



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Características de personalidad, estrategias de afrontamiento y calidad de vida en patología dual

Susana Fernández Mondragón

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



UNIVERSITAT DE BARCELONA



TESIS DOCTORAL

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN PATOLOGÍA DUAL

Susana Fernández Mondragón

Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud
Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica
Universidad de Barcelona

Directora: Dra. Ana Adan Puig

Barcelona, Septiembre de 2015



La verdadera ciencia enseña, por encima de todo,
a dudar y a ser ignorante

Miguel de Unamuno (1864-1936)

Se mide la inteligencia del individuo por la cantidad
de incertidumbres que es capaz de soportar

Inmanuel Kant (1724-1804)

A mi padre

ÍNDICE

Resumen.....	10
Abstract.....	13
Glosario de abreviaciones.....	16
Índice de figuras.....	18
Índice de tablas.....	20

I. REVISIÓN HISTÓRICA

1. PATOLOGÍA DUAL

1.1. Antecedentes históricos.....	25
1.2. Epidemiología.....	28
1.3. Diagnóstico clínico.....	36
1.4. Etiología.....	43
1.5. Pronóstico.....	48
1.6. Tratamiento.....	50

2. PERSONALIDAD

2.1. Modelos teóricos de la personalidad e impulsividad.....	62
<i>Personalidad</i>	64
2.1.1. Teoría de la personalidad de Allport.....	65
2.1.2. Teoría de los rasgos de Cattell.....	67
2.1.3. Modelo teórico de Eysenck.....	70

2.1.4. Teoría de los cinco factores de la personalidad de McCrae & Costa.....	73
2.1.5. Modelo de los cinco factores alternativos de Zuckerman-Kuhlman.....	75
2.1.6. Modelo de personalidad psicobiológico de Cloninger.....	79
<i>Impulsividad</i>	84
2.1.7. Modelo de la sensibilidad al refuerzo de Gray.....	85
2.1.8. Modelo teórico de Barratt.....	87
2.1.9. Modelo teórico de Revelle.....	88
2.1.10. Modelo teórico de Whiteside & Lynam.....	89
2.1.11. Modelo de la impulsividad funcional y disfuncional de Dickman.....	91
2.2. Personalidad e impulsividad en patología dual.....	94
3. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	
3.1. Antecedentes históricos.....	106
3.2. Instrumentos de evaluación.....	110
3.3. Estrategias de afrontamiento y patología dual.....	118
4. CALIDAD DE VIDA	
4.1. Antecedentes históricos.....	124
4.2. Instrumentos de evaluación.....	127
4.3. Calidad de vida y patología dual.....	134

II. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

5. METODOLOGÍA

5.1. Objetivos e hipótesis.....	141
5.2. Participantes.....	147
5.3. Instrumentos de medida.....	150
5.4. Procedimiento.....	162
5.5. Análisis estadístico.....	164

6. RESULTADOS

6.1. Datos sociodemográficos y clínicos.....	167
6.2. Personalidad.....	178
6.3. Estrategias de afrontamiento.....	193
6.4. Calidad de vida.....	200

7. DISCUSIÓN.....207

8. LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS.....228

III. CONCLUSIONES

9. CONCLUSIONES FINALES.....234

IV. REFERENCIAS

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....238

V. ANEXOS

11.1. ANEXO 1: Entrevista clínica.....	286
11.2. ANEXO 2: Consentimiento informado.....	290
11.3. ANEXO 3: Artículo publicado.....	294

RESUMEN

Se denomina Patología Dual (PD) a la coexistencia entre un Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) y un Trastorno Mental Severo (TMS), especialmente de la categoría de patología psicótica y afectiva. La PD se halla asociada a problemas clínicos y sociales incrementados a los que pueden darse en la presencia sólo de un trastorno, es más frecuente en los varones y la prevalencia de comorbilidad entre TMS y TUS en población psiquiátrica es superior al 50%. Encontrar factores explicativos de la PD es una tarea sumamente complicada puesto que en ella se hallan implicados tanto factores biológicos como psicosociales. Pero el progreso en este ámbito es de vital importancia para mejorar no sólo el conocimiento básico sino la eficacia del tratamiento y la prevención de recaídas.

Nuestra investigación se centra en analizar las características de personalidad, las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con diagnóstico PD, comparándolos con pacientes diagnosticados sólo de TUS y sólo de TMS. La selección

de variables a estudiar se fundamenta en una extensa revisión bibliográfica y en la posible aportación aplicada que puede derivarse de nuestros resultados. Para el estudio de la personalidad se han seleccionado los modelos psicobiológicos de Cloninger y Zuckerman, junto a un estudio más específico de la impulsividad con el modelo de Dickman. Para la evaluación del afrontamiento ante las situaciones de estrés, considerado un factor protector en situaciones de riesgo psicosocial y abuso de drogas, hemos seleccionado el inventario de estrategias de afrontamiento desarrollado por Tobin. Finalmente, para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes se utilizó la escala SF-36 de Ware & Sherbourne.

La muestra seleccionada se hallaba compuesta por 102 pacientes varones en tratamiento, de edad comprendida entre los 25 y 55 años, distribuidos en tres grupos: dual (n=34), TUS (n=34) y TMS (n=34). Los pacientes se registraron tras un mínimo de 6 meses en abstinencia y estabilizados de su TMS. Los grupos dual y TMS estaban constituidos por 20 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y 14 de trastorno depresivo mayor respectivamente, por lo que comparamos si la presencia del tipo de TMS podía ser un factor relevante en aportar diferencias en las variables estudiadas y en la comorbilidad.

Los resultados confirman la existencia en la PD de un patrón clínico y social que genera mayores complicaciones, como son la elevada tasa de intentos de suicidio o la mayor cantidad de psicofármacos administrados. La PD es un factor de riesgo para el inicio precoz del consumo de drogas, desarrollando con mayor facilidad adicción a múltiples sustancias, especialmente alcohol, cocaína y cannabis. Presenta un perfil de personalidad caracterizado por elevada búsqueda de sensaciones e impulsividad, ambos rasgos característicos del TUS y considerados un factor de riesgo para el inicio del consumo y la peor respuesta al tratamiento. De la misma manera, se percibe en ellos dificultades para tolerar la frustración (baja persistencia) y la tendencia a evitar los estímulos aversivos (elevada evitación del daño), características asociadas al TMS. La presencia de esquizofrenia, especialmente en los duales, en comparación con la depresión, se ha relacionado con rasgos de personalidad más extremos como la elevada

búsqueda de sensaciones, dependencia a la recompensa e impulsividad y menor capacidad para responsabilizarse de sus propias decisiones.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, se corrobora en los pacientes duales un mayor uso de estrategias inadecuadas, principalmente las centradas en la emoción, ocasionado por la escasez de habilidades para afrontar los problemas en comparación con los pacientes TUS y los TMS. También observamos un mayor deterioro en la calidad de vida de los pacientes duales, tanto en el plano físico como mental, con mayores interferencias de la patología en su vida diaria y unas expectativas futuras de recuperación menores.

Nuestra investigación aporta información relevante sobre las características de personalidad y las estrategias de afrontamiento, así como de la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con diagnóstico de PD y el posible peso específico con el que contribuyen a ellas el TUS y el TMS (esquizofrenia o depresión). Sin embargo, se requieren más estudios en el futuro que profundicen en este campo de trabajo en beneficio del abordaje terapéutico y el pronóstico de los pacientes con PD.

ABSTRACT

Dual Diagnosis (DD) is the coexistence of Substance Use Disorder (SUD) and Severe Mental Illness (SMI), especially when these are in the category of psychotic and affective pathologies. DD is associated with increased clinical and social problems compared to those seen in the presence of SUD and SMI alone, it is more frequent in males and its prevalence in the psychiatric population is greater than 50%. Factors underlying DD are extremely difficult to find because DD implies not only biological elements but also psychosocial ones. Advances in this field are key to improve not only our basic knowledge about mental disorders but also their treatment efficiency and relapse prevention.

Our research focused on the analysis of personality characteristics, coping skills and quality of life in subjects with DD, compared to patients with either SMI or SUD. We selected these study variables based on both an extensive bibliographic review and the possible benefit to these that can be generated from our results. For the study of

personality characteristics we selected the Cloninger and Zuckerman psychobiological models with a more specific analysis of impulsivity based on the Dickman model. To evaluate coping skills in stressing situations, considered as protective factors in psychosocial risk situations and substance abuse, we selected the Coping Strategies Inventory developed by Tobin. Finally, the SF-36 scale of Ware & Sherbourne was used to evaluate quality of life.

Our sample was composed of 102 males under treatment, between 25 and 55 years old and distributed in three groups: DD (n=34), SUD (n=34) and SMI (n=34). These subjects were abstinent for a minimum 6 months and stable for their SMI. The DD and SMI groups included 20 patients diagnosed with schizophrenia and 14 with major depression, which allowed us to assess whether the studied variables and SUD or SMI comorbidity can be affected by the type of SMI.

Our results confirmed the existence of a clinical and social pattern in DD which results in an increased number of complications such as higher rate of suicidal attempts or quantity of administered psychopharmacs. DD is a risk factor to early drugs intake, being multi-drug addiction (alcohol, cocaine and cannabis especially) the most common feature. The DD group presented a personality profile characterized by higher sensation seeking and impulsivity, both traits typical of SUD and considered a risk factor to early drugs intake and worse treatment response. DD showed problems with frustration tolerance (low persistence) and tendency to avoid aversive stimulus (high harm avoidance), traits associated to SMI. The presence of schizophrenia, especially in DD, in comparison to depression, has been related to more extreme personality traits such as high sensation seeking, reward dependence and impulsivity and low capacity to take responsibility for their own decisions.

A greater use of dysfunctional coping skills by DD patients was confirmed, mainly the emotional ones, produced by the lack of abilities to solve problems in comparison to SUD and SMI patients. We also observed worse quality of life in DD

patients, both physical and mental dimension, with higher interference of the pathology in the daily life and lower future prospects of recovery.

Our investigation provides relevant data about personality traits, coping skills and quality of life related to health of patients with DD and to the specific weight with which SUD and SMI (schizophrenia or depression) contribute to it. However, in the future more studies are needed to improve the treatment and prognosis of DD patients.

