

PATRONES DE PERSONALIDAD Y OTROS TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS ASOCIADOS EN DROGODEPENDIENTES EN TRATAMIENTO

PERSONALITY PATTERNS AND ASSOCIATED PSYCHOPATHOLOGY IN DRUG USERS IN TREATMENT

José Luis Rodríguez Sáez¹ y Alfonso Salgado Ruiz²

¹ Universidad de Valladolid y Fundación Aldaba – Proyecto Hombre, España

² Universidad Pontificia de Salamanca, España

Abstract

The article makes a descriptive analysis of the personality profiles, other possible psychopathological disorders as well as socio-demographic factors and the characteristics of the substances used in the population of drug addicts in "Proyecto Hombre Valladolid".

The EuropASI and MCMI-III tests were applied. The results show that the profile of the user is mostly a male (84.91%), single (68.87%), with an average age of 33.08; who has primary education studies (65.09%), whose habitual or last occupation has been a work without previous training (82.1%) and its main source of income has come from his primary support network (52.38%); he is a consumer of various substances, mainly alcohol along with other drugs (27.36%), cocaine (19.81%) and cannabis (16.04%). The most prevalent clinical patterns of personality types are antisocial (25.5%) paranoid (13.2%) and narcissistic (11.3%). The more common clinical syndromes of moderate severity in addition to dependence on substances (81.1%), are anxiety disorder (63.2%) and alcohol dependence (33.9%), while among serious clinical syndromes the disorder of thought (24.5%) and delusional disorder (22.6%) are on top. These results agree with other studies analysed. In conclusion, the article points out the importance of conducting a prior assessment of all users that demand treatment to plan the objectives for that treatment in advance.

Keywords: Dual pathology, drug addiction, personality disorders, psychological treatment.

Resumen

Se hace un análisis descriptivo de los perfiles de personalidad, otros posibles trastornos psicopatológicos así como las variables sociodemográficas y características del consumo de sustancias de la población de drogodependientes en Proyecto Hombre Valladolid. Se aplicaron los instrumentos EuropASI y MCMI-III. Los resultados muestran que el perfil del usuario se trata mayoritariamente de un varón (84,91%), soltero (68,87%), con una edad media de (33,08) años; que tiene estudios primarios (65,09%), cuya ocupación habitual o última ha sido un trabajo sin formación previa (82,1%) y su principal fuente de ingresos ha sido la red primaria de apoyo (52,38%); es consumidor de varias sustancias, fundamentalmente alcohol junto con otras drogas (27,36%), cocaína (19,81%) y cannabis (16,04%). Los patrones clínicos de personalidad más prevalentes son antisocial (25,5%) paranoide (13,2%) y narcisista (11,3%). Los síndromes clínicos de gravedad moderada más frecuentes, además de la dependencia a sustancias (81,1%) son el trastorno de ansiedad (63,2%) y la dependencia de alcohol (33,9%), mientras que entre los síndromes clínicos graves destacan el trastorno del pensamiento (24,5%) y el trastorno delirante (22,6%). Estos resultados coinciden con otros estudios revisados. Se concluye señalando la importancia de realizar una evaluación previa a todas las personas que demandan tratamiento para planificar los objetivos del mismo.

Palabras clave: Patología dual, drogodependencias, trastornos de personalidad, tratamiento psicológico.

El consumo de drogas en España sigue siendo un grave problema al que se enfrentan los programas de tratamiento de las drogodependencias y ante el cual se ha producido un interés creciente por el estudio de los trastornos duales. La voluntad de mejorar las tasas de éxito de los programas de intervención con pacientes adictos ha generado un claro interés por el estudio de las variables que limitan o mediatizan el alcance y la eficacia de dichos programas. En este sentido, ha cobrado una especial relevancia -al menos en lo que a las conductas adictivas se refiere- el análisis de las dimensiones de personalidad más habituales en este tipo de población y, más recientemente, de los trastornos concretos de la personalidad que les afectan.

En la actualidad, existen estudios que evidencian la relación entre los trastornos de personalidad y las adicciones (Yeager y Di Giuseppe, 1995; Sánchez, Tomás y Climent, 1999; NIDA, 1999). No obstante, la explicación de la asociación entre consumo de sustancias y trastornos de personalidad presenta algunas dificultades, ya que en muchas ocasiones se desconoce si la personalidad es uno de los factores que determina el inicio en el consumo de drogas, o bien es el consumo de drogas lo que conduce a un patrón de personalidad desadaptativo, o bien si el consumo de drogas modula una serie de rasgos previos, o bien si ambos elementos son independientes (Pedrero, 2003). Además, puede suceder que la consideración de los trastornos de personalidad como categorías haga que se solapen muchos criterios diagnósticos (San-Molina, 2004). Tal es el caso del trastorno antisocial de la personalidad en el que uno de sus criterios diagnósticos es la realización de actividades ilegales donde se puede incluir el consumo de drogas.

En la literatura científica se ha tratado de explicar la interrelación entre los trastornos de personalidad y la dependencia a sustancias psicoactivas a través de distintas teorías y modelos:

- a) El modelo de adaptación (Peele, 1985), considera que los consumidores de drogas son ineficaces en la utilización de recursos para dar solución a sus problemas. La interacción de trastornos genéticos, problemas ambientales y dificultades en el proceso de maduración personal, producirían un fracaso en los recursos personales para una adecuada adaptación,

encontrando en el consumo de drogas una adaptación sustitutiva.

