002
 14. Encuesta Nacional de Salud 2006-2007. Datos publicados el 13 de marzo de 2008 por El Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España. Disponible en <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
 15. Puerta García, C. Trastornos de personalidad asociados a adicciones y diferencias de género. Libro III Symposium Nacional de la Adicción en la Mujer. Actualización y nuevas propuestas Fundación Instituto Spiral y Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. (Madrid). 2007.
 16. Pedrero, E.J., Puerta, C., Lagares, A. y Sáez, A. Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 5, 241-255. (2003).
 17. Pedrero, E.J. Los trastornos de personalidad en drogodependientes desde la perspectiva de los cinco grandes factores. *Adicciones*, 15, 203-220. (2003).
 18. López Durán, A y Becoña Iglesias, E. Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema*. 2006. Vol. 18, nº 3, pp. 578-583. ISSN EDICIÓN EN PAPEL: 0214-9915 0214-9915.
 19. Fernández, J.J. Trastornos de personalidad y adicción: relaciones etiológicas y consecuencias terapéuticas. *Anales de Psiquiatría*, 2002 Vol. 18, 421-427.
 20. San Narciso, G.; Gutiérrez, E.; Sáiz, P.A.; González, M^a P.; Bascarán, M^a T.; Bobes, J. Evaluación de trastornos de la personalidad en pacientes heroínómanos mediante el International Personality Disorders Examination (IPDE). *Revista Adicciones*. 2000 - Volumen 12 - Número 1
 21. Cervera Martínez, G. Adicciones y trastornos de la personalidad. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000.
 22. Sánchez Hervás, E* y Berjano Peirats, E. Características de personalidad en sujetos drogodependientes. *Psicothema*, 1996. Vol. 8, nº 3, pp. 457-463 ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG 457.
 23. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. SANIDAD 2007 El Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España. Disponible en http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
 24. Susan Egelko and Marc Galanter. Impact of Social Anxiety in a "Therapeutic Community"-Oriented Cocaine Treatment Clinic. *American Journal on Addictions* 1998, Vol. 7, No. 2, Pages 136-141
 25. Lorea Conde, I. Características clínicas, comorbilidad psicopatológica y rendimiento

PSICOPATOLOGÍA Y GÉNERO EN ADICCIONES

- neuropsicológico en adictos a la cocaína En tratamiento ambulatorio. Tesis Doctoral. 2006.
26. Carrasco Galán, I., Espinar Fellmann, I. Trastornos de ansiedad y género. Mente y cerebro. 2008. ISSN 1695-0887 1695-0887, Nº. 31, 2008 , pags. 12-21.
 27. Arenas M.C., Puigcerver A. Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. Escritos de Psicología, 2009. Escritos de Psicología, Vol. 3, nº 1, pp. 20-29 ISSN 1989-3809.
 28. Maganto, Carmen, Cruz, Soledad. La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. Rev. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 2000; 30, 45-48
 29. Sepúlveda A. R., Gandarillas A., Carboles J. A. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria. 2004 INTERPSIQUIS.
 30. Aguinaga M., Fernández L.J., Varo J.R.. Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. 2000. ANALES. Vol 32 Nº 2
 31. Sirvent Ruiz, C.; Moral Jiménez, M.V. Dependencias sentimentales o afectivas: etiología, clasificación y evaluación. Revista española de drogodependencias, ISSN 0213-7615 0213-7615, Nº. 2, 2008 , pags. 150-167.
 32. Sirvent Ruiz, C.; Moral Jiménez, M.V La *dependencia sentimental* o afectiva. FUENTE: INTERPSIQUIS. 2007
 33. Sirvent Ruiz, C. Clasificación y sintomatología diferencia de las dependencias sentimentales. I Encuentro de dependencias sentimentales. Fundación Instituto Spiral. Madrid. Enero 2006
 34. Rivas Reguero, Cruz. Bidependencia. I Encuentro de dependencias sentimentales. Fundación Instituto Spiral. Madrid. Enero 2006
 35. Sirvent Ruiz, C.; Moral Jiménez, M.V,; Blanco Zamora, P. Sufrimiento psíquico y sentimientos negativos.. FUENTE: INTERPSIQUIS. -1; (2009)
 36. Sirvent Ruiz, C.; Mentira, autoengaño, adicción y diferencias de género. Libro III Symposium Nacional de la Adicción en la Mujer. Actualización y nuevas propuestas Fundación Instituto Spiral y Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. (Madrid). 2007.