GLOSARIO DE ABREVIACIONES

CIE: Clasificación internacional de enfermedades.

CV: Calidad de vida.

CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud.

DA: Dopamina.

DSM-III-R: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales 3ª edición revisada.

DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales 4ª edición.

DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales 4ª edición revisada.

DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales 5ª edición.

E: Extraversión.

EA: Estrategias de afrontamiento.

EEAG: Escala de evaluación de la actividad global.

FIDI: Inventario de impulsividad funcional y disfuncional.

GAM: Grupo de ayuda mutua.
ICG: Índice clínico global.
MAO: Monoaminooxidasa.
N: Neuroticismo.
SEPD: Sociedad española de patología dual.
P: Psicoticismo.
PD: Patología dual.
SAC: Sistema de activación conductual.
SARA: Sistema activador reticular ascendente.
SF-36: Short-Form Health Survey.
SIC: Sistema de inhibición conductual.
SLHB: Sistema de lucha-huida-bloqueo.
TAP: Trastorno antisocial de la personalidad.
TCI-R: Inventario de temperamento y carácter revisado de Cloninger.
TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
TEPT: Trastorno por estrés postraumático.
TMS: Trastorno mental severo.
TP: Trastorno de personalidad.
TUS: Trastorno por uso de sustancias.
VIH: Virus de inmunodeficiencia adquirida.
ZKPQ: Cuestionario de personalidad de Zuckerman-Kuhlman.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Trastornos prevalentes en población dual.....	34
Figura 2: Tipología de sustancias de consumo más prevalentes según el trastorno mental.....	38
Figura 3: Criterios para el diagnóstico diferencial entre trastorno primario y trastorno inducido por sustancias.....	41
Figura 4: Clasificación de pacientes con patología dual.....	45
Figura 5: Estadios básicos en los tratamientos integrados para pacientes duales.....	57
Figura 6: Conceptualización de la personalidad.....	67
Figura 7: Conceptualización de la personalidad desde el modelo de los cinco factores alternativos de Zuckerman-Kuhlman.....	80
Figura 8: Conceptualización de la personalidad desde el modelo psicobiológico de Cloninger.....	84
Figura 9: Modelo explicativo de la relación entre las estrategias de afrontamiento y el consumo de sustancias.....	123

Figura 10: Conceptualización actual de la relación entre calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud.....	130
Figura 11: Objetivos de la investigación.....	148
Figura 12: Proporción de estado civil soltero según los grupos de pacientes.....	172
Figura 13: Índice de dependencia a la nicotina de Fagerström según los grupos de pacientes.....	175
Figura 14: Clasificación de la dependencia a la nicotina según los grupos de pacientes.....	176
Figura 15: Tipología de sustancias según los grupos consumidores.....	180
Figura 16: Edad de inicio del consumo de sustancias según los grupos de pacientes consumidores.....	180
Figura 17: Escalas generales del ZKPQ según los grupos de pacientes.....	183
Figura 18: Subescalas del ZKPQ según los grupos de pacientes.....	187
Figura 19: Dimensiones de temperamento del TCI-R según los grupos de pacientes..	189
Figura 20: Dimensiones de temperamento del TCI-R según el diagnóstico clínico....	190
Figura 21: Dimensión de dependencia a la recompensa del TCI-R según el diagnóstico clínico de pacientes.....	191
Figura 22: Dimensión de autodirección del TCI-R según los grupos de pacientes.....	193
Figura 23: Dimensiones de impulsividad funcional y disfuncional según los grupos de pacientes.....	195
Figura 24: Escalas primarias de autocrítica y evitación de problemas del cuestionario de estrategias de afrontamiento.....	198
Figura 25: Escalas secundarias del cuestionario de estrategias de afrontamiento.....	201
Figura 26: Escalas del SF-36 según los grupos de pacientes.....	205
Figura 27: Escala de dolor corporal del SF-36 según el diagnóstico clínico.....	207
Figura 28: Escalas del SF-36 según el diagnóstico clínico.....	208

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Áreas de intervención del protocolo de intervención en patología dual desde el modelo CCISC (<i>Comprehensive Continuous Integrated System of Care</i>).....	59
Tabla 2: Clasificación de los rasgos según la teoría de la personalidad de Allport.....	70
Tabla 3: Clasificación de los valores personales desarrollados por Allport.....	71
Tabla 4: Clasificación de los rasgos según la teoría de la personalidad de Cattell.....	72
Tabla 5: Escalas del Cuestionario 16PF de Cattell.....	74
Tabla 6: Principales teorías sobre la impulsividad.....	97
Tabla 7: Estudios relacionados con la personalidad e impulsividad en pacientes duales.....	107
Tabla 8: Escalas del <i>Brief COPE Inventory</i>	118
Tabla 9: Escalas secundarias del Inventario de Estrategias de Afrontamiento.....	121

Tabla 10: Estudios relacionados con las estrategias de afrontamiento en pacientes duales.....	125
Tabla 11: Instrumentos de medición de la calidad de vida y la calidad de vida relacionada con la salud.....	133
Tabla 12: Estudios relacionados con la calidad de vida en pacientes duales.....	141
Tabla 13: Datos sociodemográficos según los grupos de pacientes.....	172
Tabla 14: Datos sociodemográficos según el diagnóstico clínico.....	174
Tabla 15: Datos clínicos según los grupos de pacientes.....	177
Tabla 16: Datos clínicos según el diagnóstico clínico.....	178
Tabla 17: Datos de consumo de sustancias para los grupos consumidores.....	179
Tabla 18: Puntuaciones de las escalas generales del ZKPQ según los grupos de pacientes.....	184
Tabla 19: Puntuaciones de las escalas generales del ZKPQ según el diagnóstico clínico.....	184
Tabla 20: Puntuaciones de las subescalas del ZKPQ según los grupos de pacientes.....	187
Tabla 21: Puntuaciones de las subescalas del ZKPQ según el diagnóstico clínico.....	188
Tabla 22: Puntuaciones de las dimensiones de temperamento del TCI-R según los grupos de pacientes.....	190
Tabla 23: Puntuaciones de las dimensiones de temperamento del TCI-R según el diagnóstico clínico.....	191
Tabla 24: Puntuaciones de las dimensiones de carácter del TCI-R según los grupos de pacientes.....	193
Tabla 25: Puntuaciones de las dimensiones de carácter del TCI-R según el diagnóstico clínico.....	194
Tabla 26: Puntuaciones de las escalas de impulsividad funcional y disfuncional según los grupos de pacientes.....	196

Tabla 27: Puntuaciones de las escalas de impulsividad funcional y disfuncional según el diagnóstico clínico.....	196
Tabla 28: Puntuaciones de las escalas primarias del Inventario de Estrategias de Afrontamiento según los grupos de pacientes.....	198
Tabla 29: Puntuaciones de las escalas primarias del Inventario de Estrategias de Afrontamiento según el diagnóstico clínico.....	199
Tabla 30: Puntuaciones de las escalas secundarias del Inventario de Estrategias de Afrontamiento según los grupos de pacientes.....	201
Tabla 31: Puntuaciones de las escalas secundarias del Inventario de Estrategias de Afrontamiento según el diagnóstico clínico.....	202
Tabla 32: Puntuaciones de las escalas terciarias del Inventario de Estrategias de Afrontamiento según los grupos de pacientes.....	203
Tabla 33: Puntuaciones de las escalas terciarias del Inventario de Estrategias de Afrontamiento según el diagnóstico clínico.....	203
Tabla 34: Puntuaciones del cuestionario SF-36 de calidad de vida según los grupos de pacientes.....	206
Tabla 35: Puntuaciones del cuestionario SF-36 de calidad de vida según el diagnóstico clínico.....	208

I. REVISIÓN HISTÓRICA

Patología Dual

1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Etimológicamente, el término patología dual (PD) (*dual diagnosis* en inglés) implica la coexistencia de dos trastornos que tienen lugar en el mismo momento temporal pero que proceden de distinta naturaleza clínica, como son un trastorno mental y un trastorno por uso/abuso de sustancias (Rubio, 2000; Elvira et al., 2007; Arenas et al., 2012; Szerman et al., 2014). La introducción definitiva del concepto PD apareció a finales de 1970 tras el fenómeno de desinstitucionalización psiquiátrica. En esta época, se empezó a detectar un tipo de paciente, principalmente joven, con ingresos hospitalarios recurrentes, falta de cumplimiento terapéutico y con abuso de alcohol u otras drogas (Haro et al., 2010). En 1980 se acuñó el término *Young Adult Chronic Patient* para este tipo de pacientes pero el concepto fue evolucionando hasta que en 1988 se empezó a usar la expresión que actualmente conocemos (Rubio et al., 2002). El término fue creado por Stowell en 1991 aunque las primeras referencias se encuentran en el libro *Hospital and Community Psychiatry* de 1989 (Drake, 2000). En 1993, la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) reconoció la PD como uno de los problemas de salud mental más importantes en los EUA (Haro et al., 2010).

El término no ha sido universalmente aceptado todavía en la actualidad. Hay autores que consideran que la PD, dentro del marco psiquiátrico, puede referirse a otras patologías mentales además del Trastorno por Uso de Sustancias (TUS). Ejemplo de ello es la defensa que hacen algunos autores en llamar PD a la comorbilidad entre trastornos psiquiátricos y discapacidades del desarrollo.

No existen criterios clínicos unificados para diagnosticar la PD, especialmente porque el término no está integrado en los sistemas nosológicos tradicionales como DSM-5 o CIE-10. Quizás en las nuevas versiones de estos sistemas teóricos puedan surgir nuevas directrices para facilitar su diagnóstico, ya que ésta no es tarea fácil para los profesionales por diferentes razones (Baena & López, 2006; Bizzarri et al., 2007):

- Existe una elevada tendencia entre los pacientes con trastorno mental severo (TMS), e incluso entre los familiares, a ocultar la presencia de TUS.
- Información distorsionada del paciente sobre su trayectoria clínica debido a los efectos de la droga.
- Modificación de la clínica psiquiátrica a causa del consumo de sustancias.
- Dificultades para el uso de instrumentos de cribado válidos.
- Escasa formación del terapeuta.
- La existencia de trastornos mentales no diagnosticados puede generar que el proceso de desintoxicación fracase.
- Tendencia en las unidades psiquiátricas a no admitir a pacientes con TUS.