- b) El modelo de la automedicación (Khantzian, 1985), considera que las personas con trastornos adictivos seleccionan la droga de abuso en función de determinantes internos, como la psicopatología o los trastornos de personalidad.
- c) La teoría de vulnerabilidad-estrés (Verheul, 2001) entiende que el comienzo y el curso de la adicción derivan de una interacción recíproca continua entre las vulnerabilidades biológicas y psicológicas, y los recursos del sujeto y sus circunstancias psicosociales. En este modelo, los trastornos de personalidad son un factor de riesgo potencial importante que, sin embargo, no es exclusivo ni esencial en todos los casos.
- d) La teoría transaccional de la adicción de Wills (Wills y Dishion, 2004). Inicialmente centrada en la idea de que el consumo de sustancias representaría principalmente una modalidad de afrontamiento del estrés, ha ido evolucionando hasta considerar que los rasgos de personalidad son factores de riesgo o protección frente al efecto de las sustancias.
- e) El modelo de las tres vías de acceso a la adicción (Verheul y van del Brink, 2005) vincula cada una de las vías (desinhibición comportamental, hiperreactividad al estrés y sensibilidad a la recompensa) a déficit en determinados sistemas de neurotransmisión cerebral.

Szerman et al. (2013) han puesto en evidencia la sólida asociación entre cualquier trastorno mental y la posibilidad de progresión desde el uso al trastorno por uso de sustancias, particularmente para los trastornos psicóticos y los rasgos y trastornos de personalidad.

En la actualidad, existen sólidas evidencias científicas que sostienen cómo rasgos patológicos de personalidad sí contribuyen y predisponen al desarrollo de un trastorno por uso de sustancias (Verheul et al. 2009). Y la presencia de rasgos de personalidad desadaptativos, como la impulsividad, se asocia a mayor riesgo de adicción. Además, la existencia de alta impulsividad se ha asociado a mayores complicaciones

psicopatológicas en pacientes adictos (Roncero et al. 2013).

Respecto a las características que marcan la diferencia entre los consumidores de sustancias con y sin trastorno de personalidad, Nace, Davis y Gaspari (1991) y Fernández (2002) consideran que los sujetos con trastorno de personalidad tienen un consumo más frecuente de sustancias ilegales; muestran un patrón de consumo de alcohol diferente, son más compulsivos y lo usan para manejar su estado de ánimo e incrementar su funcionamiento; presentan más problemas psicopatológicos; más impulsividad; una menor satisfacción con sus vidas y un mayor aislamiento. Martínez y Trujillo (2003) recogen las consecuencias de la presencia de trastornos de personalidad en sujetos drogodependientes si no se aborda el tratamiento de forma adecuada: dificultad para alcanzar la abstinencia con frecuentes recaídas en el consumo, baja adherencia al tratamiento y abandono del mismo, consumos importantes de otras sustancias diferentes a la que motiva el tratamiento, uso abusivo y erróneo de los psicofármacos, y deterioro de la relación paciente-terapeuta, entre otras.

El objetivo del presente estudio es realizar un análisis descriptivo de la población de drogodependientes en Proyecto Hombre Valladolid (PHV) en relación a los perfiles de personalidad, otros posibles trastornos psicopatológicos, así como las variables sociodemográficas y características del consumo de sustancias, de manera que se contribuya a una descripción clínica más detallada de los usuarios de este servicio y pueda orientarse su tratamiento de manera más eficaz.

MÉTODO

Diseño y participantes

La muestra fue extraída de personas que se encontraban al inicio del tratamiento de rehabilitación por adicción a diferentes sustancias en PHV. La obtención de los participantes fue sencilla ya que se seleccionaron todos los usuarios mayores de 20 años que acudieron solicitando ayuda para superar su adicción en el Centro. Y con el fin de evitar la posible influencia de síntomas de privación o intoxicación se consideró, como criterio de

inclusión, presentar un período de entre tres y seis semanas de abstinencia de drogas en el momento de la evaluación.

De la muestra inicial se eliminaron dos protocolos cuyos resultados no eran válidos, según las escalas diseñadas para tal fin, otros tres sujetos se negaron a participar en el estudio y a otros 65 se decidió no incorporarlos a la muestra porque abandonaron el tratamiento antes de que pudieran responder a todas las pruebas. Los cuestionarios se aplicaron desde enero de 2013 hasta marzo de 2014.

Finalmente se obtuvo una muestra de 106 pacientes, de los cuales 35 realizaron un tratamiento en la Comunidad Terapéutica (CT), 36 realizaron un tratamiento ambulatorio en el Programa ambulatorio ALTER y otros 35 realizaron un tratamiento en el Programa Intrapenitenciario.

Instrumentos

EuropASI (European Adaptation of Addiction Severity Index) (Kokkevi y Hartgers, 1995; McLellan et al., 1992; adaptación española de Bobes et al., 1996): Es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar el consumo de drogas y los problemas asociados a la adicción. Se trata de una entrevista clínica semiestructurada y heteroaplicada con un total de 159 ítems que evalúa la gravedad de la adicción y otras seis áreas que pueden contribuir al desarrollo de ésta: situación médica, situación laboral, consumo de alcohol y otras drogas, problemas legales, relaciones familiares y sociales y estado psiquiátrico

Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III) (Millon, Davis y Millon, 2007): Es un cuestionario clínico autoaplicado que posibilita la evaluación tanto de la personalidad del sujeto como de distintos síndromes clínicos. Está compuesto por 175 ítems de respuesta dicotómica (verdadero/falso), que proporciona información sobre once patrones clínicos de personalidad definidos en el Eje II del DSMIV-TR, tres rasgos patológicos, siete síndromes de gravedad moderada y otros tres de gravedad severa.