En España, recientemente se ha creado la *Sociedad Española de Patología Dual* (SEPD) (www.sepd.es), con el objetivo de promover la investigación y el consenso de tratamientos especializados en este tipo de pacientes. Han publicado ya protocolos de intervención para determinadas patologías mentales comórbidas como la depresión, esquizofrenia, ansiedad y trastornos de personalidad.

Más de 50% de la población psiquiátrica presenta comorbilidad entre trastornos mentales graves y abuso de drogas (Bricolo et al., 2002; Tyler & Moos, 2009; Mueser

& Gingerich, 2013; Araos et al., 2014). El diagnóstico precoz y articulado de la comorbilidad psiquiátrica es fundamental, y de ello depende la posibilidad de conseguir mejores resultados en el tratamiento, así como la reducción de los gastos que se requieren en los tratamientos para este tipo de pacientes.

Existe una gran heterogeneidad en este tipo de pacientes lo que dificulta poder establecer unas características que permitan unificar la PD, la cual incluye a personas con trastornos mentales leves, por ejemplo trastorno de pánico, o con trastornos mentales más graves, como la esquizofrenia (Roncero et al., 2010; Miquel et al., 2011) o el trastorno bipolar (Grant et al., 2004; Adamson et al., 2006; Vega et al., 2009; Lev-Ran et al., 2013), siendo estos últimos los que acostumbran a engrosar los índices de prevalencia de la PD (Drake, 2000). Los pacientes duales suelen presentar múltiples problemas psicosociales, psicopatológicos, médicos (Torrens, 2008) y grandes dificultades para ser tratados para ambas patologías (Gotham et al., 2013; Pettinati et al., 2013). Presentan mayor riesgo de abandono y peor adherencia al tratamiento (Arias et al., 2013; Borge et al., 2013) y aumento de los problemas familiares, sociales y legales (Baena & López, 2006; Vega et al., 2009; Timko et al., 2013).

El por qué algunos individuos con trastorno mental consumen y otros no, todavía se desconoce. Y, entre los que lo hacen, tampoco lo hacen por las mismas razones. La tipología de estos pacientes es muy variada tanto por lo que hace referencia al tipo de droga consumida, vías de consumo, dosis, situaciones sociales y relacionales así como características psicológicas, lo que hace imposible explicar el consumo de todos a través de los mismos mecanismos. Estos problemas aumentan enormemente las dificultades para investigar sobre el tema lo que ha llevado en los últimos tiempos ha aumentar el interés sobre la PD, a pesar de que todavía queda mucho camino por recorrer.

1. 2. EPIDEMIOLOGÍA

El interés por las características epidemiológicas de la PD se inició en la década de los 90. Los estudios más representativos basados en criterios diagnósticos DSM que evalúan la prevalencia de los trastornos mentales en pacientes con TUS fueron el *Epidemiologic Catchment Area (ECA)* y el *National Comorbidity Survey (NCS)*, ambos realizados con muestra norteamericana y que se han convertido en referentes cuando se habla de epidemiología y PD (Pettinati et al., 2013). Y como estudio relevante sobre la epidemiología de la PD en España destaca el promovido por la *Sociedad Española de Patología Dual* en la Comunidad de Madrid.

Epidemiologic Catchment Area (ECA) (Regier et al., 1990).

Desarrollado bajo el impulso del Instituto Nacional de Salud Mental de EUA, se realizó con una muestra de 20.291 pacientes escogidos de entre hospitales psiquiátricos, residencias asistidas, comunidades terapéuticas y prisiones. Los resultados mostraron

una elevada prevalencia de los trastornos psicóticos, trastornos depresivos, trastorno bipolar tipo I y el trastorno antisocial de la personalidad entre pacientes que padecen TUS comórbidos (Rubio et al., 2002).

National Comorbidity Survey (NCS) (Kessler et al., 1994).

Basado en estudiar la comorbilidad de 14 diagnósticos del DSM-III-R entre pacientes con TUS. Fue la primera encuesta realizada con una entrevista psiquiátrica estructurada basada en una muestra de 8.098 norteamericanos no institucionalizados. Detectaron que la comorbilidad era altamente prevalente y que menos del 50% de pacientes duales recibían la atención médica especializada. Hallaron más prevalentes los trastornos ansiosos que los trastornos afectivos, con alta prevalencia de trastornos psicóticos y trastorno antisocial de la personalidad.

Estudio Madrid (EM) (Arias et al., 2013).

En el EM se incluyeron 837 pacientes de los cuales 517 era duales, 194 sujetos con TUS no duales y 126 pacientes con trastorno mental no comórbido. Los sujetos del EM procedían de centros de atención integral a drogodependientes (CAID), centros de atención a drogodependientes (CAD) y centros de salud mental (CSM) de la Comunidad de Madrid. Con este estudio se detectó mayor prevalencia de PD entre los centros de atención al drogodependiente en comparación con la red de salud mental, lo que parece ser causado por la mejor formación y experiencia en la detección de esta enfermedad entre los profesionales que trabajan en este tipo de servicios sanitarios en comparación con aquellos profesionales de la red de salud mental. Se detectó entre un 65-85% de prevalencia de PD en centros de desintoxicación y un 45% en centros mentales. Los resultados muestran una mayor incidencia entre los pacientes duales de trastorno bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, psicosis así como de trastorno paranoide y antisocial de la personalidad.

En la Figura 1 se muestra un resumen de los datos de prevalencia de comorbilidad obtenidos por los tres estudios comentados con población dual.

Trastornos prevalentes en población dual

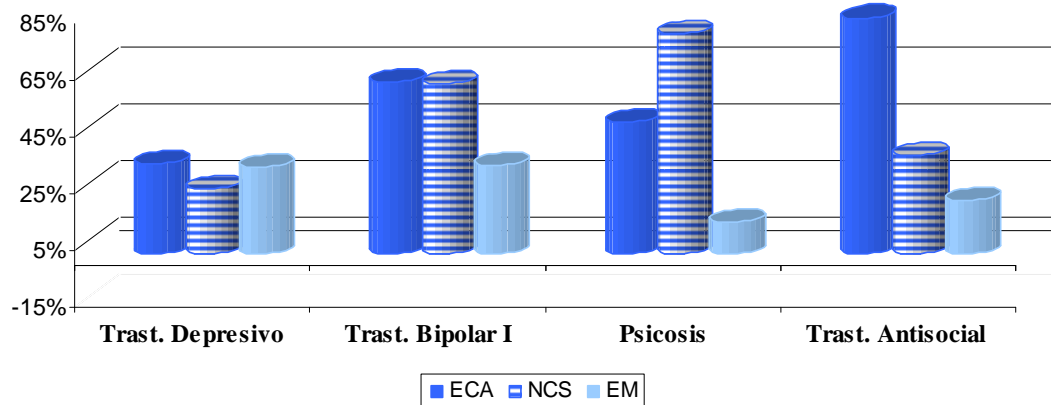


Figura 1: Trastornos prevalentes en población dual según el ECA (*Epidemiologic Catchment Area*; Regier et al., 1990), el NCS (*National Comorbidity Survey*; Kessler et al., 1994) y el EM (Estudio Madrid; Arias et al., 2013).

Los estudios epidemiológicos elaborados en los últimos 20 años indican que el riesgo de padecer PD es elevado, a pesar que los resultados obtenidos no son uniformes y los porcentajes oscilan entre un 18 y un 80% (Torrens, 2008; Moore et al, 2009; Tyler & Moos, 2009; Mueser & Gingerich, 2013; Araos et al., 2014). La causa de esta variabilidad podría ser debida a una serie de factores metodológicos (Tenorio & Marcos, 2000; Baena & López, 2006; Tortajada et al., 2012), pudiéndose destacar:

Diferencias en la muestra de la población: pacientes ingresados o ambulatorios, en tratamiento en centro psiquiátrico o de drogodependencias, público o privado, tipología de sustancia consumida, tasa de recaídas. Los estudios demuestran que hay más detección de PD en los centros de drogadicción en comparación con los centros de salud mental. En concreto, Szerman et al. (2011) observaron con una muestra de 400 sujetos que el 44% de pacientes duales procedían de la red de salud mental y un 75% de los centros de atención a drogodependencias.

Diferencias en la metodología del diseño de estudio: se detectan distintos métodos de evaluación, presencia o ausencia de grupo control, análisis retrospectivos o prospectivos e instrumentos diversos empleados para la evaluación.

Sesgos del investigador: diferentes perspectivas en la evaluación de la PD y definiciones diagnósticas más o menos estrictas.

Diferencias geográficas, sociales o temporales que influyen en los patrones de abuso de drogas o en el mayor acceso a las mismas.

Los estudios sobre sexo y PD han sido escasos y la mayoría de los existentes se han centrado en estudiar a esta población segregada por sexos. Los datos obtenidos son discrepantes y las conclusiones llevan a afirmar que la PD es más frecuente en varones pero que las mujeres tienen mayor vulnerabilidad hacia la comorbilidad (Vega et al., 2009; Jiménez-Castro et al., 2010; Sánchez-Peña et al., 2012; Lev-Ran et al., 2013). En un metanálisis realizado por Miquel et al. (2011) basado en 40 estudios epidemiológicos se analizaron las diferencias de sexo entre pacientes duales y se determinó que la esquizofrenia era más prevalente en hombres mientras que los trastornos afectivos lo eran para las mujeres. Según el centro sanitario de donde se extrae la muestra, las diferencias de sexo también son significativas. Mientras que en los servicios de salud mental existen más varones duales, en las unidades de desintoxicación o seguimiento ambulatorio el sexo femenino es más prevalente. Incluso otros estudios observan que usando muestras fuera de los circuitos sanitarios, la prevalencia del sexo femenino es mayor. Se concluye que pueda existir un origen etiopatogénico diferente del TUS según el sexo debido a que se clasifican como primarios los trastornos del ánimo que tienden a afectar al sexo femenino y predominantemente secundarios al consumo los trastornos psicóticos más típicos en los hombres, siendo estos últimos los más difíciles de someter a tratamiento.

La población dual suele tener un nivel educativo primario, estado civil soltero, situación laboral de desempleo, convivencia con familia de origen, antecedentes judiciales, enfermedades fisiológicas comórbidas como hepatitis C o VIH, mayor riesgo de suicidio, inicio más temprano del trastorno psiquiátrico y mayor prevalencia entre los 25 y 34 años ya que la probabilidad de comorbilidad declina con la edad (Kessler et al,

1994; Liraud & Verdoux, 2000; James & Taylor, 2007; Pompili et al., 2009; Sánchez-Peña et al., 2012; Tortajada et al., 2012; Arias et al., 2013; Lev-Ran et al., 2013, Araos et al., 2014).

El estudio realizado en 2001 por Mueser & Gingerich comparó población dual de entornos urbanos con entornos rurales. Los resultados obtenidos hallaron diferencias en relación a mayor prevalencia de solteros, mayor abuso de drogas, más problemas judiciales y peores viviendas entre los duales urbanos así como patrones de consumo distintos según la procedencia. En los entornos rurales el consumo de alcohol es el más prevalente en comparación con las ciudades donde la cocaína y la heroína eran las más consumidas (Magidson et al., 2013).

Los trastornos del DSM-5 más prevalentes hallados por la mayoría de investigaciones con población dual se engloban en las siguientes categorías diagnósticas:

Trastornos psicóticos (Roncero et al., 2010; Miquel et al., 2011; Szerman, 2015). Más del 50% de pacientes psicóticos presentan TUS comórbido. La amplia variedad de sustancias tóxicas que consumen estos pacientes podría deberse tanto a la variedad sintomatológica de la enfermedad como a los efectos adversos de los fármacos que se les prescribe. Se conoce el efecto que tienen los psicoestimulantes a nivel dopaminérgico, su prevalencia entre los sujetos psicóticos se sitúa entre el 22-31%, según los estudios. Los pacientes con esquizofrenia podrían usarlos con finalidades terapéuticas para paliar la sintomatología psicótica, para mejorar el humor así como para tener mayor sensación de energía y claridad en el pensamiento. Sin embargo, el abuso de cocaína se ha asociado a una disminución de la eficacia de los antipsicóticos y un aumento de efectos adversos, como la distonía aguda y la discinesia tardía. En relación al alcohol, los sujetos psicóticos podrían usarlo como mecanismo de control de las alucinaciones así como para mejorar el humor y las relaciones sociales. En cambio, el consumo de cannabis se ha aceptado como un factor precipitante en la posible generación de déficits en las funciones cognitivas, el aprendizaje y la memoria.

Trastornos del estado de ánimo (Grant et al., 2004; Adamson et al., 2006; Torrens & Martínez-Sanvisens, 2009; Vega et al., 2009; Lev-Ran et al., 2013). Entre un 30-50% de pacientes duales presentan un trastorno depresivo comórbido siendo más prevalente en las mujeres, quienes además muestran mayores tasas de suicidio. Suelen ser los opiáceos, el alcohol y los psicoestimulantes las sustancias más consumidas, modificando los patrones de abuso dependiendo de las oscilaciones en el estado de ánimo. Los trastornos bipolares, en especial el tipo I, aumentan el consumo durante las fases de euforia aunque también se argumenta que el consumo puede aliviar las manifestaciones residuales de la enfermedad, pudiendo cronificar el trastorno y ocasionando mayor rapidez en el cambio de fase.

Trastornos de ansiedad (Sáiz et al., 2011; Arias et al., 2013; Araos et al., 2014). En torno a un 45-70% de los pacientes duales sufren trastorno de ansiedad siendo éste un trastorno mental primario, a diferencia de lo que ocurre con los trastornos del estado de ánimo que suelen considerarse secundarios al TUS. La relación más ampliamente validada es la comorbilidad entre el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y los TUS, siendo ésta alrededor de un 10%. Algunos trabajos hacen referencia a la fobia social (31%) y los trastornos por angustia (29%) como más prevalentes en la PD. El alcohol se ha revelado como la sustancia más consumida para este tipo de pacientes, siendo un facilitador a la hora de hacer frente al estímulo o estímulos ansiógenos.

Trastornos de personalidad (Bricolo et al., 2002; Peris & Balaguer, 2010; Hasin et al., 2011; Szerman et al., 2011; Sánchez-Peña et al., 2012; Baquero et al., 2015). Es la relación más consolidada que se establece con la PD aunque las investigaciones para detectar una personalidad adictiva no han sido fructíferas porque no todos los pacientes que sufren consumo de tóxicos tienen trastornos personalidad y porque las características de personalidad entre los que sí consumen carece de estudios concluyentes. Las tasas de prevalencia de los trastornos de personalidad entre los adictos llegan hasta un 70%, siendo los trastornos del cluster C los más prevalentes.

En concreto, el trastorno *borderline* es tan frecuente en los pacientes con TUS que algunos estudios sitúan la prevalencia en un 95%, produciéndose el consumo como consecuencia de la impulsividad y/o la automedicación de sus estados disfóricos y con la finalidad de conseguir una desinhibición. En estos pacientes, puede existir un tipo de consumo compulsivo para reducir el malestar, siendo en este caso más habitual el consumo de alcohol y cocaína. La prevalencia de los trastornos antisocial (20%), paranoide (24%), seguidos por el trastorno evitativo (23%) y obsesivo-compulsivo (22%) es también importante en población dual.

La figura 2 muestra las sustancias de consumo más prevalentes según el trastorno mental comórbido.

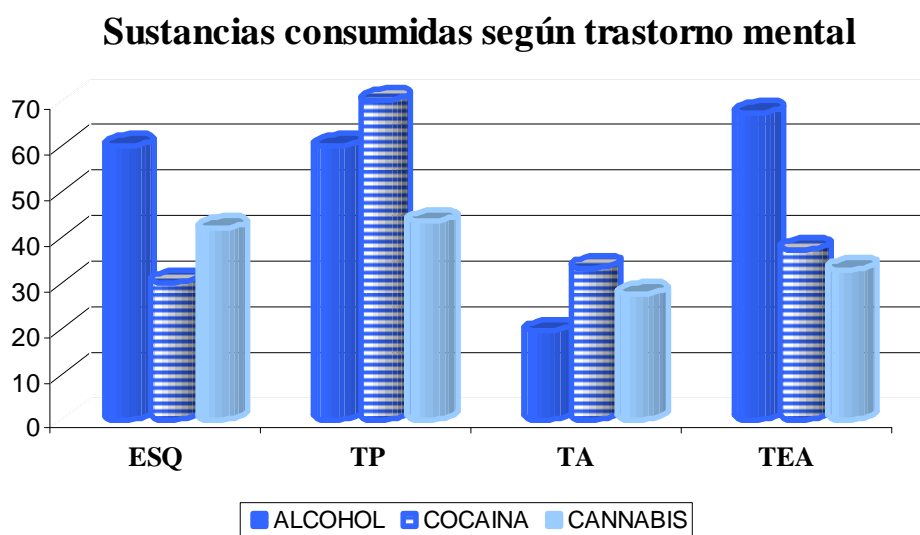


Figura 2: Tipología de sustancias de consumo más prevalentes según el trastorno mental: ESQ (esquizofrenia), TP (trastornos de personalidad), TA (trastornos de ansiedad) y TEA (trastornos del estado de ánimo) (Torrens & Martínez-Sanvisens, 2009; Roncero et al., 2010; Peris & Balaguer, 2010; Sáiz et al., 2011).

Existe una mayor tendencia al policonsumo entre los pacientes duales a pesar que no se puede establecer una relación de causalidad, es decir, si el policonsumo es un factor de riesgo para desarrollar un trastorno mental comórbido o si la presencia del trastorno comórbido favorece el inicio de consumo de sustancias. El tipo de sustancias mayormente consumidas suelen ser el alcohol, la cocaína y el cannabis. En un reciente estudio realizado con 1266 pacientes duales se ha observado que los consumidores

moderados de alcohol padecen menos riesgo de sufrir síntomas depresivos o de ansiedad que aquellos pacientes duales que no consumen alcohol o lo consumen en exceso (Tortajada et al., 2012). Los estudios existentes refuerzan la idea de que la edad de inicio del TUS suele ser más precoz entre los pacientes que presentan o desarrollan con posterioridad un trastorno mental (Jiménez-Castro et al., 2010; Miquel et al., 2011; Arias et al., 2013; Araos et al., 2014). La prevalencia del consumo de nicotina en esquizofrenia se sitúa cerca del 90% (Roncero et al., 2010), con una media de 30 cigarrillos/día y con un inicio del consumo previo al inicio de la enfermedad psicótica. Se suele afirmar que estos pacientes son más vulnerables a la dependencia a la nicotina y desarrollan una dependencia más intensa que la población no clínica como medio de regular su estado de ánimo, los déficits cognitivos de la esquizofrenia así como para reducir los efectos adversos de la medicación antipsicótica (Keizer et al., 2009; López et al., 2011).

El consumo de xantinas como la cafeína también se muestra muy prevalente, en especial con pacientes psicóticos. Sus efectos se asocian a un descenso de los síntomas de la enfermedad y de los efectos adversos de la medicación (Benaiges et al., 2012), a pesar que también se ha relacionado con un aumento tanto de la sintomatología psicótica como depresiva y ansiosa. La habilidad de metabolizar la cafeína y la sensibilidad a sus efectos viene muy determinada genéticamente y varía de un sujeto a otro. Las patologías mentales más severas son las que más consumo de cafeína presentan como forma de combatir los síntomas negativos, la disforia o los efectos de los antipsicóticos. La cafeína puede exacerbar los síntomas psicóticos por incremento de la liberación de catecolaminas a la vez que reduce la eficacia de los antipsicóticos y otros psicofármacos (Paton & Beer, 2001; Baethge et al., 2009). Es por ello que consumidores elevados de cafeína en ocasiones necesitan dosis superiores de antipsicóticos que los no consumidores.

1.3. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

La realización de un buen diagnóstico clínico en PD se trata de una ardua tarea debido a la complejidad que conlleva la presencia de comorbilidad. No solamente hay que prestar atención a la sintomatología clínica propia del trastorno mental sino que a la vez se debe valorar la tipología de sustancias consumidas, considerando tanto los propios efectos neuropsicológicos que provocan así como su influencia en la enfermedad mental y viceversa. La delimitación del diagnóstico dual conlleva una doble dificultad añadida. En primer lugar, la necesidad de discernir si los síntomas clínicos son primarios o son efectos adversos del propio consumo de sustancias. Y en segundo lugar, el problema que estriba en que los trastornos mentales son un conjunto de síntomas y no enfermedades con marcadores biológicos cuantificables (Haro et al., 2010). Como queda reflejado, la evaluación de este trastorno es realmente compleja.