RESULTADOS

El usuario que ingresa en PHV es mayoritariamente un varón (84,91%) soltero (68,87%) con una edad media de 33,08 años, con algunos problemas médicos crónicos (36,8%) y con una prevalencia muy baja de hepatitis (17%) y VIH (1,9%). Tiene estudios primarios (65,09%) y su ocupación habitual o última ha sido un trabajo sin formación previa (82,1%). En los últimos tres años ha presentado un patrón de empleo habitual a tiempo completo (40,6%), aunque su principal fuente de ingresos ha sido la red primaria de apoyo (52,38%). Se ha iniciado en el consumo de alcohol a los 15,42 años y a consumir alcohol en grandes cantidades a los 19,29 años de edad.

La droga principal de abuso es el alcohol [de forma conjunta con otras drogas] en el (27,36%) de los casos, seguido de la cocaína (19,81%) y el cannabis (16,04%). En cuanto a la situación legal actual cabe destacar que se trataría de una persona sin cargos pendientes (71,7%).

Si se atiende a su historia familiar de antecedentes de consumo de alcohol, drogas o problemas psiquiátricos, el (29,2%) habría tenido un padre con problemas de alcoholismo, un (26,5%) afirma tener un hermano con problemática de drogodependencia y un (9,4%) declara que su madre habría padecido problemas psiquiátricos. Los resultados obtenidos en el área sociofamiliar indican que el usuario tipo de PHV se trata de una persona soltera (68,87%), que convive con algún miembro de su familia nuclear o de origen (31,13%) y que manifiesta haber tenido problemas serios a lo largo de la vida con respecto a la familia y la pareja (el 64,2% ha tenido problemas serios con su madre; el 68,3% ha tenido problemas serios con su padre; y el 65,3% problemas serios con su pareja).

Se trata de una persona que declara haber sufrido algún tipo de abusos a lo largo de su vida, fundamentalmente emocionales (64,2%), pero también físicos (40,6%) y en menor medida abusos sexuales (5,7%). Los resultados obtenidos en el área psicopatológica evaluada por el EuropASI confirman que un porcentaje no elevado de usuarios que ingresan en PHV ha padecido depresión (52,8%), ansiedad (73,6%), dificultades para comprender (57,5%) y alucinaciones (36,8%).

Además, el (57,5%) refiere haber experimentado ideas suicidas severas y el (29,2%) afirma haber intentado suicidarse a lo largo de su vida.

Cuadro 1. Resumen de los principales datos del EuropASI referidos a la muestra total

Datos principales EuropASI	
Edad	33,08 (SD=7,779)
Género	84,1% varones; 15,09% mujeres
Área médica	
Nº de veces hospitalizado por problemas médicos	2,02 (SD=2,284)
Problemas médicos crónicos	36,8% presenta problemas médicos crónicos
Hepatitis	17% diagnóstico (actual o pasado) positivo para hepatitis
Pruebas y resultados VIH	1,9% informa de diagnóstico positivo de VIH y un (24,5%) no se ha realizado los análisis
Área empleo/suporte	
Estudios	65,09% Primaria 29,25% Secundaria/FP
Ocupación habitual (o última)	82,1% Trabajo sin formación previa
Patrón de empleo (últimos tres años)	40,6% Tiempo completo 25,5% En ambiente protegido 21,7% Desempleado
Fuente de ingresos principal	52,38% Red primaria de apoyos (familia, amigos,...) 16,19% Paro, Ayuda social, Pensión o Seguridad Social 12,38% Empleo
Área de uso de alcohol y drogas	
Edad inicio	Alcohol en cualquier dosis: 15,42 años Alcohol en grandes cantidades: 19,29 años Heroína: 20,50 años Benzodicepinas: 22,11 años Cocaína: 21,37 años Anfetaminas: 19,17 años Cannabis: 16,27 años Más de una sustancia/día: 19,96 años

Cuadro 1. Resumen de los principales datos del EuropASI referidos a la muestra total (Continuación)

Área de uso de alcohol y drogas	
Años de consumo	
Alcohol en cualquier dosis:	13,40 años
Alcohol en grandes cantidades:	8,99 años
Heroína:	6,24 años
Benzodiazepinas:	4,37 años
Cocaína:	8,39 años
Anfetaminas:	5,02 años
Cannabis:	10,27 años
Más de una sustancia/día:	9,40 años
Sustancia principal de consumo	
Alcohol en grandes cantidades	2,83%
Heroína	1,89%
Cocaína	19,81%
Cannabis	16,04%
Alcohol y otras drogas	27,36%
Policonsumo	19,81%
Área legal	
Admisiones promovidas/sugeridas por el sistema judicial	6,6%
Situación legal actual	
	71,7% Sin cargos
	16% Delitos contra la propiedad
	6,6% Otros delitos
	1,9% Delitos violentos
	1,9% Posesión y tráfico de drogas
	1,9% Alteración del orden
Antecedentes familiares de alcoholismo, drogodependencia o problemas psiquiátricos	
	9,4% madres problemas psiquiátricos
	18,9% tíos rama materna problemática alcoholismo
	29,2% padres problemas alcoholismo
Rama materna	8,5% padre abuso drogas
Rama paterna	12,3% tíos rama paterna problemática alcoholismo
Hermanos	26,5% un hermano con problemática drogodependencia
	22,2% segundo hermano con problemática de drogas
	12,2% hermana con problemática drogodependencia
Área sociofamiliar	
Estado civil	
	68,87% Soltero
	14,15% Casado
	12,26% Divorciado
	4,72% Separado

Cuadro 1. Resumen de los principales datos del EuropASI referidos a la muestra total (Continuación)