Partiendo de esta enorme dificultad, los criterios diagnósticos para la evaluación de los trastornos mentales comórbidos con TUS han ido evolucionando a lo largo de los años. Inicialmente se utilizaron los *criterios Feighner* que diferenciaban entre trastorno primario vs. secundario según la edad de inicio del trastorno. El trastorno que se iniciaba

antes se denominaba primario siendo independiente de los posteriores trastornos que coocurrieran. Esta concepción dificultaba establecer si existía o no conexión entre los trastornos. Con posterioridad, aparecieron los *Research Diagnostic Criteria (RDC)*, el *DSM-III* y el *DSM-III-R* que se basan en la concepción orgánico vs. no orgánico. El trastorno orgánico era concebido como una patología con base biológica, los criterios presentaban escasa validez y fiabilidad y no permitían diferenciar con claridad entre ambos trastornos. Debido a la gran prevalencia de comorbilidad psiquiátrica entre los pacientes adictos, el DSM-IV tuvo que dar respuesta y profundizar en la evolución del diagnóstico. Con la finalidad de dilucidar un trastorno primario de uno inducido se han establecido tres categorías en relación a la comorbilidad (Torrens & Martínez-Sanvisens, 2009; Roncero et al., 2010; Sáiz, 2011) (ver figura 3):

- **Trastorno primario.** Trastornos mentales no inducidos por sustancias ni debidos a enfermedad médica.
- **Efectos esperados.** Incluyen síntomas considerados habituales en situación de intoxicación o abstinencia de una sustancia.
- **Trastorno inducido por sustancias.** Síntomas excesivos en relación con lo esperado tras la intoxicación o abstinencia de una sustancia.

Trastorno Primario

Edad de inicio de la adicción posterior
 Antecedentes personales psiquiátricos
 Antecedentes familiares psiquiátricos
 Persiste tras la abstinencia
 Curso más recurrente
 Síntomas característicos del trastorno
 Síntomas que no se corresponden con el perfil farmacológico de la droga consumida (más sintomatología de la esperada según tipo/cantidad de droga consumida)
 Mejor estructura familiar

Trastorno Inducido

Edad de inicio de adicción previo
 Sin antecedentes personales de otros trastornos mentales
 Antecedentes familiares de adicciones
 Remite con la abstinencia
 Curso menos recurrente (si no hay consumo)
 Clínica atípica (cuadros mixtos, síntomas confusionales, síntomas inhabituales).
 Síntomas que se corresponden con el perfil de la droga consumida.
 Mayor desestructuración familiar en relación con la adicción.

Figura 3: Criterios para el diagnóstico diferencial entre trastorno primario y trastorno inducido por sustancias. Modificado de Sáiz et al. (2011).

En la actualidad, existen diferentes instrumentos de evaluación para realizar un diagnóstico adecuado de PD. Por un lado, se debe realizar una evaluación exhaustiva de la enfermedad mental y por otro lado de la conducta adictiva. A continuación se presentan brevemente los instrumentos más empleados para esta doble tarea (Haro et al., 2010; Roncero et al., 2010):

Instrumentos de evaluación psiquiátrica

Con el objetivo de determinar la sintomatología psiquiátrica en pacientes duales, tradicionalmente se han usado diferentes entrevistas estandarizadas. Una de ellas es la *SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV; First et al., 1999)* que permite realizar el diagnóstico entre trastornos primarios e inducidos por sustancias pero que no propone una guía específica para la valoración de los criterios psicopatológicos propuestos por el DSM-IV. Existen dos modelos diferentes, uno para la valoración de los trastornos del eje I y otro para los del eje II del DSM-IV. Otra entrevista utilizada es la *PRISM-IV (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV; Hasin et al., 1996)*, diseñada específicamente para el diagnóstico de la comorbilidad entre trastorno mental y TUS. Ésta permite diferenciar entre síntomas inducidos por las sustancias y síntomas primarios determinando la relación temporal entre los síntomas psiquiátricos y el consumo de sustancias. Evalúa trastornos del eje I y II del DSM-IV. La *AUDADIS-IV (Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV; Grant, Dawson & Hasin, 2001)* se trata de una entrevista estructurada que evalúa los diagnósticos del eje I del DSM-IV y la comorbilidad con un TUS, pudiendo ser aplicada en dos horas. Los estudios de fiabilidad de la AUDADIS-IV han mostrado buenos índices para realizar diagnósticos de abuso/dependencia de los trastornos por uso de alcohol. Otras entrevistas también empleadas, aunque con menor frecuencia, en el campo de trabajo de la PD son la *CIDI (Composite International Diagnostic Interview)*, *MINI (International Neuropsychiatric Interview)* y la *DIS (Diagnostic Interview Schedule)* o la *SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatric)*.

Instrumentos de evaluación de la conducta adictiva

Se debe realizar una exhaustiva entrevista de la historia del consumo que registre información sobre edad de inicio, patrón de consumo, tipo de sustancias consumidas, abuso/dependencia, meses de abstinencia, recaídas, relación temporal con los síntomas psiquiátricos, antecedentes familiares de consumo y factores de riesgo/protección. En esta línea, existen algunos instrumentos estandarizados que evalúan la gravedad de la conducta adictiva. Uno de los cuestionarios más empleados es el *ASI (Addiction Severity Index; McLellan et al., 1980)* y su versión europea, el *EuropASI (European Addiction Severity Index; Bobes et al., 1996)*, una entrevista semiestructurada que evalúa 7 áreas vitales: salud física, empleo, drogas, alcohol, situación legal, relaciones familiares y salud mental. Además de estas dos entrevistas, existen toda una serie de instrumentos más específicos según la sustancia consumida como por ejemplo la escala *AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)*, el *CSSA (Cocaine Selective Severity Assessment)* o el *OOWS/SOWS (Objective and Subjective Opioid Withdrawal Scale)*.

Se han creado instrumentos de evaluación específicos para la población dual pero que necesitan ser validados (Haro et al., 2010). Existe la *PHQ (Patient Health Questionnaire; Spitzer, Kroenke & Williams, 1999)* que se trata de una versión autoadministrada del *PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders)*. Evalúa 4 diagnósticos: trastorno depresivo mayor, trastorno de pánico, otros trastornos de ansiedad y bulimia. A la vez mide 4 síndromes: otros trastornos depresivos, probable abuso/dependencia de alcohol, trastornos somatomorfos y trastorno por atracón. También existe la *PDSQ (Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire; Zimmerman & Mattia, 2001)* que consiste en un instrumento de 126 preguntas que evalúan 5 áreas psiquiátricas: trastornos de la conducta alimentaria, trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, TUS, trastorno de somatización y 6 ítems de cribado para los trastornos psicóticos.

Tipología de pacientes duales.

Como consecuencia del enorme interés por la comorbilidad en pacientes con TUS, ha surgido la necesidad de establecer tipologías de pacientes duales que faciliten su clasificación así como su abordaje terapéutico. Así, Richard Ries en 1992 (citado en Arenas et al., 2012) ya desarrolló un modelo dimensional que facilita la categorización de los pacientes según su perfil clínico y nivel de complejidad asistencial y ayuda en la elección del mejor abordaje terapéutico. El modelo dimensional parte de dos conceptos:

Trastorno Mental de alto nivel de complejidad o Trastorno Mental Grave

Cualquier trastorno mental que siguiendo criterios DSM o CIE presente una actividad global funcional evaluada por la Escala de Evaluación de la Actividad General (EEAG) < 50.

Trastorno Adictivo de difícil manejo

Cualquier trastorno adictivo que según criterios DSM o CIE presente una actividad global funcional evaluada por la EEAG < 60.

Basándonos en estos dos conceptos previos de psicopatología y dependencia, se ha desarrollado una clasificación de pacientes duales considerando 4 tipologías (Elvira et al., 2007; Arenas et al., 2012) que describiremos a continuación y se ilustra en la figura 4:

TIPOLOGIA A: Adicción de difícil manejo junto a un trastorno mental leve.

Incluye a pacientes con abuso o dependencia de drogas de difícil manejo que presentan trastornos psiquiátricos comórbidos leves y no persistentes. Las necesidades asistenciales de este tipo de paciente dual son los problemas derivados del consumo de drogas. Se engloban en esta categoría trastornos inducidos por el consumo (trastornos de ansiedad, ataques de pánico, depresión o hipomanía, TEPT, intentos de suicidio, trastornos de personalidad). Este tipo de pacientes suelen ser derivados a centros de desintoxicación.

TIPOLOGIA B: Trastorno mental de alta complejidad junto a un trastorno adictivo no complicado.

Pacientes con trastornos mentales graves como esquizofrenia o trastornos afectivos mayores con psicosis comórbidos con TUS que no son fáciles de manejar y del cual el paciente puede tener o no conciencia. Este tipo de personas son derivadas a los centros de salud mental para iniciar tratamiento.

TIPOLOGIA C: Trastorno mental de alta complejidad junto a un trastorno adictivo de difícil manejo clínico.

Hace referencia a pacientes con trastornos mentales y adictivos graves. Las necesidades asistenciales son para ambos trastornos y requiere una mayor coordinación entre los centros de atención. Suele ser los casos más complejos y se requiere la coordinación de los centros de atención al drogadicto y las redes de salud mental, diseñando conjuntamente los objetivos de las intervenciones necesarias. Acostumbran a ser pacientes con un alto uso de recursos asistenciales y poca evolución debido a la gravedad psicopatología comórbida, lo que puede necesitar en ocasiones de ingresos hospitalarios en los centros de salud mental.

TIPOLOGIA D: Trastorno adictivo no complejo junto a un trastorno mental leve.

Pacientes con trastornos mentales y adictivos no difíciles de manejar y que pueden ser tratados a nivel ambulatorio. Las características clínicas más significativas de este grupo suelen ser las manifestaciones ansiosas y depresivas así como conflictos relacionales. Acostumbran a ser tratados en los centros de atención primaria.