Área sociofamiliar	
Núcleo de convivencia	
	25,47% Medio protegido
	22,64% Padres
	15,09% Pareja
	13,21% Pareja e hijos
	8,49% Familia
	5,66% Solo
	4,72% No estable
	2,83% Amigos
	1,89% Hijos
Conflictos y problemas familiares a lo largo de la vida	
	64,2% problemas serios con su madre
	68,3% problemas serios con su padre
	65,3% problemas serios con su pareja
Abusos emocionales, físicos y sexuales a lo largo de la vida	
	64,2% ha sufrido abusos emocionales
	40,6% ha sufrido abusos físicos
	5,7% ha sufrido abusos sexuales
Área psiquiátrica	
Depresión mayor	52,8%
Ansiedad o tensión severa	73,6%
Problemas para comprender concentrarse o recordar	57,5%
Alucinaciones	36,8%
Problemas para controlar conductas violentas	51,9%
Medicación por problemas psiquiátricos	58,5%
Ideación suicida severa	57,5%
Intentos de suicidio	29,2%
Tratamientos hospitalarios por problemas psiquiátricos	Media=0,54; SD=1,274
Tratamientos ambulatorios por problemas psiquiátricos	Media=0,85; SD=1,440

Los resultados obtenidos en el cuestionario MCMI-III de Millon, siguiendo el criterio menos estricto (PREV>74), revelan que el (42,5%) de las personas en tratamiento en PHV presentan puntuaciones que sugieren la presencia de al menos un trastorno de la personalidad; aunque, siguiendo el criterio más estricto (PREV>84) la tasa de prevalencia de trastornos de personalidad de casos considerados intensos alcanzaría el (24,5%) de la muestra. De la misma manera, casi un

(4%) de los sujetos presenta dos trastornos y casi un (1%) presenta tres trastornos de forma conjunta.

Los trastornos de personalidad más prevalentes son el antisocial (25,5%) paranoide (13,2%) y el narcisista (11,3%) (ver Figura 1).

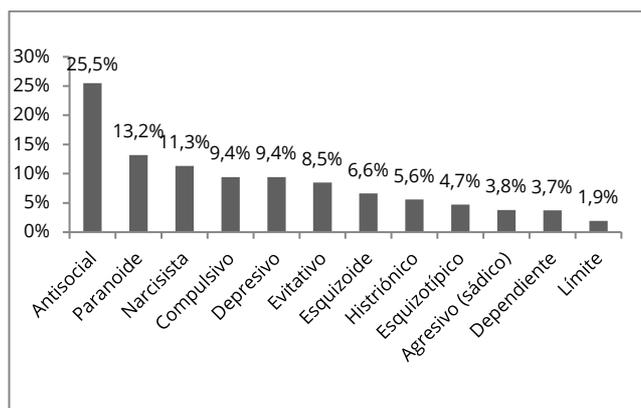


Figura 1. Escalas de personalidad

Respecto a los síndromes clínicos de gravedad moderada (ver Figura 2) los más frecuentes, además de la dependencia a sustancias (81,1%) son el trastorno de ansiedad (63,2%) y la dependencia de alcohol (33,9%), mientras que entre los síndromes clínicos graves destacan el trastorno del pensamiento (24,5%) y el trastorno delirante (22,6%).

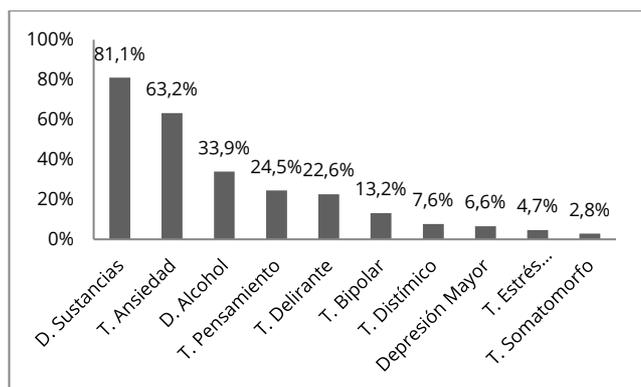


Figura 2. Síndromes clínicos

En la Tabla 1 se recogen los estadísticos descriptivos de las escalas del MCMI-III. Como se puede observar, la escala de Dependencia de Sustancias es la que alcanza una puntuación media más alta (85,73), y la única que supera el criterio más estricto (PREV>84) de punto de corte. Por lo que respecta al resto de escalas, se observa que para las escalas de personalidad, la antisocial (68,58), la narcisista (58,85) y la paranoide (58,26) son las que alcanzan valores medios más elevados; y para las escalas

de síndromes clínicos, además de la dependencia de sustancias, la escala de Trastorno de Ansiedad (69,63), Dependencia de Alcohol (66,53) y Trastorno Bipolar (61,29).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las escalas del MCMI-III

Escala	Rango	Media (D. Típ.)
Esquizoide	(0-99)	49,11 (22,712)
Evitativa	(0-95)	51,76 (21,874)
Depresiva	(0-81)	50,27 (23,309)
Dependiente	(0-104)	46,90 (21,701)
Histriónica	(0-85)	36,32 (21,474)
Narcisista	(13-105)	58,85 (15,891)
Antisocial	(17-106)	68,58 (14,138)
Agresiva (sádica)	(0-102)	57,35 (15,213)
Compulsiva	(0-93)	41,58 (21,754)
Negativista (pasivo-agresivo)	(0-69)	52,43 (16,721)
Autodestructiva	(0-67)	46,37 (19,840)
Esquizotípica	(0-102)	50,38 (24,285)
Límite	(0-80)	54,00 (18,333)
Paranoide	(0-104)	58,26 (21,239)
Trastorno de Ansiedad	(0-105)	69,63 (29,125)
Trastorno Somatomorfo	(0-107)	40,23 (26,401)
Trastorno Bipolar	(10-93)	61,29 (16,018)
Trastorno Distímico	(0-96)	48,44 (27,020)
Dependencia del Alcohol	(0-115)	66,53 (19,778)
Dependencia de Sustancias	(54-110)	85,73 (12,033)
Trastorno de Estrés Postraumático	(0-104)	48,39 (24,820)
Trastorno del Pensamiento	(0-108)	56,22 (27,611)
Depresión Mayor	(0-91)	44,20 (27,535)
Trastorno Delirante	(0-101)	57,18 (28,097)
Sinceridad	(23-96)	67,82 (20,116)
Deseabilidad Social	(7-100)	60,82 (21,476)
Devaluación	(0-95)	60,55 (18,789)

DISCUSIÓN

En primer lugar, y teniendo en cuenta los usuarios atendidos en Proyecto Hombre en Valladolid, es preciso señalar que el porcentaje de mujeres atendidas revela una problemática de accesibilidad en los tratamientos para las mujeres. Como ya reflejaba el anterior informe 2012 del Observatorio de Proyecto Hombre, sería conveniente hacer un análisis de las razones para este desequilibrio y plantear propuestas de mejora ofrezcan opciones de tratamiento más adaptadas a las demandas y condiciones que acompañan a las mujeres con

problemas de adicción, especialmente para evitar que se siga manteniendo la invisibilidad femenina en las adicciones y la posible vulnerabilidad multifactorial a la que se pueden ver abocadas muchas de ellas: mujer, drogodependiente, sin estudios, con cargas familiares... (AA.VV., 2013).

En relación al área de salud, se detecta un perfil mayoritario de usuarios que presentan una incidencia moderada de problemas médicos crónicos. Se valora de forma positiva la escasez de casos de VIH (1,9%). En relación a la hepatitis, un 17% de usuarios informa de un diagnóstico (actual o pasado) positivo de esta enfermedad. A nivel regional, según el informe 2013 del Observatorio Proyecto Hombre, un 16,1% informa de diagnóstico positivo para hepatitis; y un 2,7% informa de diagnóstico de VIH positivo. Los indicadores de salud del mismo informe a nivel nacional reflejan que sólo el 3,6% de los usuarios de Proyecto Hombre refieren dar positivo en el análisis de VIH. En otro estudio reciente realizado en otro centro de Proyecto Hombre de Castilla y León, de las 204 personas en tratamiento estudiadas, el 33,3% de la muestra informaba de un diagnóstico de hepatitis; el 7,4% refería dar positivo en el análisis de VIH y el 4,9% de la muestra refería desconocer si padecían esta grave enfermedad al llegar al centro (Pérez, 2011).

Estos resultados en los indicadores de salud y enfermedades parecen estar relacionados con el modo de consumir drogas, pues se observa que en la práctica está desapareciendo la vía parenteral. No obstante, un 24,5% de los sujetos de nuestra muestra no tiene realizadas las pruebas del VIH. Sin embargo, el NIDA (2010) considera que el asesoramiento y pruebas de detección del VIH son aspectos fundamentales que deben ofrecerse a todos los individuos que entran a tratamiento. Por ello consideramos conveniente que sería necesario solicitar a todas las personas que demandan tratamiento que se realicen las pruebas del VIH.

En relación al empleo, las personas atendidas en PHV presentan la misma problemática que otros colectivos vulnerables además de otros problemas específicos más presentes que en otros colectivos vulnerables:

- Bajo nivel de formación: el 65,09% tiene un nivel de estudios básicos

- Paro de larga duración: un 20,95% lleva desempleado los últimos tres años
- Deterioros en los procesos vitales, relacionales y sociales derivados del historial de consumo de drogas: el 64,2% ha tenido problemas serios a lo largo de la vida con su madre, el 67% con el padre y el 55,7% con sus hermanos. Un porcentaje similar (60,4%) reconoce haber tenido problemas serios con su pareja a lo largo de su vida. El 38,7% afirma que ha experimentado problemas serios con amigos y el 20,8% con compañeros de trabajo
- La mitad de las personas atendidas han estado ingresadas alguna vez en prisión, de los cuales el 15,1% ha estado encarcelada entre uno y once meses, y el 34,9% durante un período superior a trece meses;
- Dependencia económica de la red primaria de apoyo: un 52,38% informa que su soporte económico es la red primaria de apoyo (familia, amigos...), lo que actúa como desincentivador a la hora de buscar empleo.

Por todo ello, se considera que es necesario seguir desarrollando estrategias específicas en esta área, bien a nivel interno a través de nuevos proyectos del Servicio de Orientación Laboral de PHV o en coordinación con recursos externos de formación e inserción laboral, con el fin de mejorar las posibilidades de empleabilidad e inserción laboral de las personas en tratamiento.

En cuanto al uso de alcohol y otras drogas, nuestros datos apuntan en la misma dirección que señala la estrategia del PNsD (2009-2016), es decir, se sigue acentuando un cambio del perfil del consumidor de drogas, con una mayor presencia de la cocaína y el alcohol como droga principal y un descenso del consumo de heroína.

El alcohol es la sustancia más consumida (30,19%), ya sea de forma exclusiva (como es el caso de las personas que reconocen tener un problema con el consumo de alcohol en grandes cantidades) o consumido junto a otras drogas (adicción doble). Aunque en PHV ya está en marcha un programa específico para el tratamiento de la adicción al alcohol en el centro penitenciario y se está ampliando el abordaje de la

problemática del alcohol en los diferentes recursos de tratamiento, sería conveniente seguir revisando las diferentes modalidades de tratamiento y continuar implementando estrategias basadas cada vez más en las evidencias científicas para dar respuestas a las necesidades de las personas que se atiende.