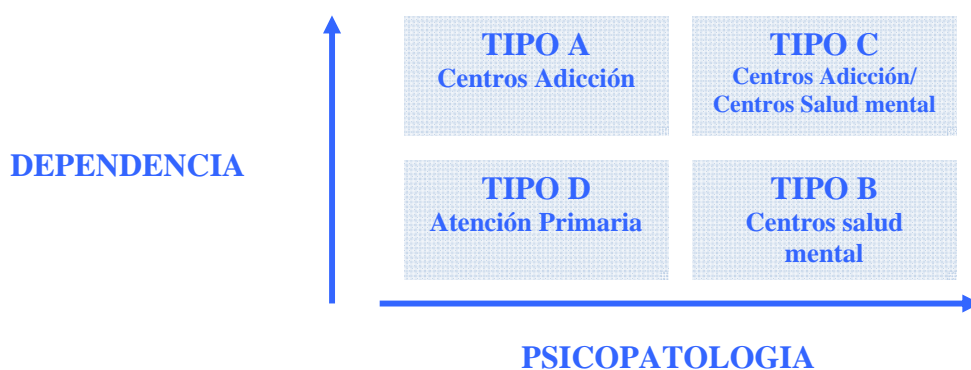


Figura 4: Clasificación de pacientes con PD. Modificado de EIVIRA et al. (2007) y ARENAS et al. (2012).

Otros autores como Tenorio & Marcos (2000) realizan la siguiente clasificación:

Tipo I: Trastorno psiquiátrico primario y TUS secundario. El consumo de drogas es consecuencia del trastorno mental y se usa como medicación para paliar los síntomas del trastorno psiquiátrico.

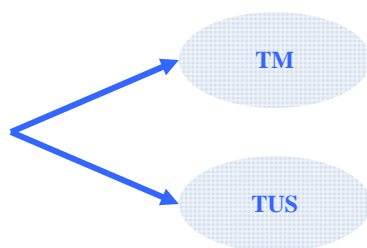
Tipo II: TUS primario y trastorno psiquiátrico secundario. El trastorno mental aparece como consecuencia del consumo de sustancias.

Tipo III: Dualidad primaria: Trastorno psiquiátrico y TUS primario. Ambos son trastornos independientes y no se relacionan inicialmente, aunque pueden interactuar potenciándose entre ellos. Este diagnóstico se realiza por exclusión de las dos categorías anteriores.

Como queda patente, no existe todavía un consenso a la hora de determinar cuáles son los instrumentos de evaluación más fiables para diagnosticar la PD. Se requieren instrumentos más específicos y ampliamente validados que faciliten la tarea de determinar la existencia de diagnóstico dual en los pacientes. Como consecuencia, tampoco acaba de crearse un claro consenso sobre la clasificación de estos pacientes. Existen varias clasificaciones que ayudan a esclarecer características, necesidades y abordajes terapéuticos pero, en este sentido, todavía queda por recorrer un largo camino.

1.4. ETIOLOGÍA

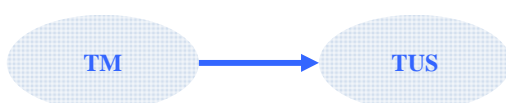
Encontrar una explicación al origen de la PD sigue siendo en la actualidad una tarea sumamente complicada. Las relaciones etiopatogénicas no se han establecido totalmente, a pesar de su elevada incidencia, lo que ha desembocado en el desarrollo de diversas teorías explicativas que intentan justificar su existencia. En base al desarrollo de múltiples modelos teóricos fundamentados en factores ambientales, genéticos, neurológicos, psicológicos y sociales, se ha realizado una integración que ha dado lugar a los 4 principales modelos etiológicos de la PD (Arias et al., 2013):



Modelo de factores comunes



Modelo de trastorno mental secundario



Modelo de TUS secundario



Modelo bidireccional

- **Modelo de los factores comunes**

Esta teoría explica la comorbilidad como resultado de compartir vulnerabilidades para ambos trastornos. Existen factores comunes que ayudarían a desarrollar tanto los trastornos psiquiátricos como los TUS. Cada patología tiene cursos clínicos y tratamientos independientes (Roncero et al., 2010; Sánchez-Peña et al., 2012).

Los principales estudios en la línea de este modelo teórico, se han centrado en tres indicadores de vulnerabilidad (Mueser et al., 1998, Haro et al., 2010):

Factores genéticos. Algunos estudios encaminados a encontrar factores de vulnerabilidad genética en pacientes duales han concluido que algunos polimorfismos como el C957T del gen DRD2, que codifica la proteína del receptor dopaminérgico D₂, pueden suponer un factor de riesgo tanto para el desarrollo de trastorno psicótico como del TUS. Otros estudios evidencian la elevada prevalencia de antecedentes familiares con TUS entre los pacientes duales a pesar de que las conclusiones no dejan clara la influencia, ya que el compartir factores genéticos no implica necesariamente el aumento de la probabilidad de desarrollar la enfermedad comórbida (Barea et al., 2010). La hipótesis del *Síndrome de la Deficiencia a la Recompensa*, desarrollada por Blum en 1996 (citado en Rubio et al., 2002) intenta elaborar un nexo de unión entre la PD y la influencia genética. La conducta de búsqueda de sustancias psicoactivas vendría predispuesta por una reacción bioquímica en los centros neurales de la recompensa. Estos circuitos se activarían por la influencia de estímulos ambientales como la alimentación o el sexo. En algunos individuos, la capacidad para experimentar placer estaría alterada dificultándoles su experimentación, lo que desencadenaría en ansiedad y disforia que serían mitigados mediante el consumo repetido de las drogas. El responsable genético de este desequilibrio en los circuitos del placer es el alelo A₁ del gen receptor D₂ en el cromosoma 11. Esta teoría ha sido validada en pacientes con dependencia al alcohol, cocaína o nicotina en comparación con pacientes controles.

Trastorno antisocial de la personalidad (TAP). Existen estudios que afirman que el TAP podría ser un factor de vulnerabilidad para desarrollar un trastorno psicótico y

eleva la probabilidad de desarrollar un TUS con una peor evolución y un inicio anterior del consumo de sustancias. Sin embargo, todavía son necesarios más estudios que ayuden a determinar la influencia del temperamento y de los rasgos de la personalidad en el desarrollo de la PD.

Bajo nivel socioeconómico. Niveles socioeconómicos bajos en relación a la educación, ingresos y empleo se han asociado firmemente con la presencia de TUS así como de esquizofrenia. Por ello, algunos estudios relacionan el bajo estrato social con la vulnerabilidad para desarrollar tanto trastorno psicótico como TUS.

Otros factores de vulnerabilidad. Existen otros factores que podrían aumentar el riesgo de desarrollar un trastorno psiquiátrico y TUS. Se habla que las experiencias traumáticas o las alteraciones cognitivas en la infancia pueden presentar mayor predisposición al desarrollo de psicosis y TUS. Asimismo, otros factores como estrategias de afrontamiento deficitarias, escasas habilidades sociales o, mala capacidad de resolución de conflictos también pueden influir en la comorbilidad.

- **Modelo de trastorno mental secundario**

Este modelo explica que el TUS se iniciaría antes y desarrollaría cierta influencia en la aparición y evolución del TM secundario. La administración continuada de sustancias psicoactivas generaría cambios neuroadaptativos que desencadenarían en un trastorno psiquiátrico (Landabaso, 2001; Torrens & Martínez-Sanvisens, 2009). Las alteraciones de los sistemas de neurotransmisión como el serotoninérgico, gabaérgico, noradrenérgico y dopaminérgico se han relacionado con patologías ansiosas y depresivas. Los cuadros que con mayor frecuencia aparecen a consecuencia del consumo son la depresión, ansiedad y crisis psicóticas siendo el cánnabis, alcohol y cocaína las drogas mayormente consumidas (Baena & López, 2006). Esta teoría permite explicar bastante bien los trastornos inducidos y la patología psiquiátrica que aparece como consecuencia, pero no consigue explicar la presencia de los trastornos psiquiátricos que preceden a la dependencia (Drake, 2000).

- **Modelo de TUS secundario**

Este modelo defiende que la existencia de un trastorno mental aumenta la vulnerabilidad de desarrollar un TUS (Roncero et al., 2010; Sánchez-Peña et al., 2012) y gira en torno a dos teorías, la de los factores de riesgo psicosociales y la de la supersensibilidad.

Teoría de los factores de riesgo psicosociales. El modelo más característico dentro de esta teoría es el de la Automedicación desarrollado por Khantzian en 1985 que promulga la idea que el consumo de sustancias es un intento de aliviar estados emocionales desagradables. Se fundamenta en las teorías conductuales, especialmente en el concepto de refuerzo negativo. Según este autor, los consumidores presentan disforia la cual no pueden manejar por sí mismos. De esta manera, usan el efecto fisiológico y psicológico de las drogas para lograr una estabilidad emocional. Los opiáceos se usan por sus propiedades para reducir el dolor y atenuar la agresión. El uso de los psicoestimulantes va a elevar el estado de ánimo y la confianza y a disminuir el cansancio. Y los sedantes, como el alcohol, son usados por sujetos rígidos que reprimen sus emociones y que mediante el consumo pueden librarse de esas defensas y dejarse llevar por sus emociones (Khantzian et al., 2008). Se sobreentiende que dependiendo del estado emocional del momento, se escogerá el abuso de una u otra droga. Esta perspectiva no ha desarrollado teorías únicamente basadas en el refuerzo negativo. Recientemente se está intentando explicar la aparición de la PD basándose en el concepto de refuerzo positivo. Según esta hipótesis, algunos pacientes consumirían sustancias para aumentar sus rendimientos cognitivos, físicos y/o sexuales. Este tipo de sujetos, principalmente con estados hipertímicos o trastornos narcisistas, utilizarían primordialmente sustancias psicoestimulantes como la cocaína o los noótropos (Rubio et al., 2002). El gran problema de esta teoría es que no explica la continuidad en el consumo ni la relación entre la preferencia por la sustancia y el trastorno mental ya que existen otros muchos factores de riesgo que, conjuntamente con la disforia, pueden aumentar la automedicación. Entre dichos factores podemos citar el aislamiento social, la escasez de habilidades sociales y cognitivas o la accesibilidad a los drogas en el entorno.