El 6,6% de las admisiones fueron promovidas o sugeridas por el sistema judicial; este porcentaje está por debajo de la cifra alcanzada a nivel regional (10,1%), pero supera al resto de Comunidades Autónomas, excepto Asturias (33%) y La Rioja (12,8%) según el informe 2013 del Observatorio de Proyecto Hombre (AA.VV., 2014). Este dato resulta insuficiente ya que sorprende que dada la alta prevalencia de problemas de drogadicción entre la población penitenciaria (en el 2013, en el mes anterior al ingreso en prisión, el 76% de los internos consumía drogas generalmente en un contexto de policonsumo) durante ese mismo año solamente se haya derivado el 9,13% de la población penitenciaria a programas de tratamiento extrapenitenciarios, siendo el 1,17% de ellos los destinados a comunidad terapéutica (SGIP, 2014). Esto lleva a plantearnos que el régimen penitenciario prima sobre el de tratamiento y que las medidas dispuestas en el reglamento penitenciario son más un beneficio penitenciario que una auténtica vía para el tratamiento.

Los resultados obtenidos permiten formular algunas consideraciones y sugerencias para el tratamiento de las personas con problemas por uso de sustancias que están privadas de libertad. El cumplimiento de la condena dentro de prisión "resta posibilidades de éxito a los tratamientos contra la drogadicción", lo que se puede demostrar en el hecho de que de las personas que salieron a comunidades extrapenitenciarias solo un 5% reincidió, mientras que de los que recibieron directamente la libertad definitiva sin pasar por un centro delinquieron de nuevo el 44% de los casos (Cutiño, 2015). Así, se considera necesario incrementar las derivaciones a programas de tratamiento extrapenitenciarios como Proyecto Hombre, que se trata de un programa consolidado que ofrece un marco más adecuado de tratamiento para las personas con problemas por uso de sustancias que están en prisión.

También es necesario profundizar en la relación entre droga y delincuencia. Los hallazgos empíricos hasta el momento a este respecto encuentran evidencias a

favor de que implicarse en delincuencia, de alguna forma conlleva consumir drogas, quizá por los determinantes comunes entre ambas conductas desviadas. Otra conexión importante a analizar en un futuro sería la relación delincuencia-personalidad. A pesar de los hallazgos de las últimas investigaciones (Graña, Muñoz y Navas, 2007), el estudio de la personalidad en sujetos abusadores de drogas y delincuentes es difícil de situar. Lo que parece estar claro, es que estas personas muestran un mayor número de rasgos desadaptativos, tienen recuerdos de una infancia muy victimizante, poseen factores de riesgo familiares y del grupo de iguales en el consumo de drogas, una combinación que favorece habitualmente la comisión de delitos. No obstante, la dirección causal de los hechos no está clara.

En relación al análisis de la incidencia de trastornos de personalidad, nuestros datos revelan que alrededor de una de cada cuatro personas en tratamiento en PHV padece un trastorno de personalidad. Así, un 24,5% presentan al menos un trastorno de la personalidad al ser evaluados siguiendo el criterio más estricto, aunque la incidencia resulta algo menor a la hallada en otros estudios publicados, con prevalencias que oscilan entre el 30 y el 80 % (San Molina y Casas, 2002). Lo ajustado de la prevalencia encontrada en nuestro estudio, en comparación con otros estudios, puede estar relacionado con los rigurosos criterios establecidos (puntuación PREV>84) para considerar la presencia de un Trastorno de personalidad. Aunque, también es cierto, como recoge Martínez (2011) que el rango de incidencia en los estudios es muy amplio; y tal variabilidad en los resultados de los estudios podría deberse a aspectos metodológicos como: la formación de muestras y sus criterios de exclusión, los instrumentos de evaluación utilizados y la experiencia de los profesionales para la identificación de esta psicopatología. Además, no debe olvidarse que las prevalencias de los trastornos de personalidad halladas en poblaciones de drogodependientes en tratamiento son cuestionables, ya que en muchos casos la evaluación de dichos trastornos se realiza en los momentos iniciales de los tratamientos, solapándose en muchos casos conductas derivadas de la propia adicción con las descriptivas de determinados trastornos de personalidad.

De cualquier modo, los estudios de incidencia de psicopatología en drogodependientes muestran que el diagnóstico más común en consumidores de drogas es el

trastorno de personalidad (Becoña y Cortés, 2008). Fassino et al. (2004) encuentran que un 58% de los drogodependientes presentaban algún trastorno de personalidad, siendo los más frecuentes el límite, antisocial y dependiente.

En una revisión de estudios muy similares, Fernández-Montalvo y Lorea (2007) encontraron resultados de incidencia mayores en investigaciones que también habían utilizado autoinformes (principalmente distintas versiones del MCMI) para evaluar la presencia de trastornos de personalidad. Así, en el estudio de Craig (2000), llevado a cabo con el MCMI-III y con punto de corte de TB=74, el 91% de una muestra de 160 adictos a opiáceos y 283 adictos a la cocaína presentaba un trastorno de personalidad comórbido. En ambos grupos, los índices de cada trastorno de personalidad fueron similares: el más prevalente era el trastorno antisocial de la personalidad, seguido del esquizoide, pasivo-agresivo y trastorno depresivo de la personalidad. Debido a los altos índices de trastornos de personalidad obtenidos en estos estudios iniciales, Weltzler (1990) propuso aumentar el punto de corte a una TB=85, con el objetivo de discriminar más finamente la presencia de trastornos de personalidad en las distintas poblaciones estudiadas. Así con arreglo a sus criterios, los resultados encontrados en el estudio de Fernández-Montalvo et al. (2003), mostraron que el 45,7% de una muestra de 35 adictos a cocaína en tratamiento, presentaban al menos un trastorno de personalidad según el MCMI-II. Más en concreto, los trastornos de personalidad más prevalentes fueron el antisocial (25,7%), el pasivo-agresivo (14,3%) y el evitativo (14,3%). Además, en este estudio la presencia de un trastorno de personalidad comórbido estaba asociada a una mayor gravedad del consumo de cocaína. Con arreglo a este mismo criterio más exigente de Weltzler (1990), Pedrero y col. (2003) encontraron con el MCMI-II una tasa del 65,6% de trastornos de personalidad en una muestra de 32 pacientes cocainómanos.

En nuestro país, las cifras son algo menores oscilando entre el 36% (García y Ezquiaga, 1992) y el 53% (Cervera et al., 1999), aunque algunos estudios encuentran muestras con prevalencias sensiblemente más bajas (Santos et al., 2001) y otros más elevadas (San Narciso et al., 2000; Sánchez et al., 1999) al evaluar subpoblaciones específicas.

Por lo que respecta a nuestro estudio, tomando como punto de corte la puntuación de prevalencia (PREV) mayor o igual a 75 (PREV>74), podemos observar que las escalas más prevalentes son las correspondientes a los trastornos de personalidad antisocial (25,5%) paranoide (13,2%) y narcisista (11,3%). Estos datos, a excepción de los encontrados para la escala de trastorno límite de la personalidad, están en consonancia con otros estudios que encuentran que los trastornos de personalidad más frecuentes entre consumidores de sustancias son, en primer lugar, los trastornos que pertenecen al cluster B, concretamente el límite y el antisocial; en segundo lugar, los del cluster C, trastorno por evitación, pasivo-agresivo y obsesivo-compulsivo; y, en tercer lugar, el cluster A, destacando el esquizoide (Skinstad y Swain, 2001; San-Molina, 2004).

Así pues, nuestros resultados se encuentran en la línea de lo aportado por otros estudios de naturaleza similar (Pedrero, 2003; López y Becoña, 2006), especialmente en el caso del trastorno antisocial, que a nivel de rasgos de personalidad clínicamente significativos resulta el más presente en nuestro estudio. Un dato que contrasta con los resultados aportados por dichos estudios es la mínima representación de los rasgos de personalidad clínicamente significativos del trastorno límite (1,9%), lo que pudiera deberse a distintos factores, entre los que parece especialmente destacable el que algunos ítems del instrumento pudieran ser sensibles a las condiciones de estabilización médica, psiquiátrica y psicológica que presentan nuestros pacientes cuando se encuentran en tratamiento. Como no todos los sujetos han sido evaluados en el mismo momento del tratamiento, hay que tener en cuenta lo que dicen la mayor parte de los estudios sobre cómo los síntomas que el individuo manifiesta en los momentos iniciales del tratamiento decrecen en las primeras semanas de forma significativa y ello es aplicable también a lo que afecta al eje II. Lo cual vendría a suponer que es esperable un mayor número de trastornos en aquellos sujetos que inician tratamiento que en aquellos otros que ya han estabilizado su abstinencia o su ajuste (Pedrero, 2003). En relación a la menor prevalencia de trastornos de personalidad del grupo B encontrada con respecto a otros estudios precedentes (López y Becoña, 2006) que, pese a todo, resultan los más presentes en nuestra población, también consideramos una explicación tentativa que en aquellos individuos que los presentan resulta habitual entorpecer el proceso de evaluación,

llegando a falsear en ocasiones la información suministrada, por lo que consideramos la posibilidad de que la prevalencia real sea mayor que la que arrojan los datos obtenidos. De hecho, en nuestros resultados observamos una gran variabilidad entre los sujetos en las escalas de Sinceridad, Deseabilidad Social y Devaluación.

Por último, queremos destacar que aunque el uso de autoinformes como el MCMI-III en el ámbito de las drogodependencias está muy extendido, su utilidad no debe limitarse a determinar la posible presencia de trastornos de personalidad. Es un cuestionario muy útil para analizar la relación del paciente con la droga en función de su patrón de personalidad, lo cual indicaría también la función principal que cumple la autoadministración de sustancias y hacer así una mejor planificación de la intervención terapéutica para cada paciente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la inexistencia de conflictos de intereses.

REFERENCIAS

- AA.VV. (2014). *Observatorio Proyecto Hombre sobre el perfil del drogodependiente. Informe 2013*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- AA.VV. (2013). *Observatorio Proyecto Hombre sobre el perfil del drogodependiente. Informe 2012*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Becoña, E. y Cortés, M (Coord.). (2008). *Guía clínica de intervención en adicciones*. Valencia: Sociodrogalcohol.
- Bobes, J, González, M. P., Sáiz, P.A. y Bousoño, M. (1996). Índice europeo de severidad de la adicción: EuropASI. Versión española. *Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría*, 201-218.
- Cervera, G., Valderrama, J. C., Bolinches, F. y Martínez, J. (1999). Pauta de desintoxicación frente a estabilización y mantenimiento con metadona en adictos a opiáceos con trastorno de la personalidad. *Psiquiatría Biológica*, 4, 181-186.
- Craig, R. J. (2000). Prevalence of personality disorders among cocaine and heroin addicts. *Substance Abuse*, 21, 87-94.
- Cutiño, S. (2015). Algunos datos sobre la realidad del tratamiento en las prisiones españolas. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 17-11. Recuperado el 8 de diciembre de 2013, de <http://criminet.ugr.es/recpc/17/recpc17-11.pdf>
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2009). *Estrategia Nacional sobre Drogas, 2009-2016*. Madrid: DGPNSD, Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Fassino, S., Abbate, G., Delsedime, N., Rogna, L. y Boggio, S (2004). Quality of life and personality disorders in heroin abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 76, 73-80.
- Fernández, J.J. (2002). Trastornos de personalidad y adicción: relaciones etiológicas y consecuencias terapéuticas. *Anales de Psiquiatría*, 18, 421-427.
- Fernández-Montalvo, J. y Lorea, I. (2007). Comorbilidad de la adicción a la cocaína con los trastornos de la personalidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30 (2), 225-231.
- Fernández-Montalvo, J., Lorea, I., López-Goñi, J.J. y Landa, N. (2003). Trastornos de personalidad en adictos a cocaína: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 79-98.
- García, A. y Ezquiaga, E. (1992). Psicopatología asociada al consumo de drogas. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines*, 20, 175-187.
- Graña, J.L., Muñoz, J.J. y Navas, E. (2007). *Características psicopatológicas, motivacionales y de personalidad en drogodependientes en Tratamiento de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Agencia Antidroga. Recuperado el 6 de diciembre de 2013, de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadervalue1=filename%3DCaracter%3ADstic as+psicopat%3%B3logicas+...Agencia+Antidroga.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271808393360&ssbinary=true>
- Khantzman, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.
- Kokkevi, A. y Hartgers, C. (1995). European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208-210.
- López, A. y Becoña, E. (2006). Consumo de cocaína y psicopatología asociada: una revisión. *Adicciones*, 18, 161-196.
- 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 Trujillo H.M. (2003). *Tratamiento del drogodependiente con trastornos de personalidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- McLellan, A.T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H. y Argeriour, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.
- Millon, T. y Davis, R. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (2nd Ed.)*. Minneapolis: NCS Pearson, Inc.
- Millon, T., Davis, R. y Millon, C. (2007). *MCMI-III. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III. Manual*. Madrid. TEA Ediciones.

- Ministerio del Interior. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2014). *Informe General de 2013 de la Administración General Penitenciaria*. Madrid: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.
- Nace, E.P., Davis, C.W. y Gaspari, J.P. (1991). Axis II comorbidity in substance abusers. *American Journal of Psychiatry*, 148, 118-120.
- National of Institute Drug Abuse (2010). *Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones*. Recuperado el 6 de diciembre del 2013, de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion-una-guia-basada-en-las-investigaciones>
- National Institute of Drug Abuse (1999). Drug abuse and mental disorders: comorbidity is reality, *DINA Notes*, 14, 4.
- Pedrero, E. J. (2003). Los trastornos de personalidad en drogodependientes desde la perspectiva de los cinco grandes factores. *Adicciones*, 15, 203-220.
- Pedrero, E.J., Puerta, C., Lagares, A. 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.
- Peele, S. (1985). *The maaning of addiction: compulsive experiencie and its interpretation*. Lexington Books, Massachusetts.
- Pérez, F. (2011). *Estudios sobre Adicciones. Perfiles de drogodependientes y eficacia del tratamiento en Proyecto Hombre Burgos*. Burgos: Diputación Provincial.
- Roncero C, Daigre C, Grau-López L, Rodríguez-Cintas L, Barral C, Pérez-Pazos J, Gonzalvo B, Corominas M, Casas M. (2013). Cocaine-induced psychosis and impulsivity in cocaine-dependent patients. *Journal of Additive Diseases*, 32 (3) 263-273.
- San-Molina, L. (2004). *Consenso de la SEP sobre patología dual*. Barcelona: Ars Médica.
- San-Molina, L. y Casas, M. (2002). *Recomendaciones terapéuticas en patología dual*. Barcelona: Ars Médica.
- San Narciso, G. I., Gutiérrez, E., Sáiz, P. A., González, M. P. Bascarán, M. T. y Bobes, J. (2000). Evaluación de trastornos de la personalidad en pacientes heroínómanos mediante el International Personality Disorders Examination (IPDE). *Adicciones*, 12 (1), 43-56.
- Sánchez, E., Tomás, V., y Climent, A. (1999). Trastornos de personalidad en adictos a opiáceos. *Adicciones*, 11, 221-227.
- Santos, P., Forcada, R. y Zamorano, M. C. (2001). Trastornos de personalidad en alcohólicos. *Trastornos Adictivos*, 3 (4), 297-298.
- Skinstad, A.H. y Swain, A. (2001). Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 45-64.
- Szerman, N. (Coord.) (2013). *Patología dual y trastorno de la personalidad*. Madrid: Enfoque Editorial S. C. Recuperado el 18 de diciembre de 2013, de <http://www.adamedfarma.es/wp-content/uploads/2012/02/Patologia-dual-2013-A5.pdf>
- Verheul, R. (2001): Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry* 16, 274-282.
- Verheul, R. y van den Brink, W. (2005). Causal pathways between substance use disorders and personality pathology. *Australian Psychologist*, 40, 127-36.
- Verheul R, van den Bosch LMC, Ball SA (2009). Substance abuse. En J. Oldham, A.E. Skodol y D.S. Bender (Eds.) *Essential of personality disorders* (pp. 361-380). Washington. American Psychiatric Publishing Inc.
- Weltzer, S. (1990). The Millon clinical multiaxial inventory (MCMI): a review. *Journal of Personality Assessment*, 55, 445-464.
- Wills, T.A. y Dishion, T.J. (2004). Temperament and adolescent substance use: a transactional analysis of emerging self-control. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 69-81.
- Yeager, R. J. y Di Giuseppe, R. (1995). Perfiles de personalidad Millon. Comparación de pacientes crónicos adictos y una población general de pacientes ambulatorios. *Revista de Toxicomanías*, 5, 13-18.