Teoría de la supersensibilidad. Basada en el concepto vulnerabilidad-estrés fue propuesto para los trastornos psicóticos. Se fundamenta en la idea que existe una vulnerabilidad biológica, principalmente perinatal, que al interactuar con factores ambientales ayudaría en la aparición del trastorno mental. La principal limitación de este modelo es la escasa generalización que se puede realizar a los trastornos duales no psicóticos (Mueser et al., 1998; Haro et al., 2010).

- **Modelo bidireccional**

Parte del presupuesto de que existe una interacción especial en el individuo para padecer ambos trastornos, el trastorno psiquiátrico y el TUS. Son éstos los considerados como auténticos duales. Ambos trastornos pueden contribuir a precipitar y mantener el otro. Se trata de un modelo que intenta integrar los modelos expuestos anteriormente pero que se basa en constructos teóricos con escasa evidencia experimental (Landabaso, 2001; Baena & López, 2006).

A modo de conclusión, es difícil explicar el funcionamiento de una persona con PD exclusivamente mediante una teoría etiológica. Dada la gran variabilidad de enfermedades mentales y el tipo de sustancias consumidas, lo que resulta más interesante es conjugar los diferentes mecanismos explicativos para mejorar la efectividad de las estrategias terapéuticas. A día de hoy, ninguna hipótesis etiológica explica por si sola la relación entre los trastornos mentales y el TUS. Cada modelo explica una parte etiopatogénica que podría contribuir en el desarrollo de la PD.

1.5. PRONÓSTICO

En términos generales, la presencia de PD es indicativa de mal pronóstico. Los profesionales que trabajan con este tipo de población clínica admiten que algunos pacientes son tratados únicamente del trastorno mental, otros sólo del TUS y son pocos los tratados para ambas patologías (Harrison et al., 2008; Gotham et al., 2013; Pettinati et al., 2013). Este tipo de pacientes tiene mayor riesgo de abandono, menor motivación por el cambio y mayor dificultad en la adherencia al tratamiento lo que desencadena una evolución más lenta hacia la recuperación (Baena & López, 2006; Arias et al., 2013; Borge et al., 2013). También existe una mayor tasa y duración de las recaídas, disminuyendo el tiempo interepisódico y aumentando las complicaciones familiares, sociales, legales así como el número de ingresos hospitalarios (Baena & López, 2006; Vega et al., 2009; Timko et al., 2013). La disminución del estatus socioeconómico, desencadenado posiblemente por la incapacidad laboral propia de la enfermedad mental, puede acabar por desembocar en la pobreza más absoluta, convirtiendo a algunos en personas sin hogar y dificultando aún más la adherencia al tratamiento (Tyler & Moos, 2009; Xie et al., 2010; Magidson et al., 2013). Sirva como ejemplo el estudio pionero desarrollado por McKenna y Ross en 1994 (citado en Rubio et al., 2002) donde se mostraba que la dependencia al alcohol en esquizofrénicos producía menor adherencia

al tratamiento, empeoramiento de la sintomatología positiva, alteraciones conductuales y aumento de las recaídas en comparación con esquizofrénicos abstemios.

Los pacientes duales suelen tener una evolución más tórpida que los diagnosticados sólo de trastorno mental aunque en éstos se hallen complicaciones clínicas más severas como un peor *insight*, negación de la enfermedad mental y mayor incidencia de intentos de suicidio (Craig et al., 2008; Healey et al., 2009; Araos et al., 2014). Las consecuencias de la comorbilidad suelen ser más graves e incluir incremento de la vulnerabilidad a padecer enfermedades médicas, accidentes mortales y muerte prematura (Mueser et al., 1998; Mueser & Gingerich, 2013). Existen a su vez mayores costes asistenciales, derivados entre otros, por las posibles consecuencias físicas que puede comportar el consumo de drogas, como son el desarrollo del VIH o de hepatitis (Rodríguez-Jiménez et al., 2008; Moore et al., 2009; Roncero et al., 2013).

Debe enfatizarse que las investigaciones señalan la ineficacia del uso de los centros asistenciales de forma separada para ambos tipos de trastornos y que la integración de los programas que combinan la intervención garantizan un mejor pronóstico (Drake & Wallach, 2000; Levy et al., 2008). Sin una intervención multidisciplinaria se corre el riesgo de desembocar en escasa respuesta al tratamiento. Hay estudios que han demostrado que incluso tras un periodo de tratamiento para la PD, el 28% de los pacientes duales mantienen la abstinencia frente a un 42% de pacientes con TUS no comórbidos, lo que evidencia una peor evolución para los pacientes duales (Sánchez-Peña et al., 2012). Resulta pues de vital importancia invertir tiempo y recursos en investigaciones que ayuden a mejorar el conocimiento actual y reviertan en estrategias de intervención más eficaces. La detección temprana del tipo de comorbilidad psicopatológica en los centros de tratamiento y la rehabilitación son elementos cruciales para poder adecuar el proceso terapéutico a las características patológicas del paciente y facilitar la adherencia al tratamiento con el objetivo de evitar las recaídas y el abandono característico de estos pacientes (Araos et al., 2014).

1.6. TRATAMIENTO

En la línea de dar una respuesta asistencial a los trastornos duales, se han desarrollado diferentes abordajes terapéuticos. La realidad demuestra lo complejo y confuso que puede resultar para el paciente con PD encontrar el tratamiento adecuado a la comorbilidad. Dicha dificultad proviene tanto de su propia patología y la dificultad de su manejo como de la descoordinación entre los diferentes recursos asistenciales. Ello acaba generando la duplicidad de recursos sin dejar claro si repercute en una mejoría clínica (Grella et al., 2010; Szerman et al., 2014).

En la actualidad, se considera que existen tres modelos clásicos en el tratamiento con pacientes duales (Tenorio & Marcos, 2000; Elvira et al., 2007; Arenas et al., 2012).

Tratamiento secuencial. Modelo históricamente más empleado donde el paciente es tratado primero en un recurso asistencial y posteriormente en otro, cada uno especializado en una patología, ya sea el TUS o el trastorno mental. El orden de los tratamientos puede variar según la preferencia del clínico o la magnitud de los trastornos.



Tratamiento en paralelo. Abordaje terapéutico que implica al paciente simultáneamente en programas asistenciales tanto de salud mental como de drogodependencias. Se trata de un tratamiento doble y más simultáneo que no garantiza una buena coordinación y requiere de un gran esfuerzo organizativo de los profesionales de ambas redes.



Tratamiento integrado. Combina recursos terapéuticos tanto de la red de salud mental como de la drogodependencia en un programa de tratamiento unificado para pacientes con PD. Se ofrece desde un mismo equipo que integra a profesionales formados en ambos campos, capaces de abordar un doble tratamiento y orientar al paciente en su evolución.



La evidencia demuestra que los tratamientos secuencial y en paralelo han fracasado en el tratamiento de la PD debido a que no dan respuesta a la complejidad del trastorno comórbido. Existen numerosos problemas asociados a este tipo de

tratamientos como son la baja adherencia y elevada tasa de abandono, la falta de coordinación entre los profesionales que trabajan en ellos y, el mal manejo de la sintomatología comórbida (Mueser & Gingerich, 2013; Szerman et al., 2014). Los profesionales remarcan la importancia de desarrollar modelos integrados para atender a los pacientes duales. La cantidad de tratamientos integrados diseñados para la PD son múltiples y, a pesar que difieren en el número de pasos, hay una serie de indicadores considerados válidos a la hora de diseñar un programa terapéutico de este tipo (Mueser & Gingerich, 2013):

- **Eliminación del estrés y reducción de daños.**

Las relaciones interpersonales suelen ser un foco de estrés importante para los pacientes duales. Uno de los objetivos en su tratamiento consiste en fomentar la empatía. Es importante entender que la motivación por reducir el consumo de sustancias irá apareciendo gradualmente en el contexto de la relación terapéutica, por ello la mejor manera de abordar inicialmente el problema del consumo consiste en la reducción de daños garantizando la salud y la seguridad del paciente (acceso a agujas estériles, sustitución de sustancias consumidas por otras menos dañinas, aprendizaje de conductas sexuales seguras, etc...).

- **Aumento de la motivación y adopción de un enfoque por etapas.**

La pérdida de motivación por la desintoxicación es un factor clave en los trastornos adictivos y todavía peor en los trastornos comórbidos. En los tratamientos integrados se describen estadios de tratamiento que se solapan con los famosos estadios de cambio descritos por Prochaska y Diclemente (1982) en los procesos de desintoxicación. Los estadios con sus principales características y los objetivos terapéuticos se pueden resumir en:

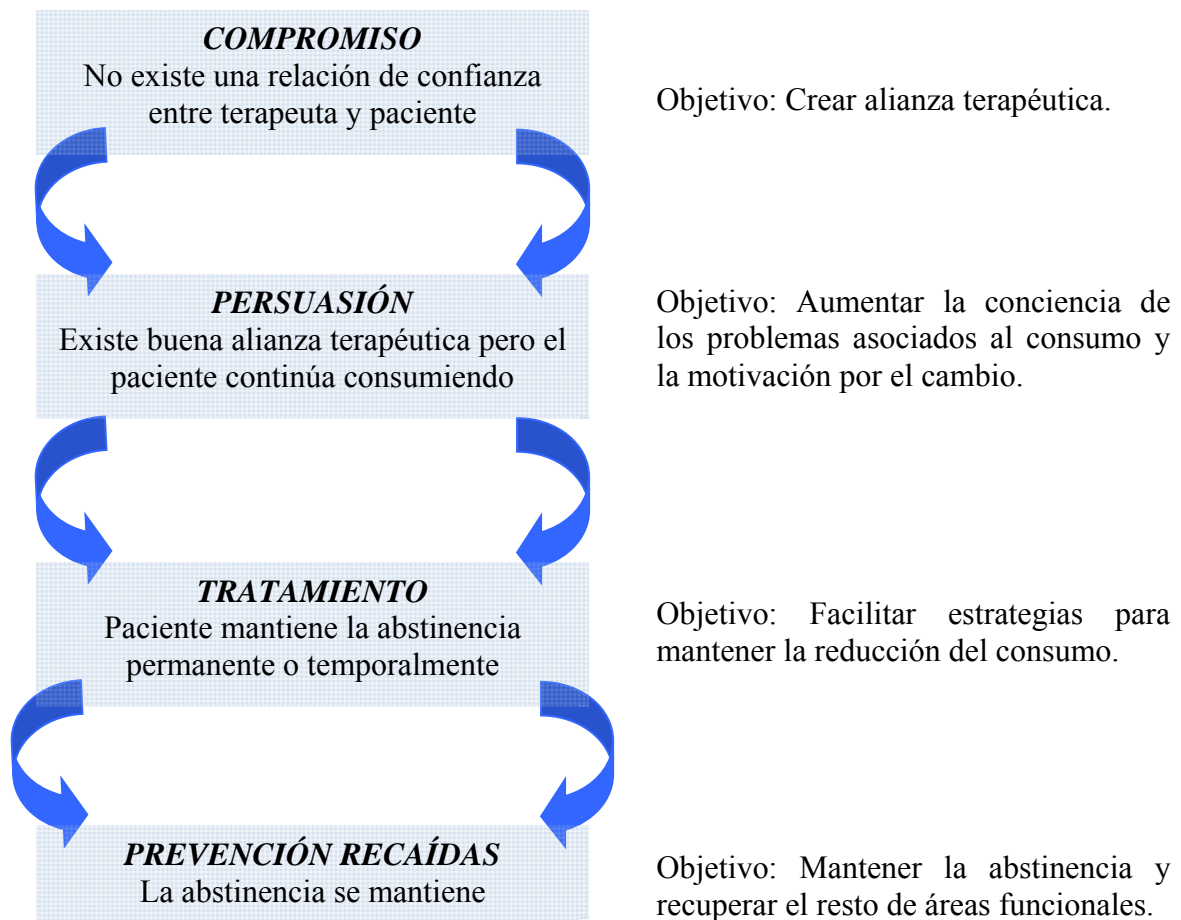


Figura 5: Estadios básicos en los tratamientos integrados para pacientes duales (Mueser & Gingerich, 2013).

- **Uso de estrategias cognitivo-conductuales.**

La terapia cognitivo conductual adaptada a los pacientes con PD está destinada a enseñar técnicas que faciliten el aprendizaje de habilidades sociales, resolución de problemas, reestructuración cognitiva y programación de actividades placenteras. El trabajo en habilidades sociales es vital ya que los pacientes usan con frecuencia las sustancias para poder ser aceptados e interactuar socialmente así como porque existe una deficiencia en interacciones sociales con personas no consumidoras.

- **Apoyar la recuperación funcional.**

Esta fase subraya la importancia de establecer nuevos objetivos en la vida de los pacientes duales eliminando el consumo de sustancias como motor principal del día a día. Explora qué objetivos personales, ambiciones, hábitos sociales y expectativas laborales pueden promover el cambio en el estilo de vida. En esta fase uno de los objetivos más reiterados entre las personas con PD suele ser el mejorar sus relaciones familiares, en especial con sus hijos, si es el caso, para convertirse en mejores padres.

- **Aumentar la participación del individuo en su red social.**

Parte importante de este tratamiento consiste en integrar en la recuperación a la familia y otras personas significativas que ayuden a progresar al paciente. La familia suele mejorar las habilidades comunicativas y puede participar en resolver problemas de una manera colaborativa, así como a compartir problemas y objetivos.

Basado en estos principios básicos, se desarrolló uno de los mejores protocolos de tratamiento para población dual. Se trata del *Comprehensive Continuous Integrated System of Care (CCISC)* el cual ha sido reconocido por el *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*. El modelo fue desarrollado por Minkoff & Cline (2004) quienes determinaron sus áreas de intervención en 4 aspectos que se recogen en la tabla 1 (Harrison et al., 2008; Moore et al., 2009).

MODELO CCSIC

VIVIENDA	Lograr un lugar estable, asequible y seguro donde vivir
EMPLEO	Aumentar las probabilidades de reinserción laboral para conseguir autosuficiencia, independencia y autoestima
ENFERMEDAD ACTUAL	Debilitar los síntomas psiquiátricos (psicóticos, depresivos, ansiosos)
USO DE SUSTANCIAS	Alcanzar la abstinencia durante tres meses mínimo, evitando las recaídas

Tabla 1: Áreas de intervención del protocolo de intervención en patología dual desde el modelo CCISC (*Comprehensive Continuous Integrated System of Care*) (Harrison et al., 2008; Moore et al., 2009).

Dado que existen múltiples tratamientos integrados dedicados a los pacientes duales, ha surgido la necesidad de elaborar instrumentos que determinen la eficacia de los mismos en la patología comórbida. En 2003 se diseñó el *Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment Index (DDCAT)*, subvencionado por el *Robert Wood Johnson Foundation Substance Abuse Policy Research Program* y el *SAMHSA Co-Occurring State Incentive Grants*, para evaluar y guiar el desarrollo y mejora de los tratamientos integrados destinados a pacientes duales. Conjuntamente con el DDCAT, se han elaborado dos instrumentos paralelos: el *Dual Diagnosis Capability in Mental Health Treatment Index (DDCMHT)* que se utiliza para valorar la capacidad de los programas de salud mental destinados a población dual y el *Dual Diagnosis Capability in Healthcare Settings (DDCHCS)* diseñado para evaluar y orientar la atención médica primaria en pacientes duales (Gotham et al., 2013). Todas estas escalas han sido replicadas y validadas en 32 estados de EUA y se pueden consultar en la siguiente web (<http://ahsr.dartmouth.edu/html/ddcat.html#DDCAT>).

Estudios recientes también han determinado y ampliado la influencia de otros factores generalmente ignorados en el tratamiento en PD. Entre ellos cabe mencionar:

- **Influencia del equipo multidisciplinar sobre el tratamiento** (Borge et al., 2013). Aquellos profesionales que entiende el rol de cada miembro del equipo y lo respetan son capaces de ofrecer un tratamiento de mayor calidad para el paciente. Un clima de aprendizaje ayuda a mejorar los resultados terapéuticos. La presencia de factores como confianza y objetivos comunes durante la terapia entre el paciente y el equipo médico son importantes ya que ofrecen un soporte social que mantiene al paciente con mayor adherencia al tratamiento de salud mental, lo que se ha denominado *befriending*.
- **Percepción de los pacientes sobre el tratamiento** (Tyler & Moos, 2009; Xie et al., 2010; Schulte, Meier & Stirling, 2011; Roncero et al., 2013). Indicador importante para valorar la calidad del tratamiento ya que ésta influye sobre la satisfacción, la adherencia al tratamiento y los resultados clínicos. Los pacientes con PD, en comparación con los que sólo padecen un trastorno mental, muestran niveles más bajos de satisfacción tras los tratamientos debido al diseño de tratamientos específicos inadecuados así como a la dificultad para establecer relaciones interpersonales basadas en la confianza que limita la alianza terapéutica y las relaciones con otros compañeros.
- **Participación en GAM (Grupos de Ayuda Mutua)** (Grella et al., 2010; Timko et al., 2013). Los GAM pueden ayudar a los pacientes con PD a construir y mantener estrategias que les permitan una mayor duración y estabilidad de la abstinencia. La participación en GAM se ha asociado a una mayor remisión del consumo de sustancias. Debido a la ansiedad social que puedan experimentar, la mayoría de pacientes duales declina la posibilidad de participar en GAM. Así, se alejan de los beneficios que podrían obtener ya que además las investigaciones demuestran que los beneficios son mayores sobre todo para aquellos pacientes duales que poseían menos habilidades sociales inicialmente.
- **Características de personalidad premórbida** (Pedrero & Rojo, 2008; Marquez-Arrico & Adan, 2013). Las características de personalidad pueden ser un factor

clave para mejorar el conocimiento sobre la relación que media entre el sujeto, la droga y el ambiente en el que se desarrolla la conducta adictiva. En pacientes duales se ha descubierto que existe una elevada búsqueda de sensaciones (Leventhal et al., 2007; Lukasiewicz et al., 2009; Latalova et al., 2013), menor persistencia asociada a una mayor dificultad para mantenerse fieles a sus objetivos y una escasa respuesta a los refuerzos (Le Bon et al., 2004; Kim et al., 2007). Es necesario confirmar si determinadas características de personalidad son un factor de diátesis en el desarrollo del abuso o dependencia a las drogas, tanto para población general como especialmente entre la población psiquiátrica, quien presenta los índices más elevados de adicción (Pompili et al., 2009).

Resumiendo, existe un considerable pesimismo en relación a la eficacia de los tratamientos para la PD. Los típicos programas han mostrado dificultades para poder manejar ambas patologías y los profesionales han demandando la implementación de tratamientos integrados teniendo en cuenta la alta prevalencia, el peor pronóstico y la alta mortalidad asociada a la PD. El tratamiento integrado mejora los síntomas psiquiátricos, reduce las recaídas, posee mayores tasas de adherencia, reduce los ingresos e incrementa el tiempo de abstinencia pero es parcialmente implementado en los servicios asistenciales y cuando se hace principalmente consiste en una combinación de psicofarmacología y psicoterapia (Brunette et al., 2001; Mueser & Gingerich, 2013). Existe una tendencia a minimizar otras factores colaterales que provocan la escasa implementación de este modelo y que repercuten directamente en los tratamientos como es el alto porcentaje de inestabilidad profesional y la rotación de empleados entre los profesionales que trabajan en este sector, la falta de una doble farmacoterapia (una para el trastorno psiquiátrico y otra para la dependencia a sustancias), las características de personalidad que influyen en el desarrollo y evolución de la enfermedad (Tiet & Mausbach, 2007; Craig et al., 2008; Pettinati et al., 2013; Szerman et al., 2014) así como la menor eficacia de la medicación psiquiátrica como consecuencia del TUS (por ejemplo, la reducción de receptores dopaminérgicos de pacientes duales adictos a la cocaína con trastornos psicóticos comórbidos parece reducir la eficacia de los

antipsicóticos). Estos resultados hacen énfasis en la necesidad de comprender los factores que influyen en la etiología, evolución y pronóstico de la PD.

Personalidad

El estudio de la personalidad en pacientes con PD es un motivo de creciente interés. La mayoría de trabajos se han centrado en investigar la relación existente entre la PD y los trastornos del eje II del DSM-5 (Kessler et al., 1994; Rubio et al., 2002; Hasin et al., 2011; Szerman et al., 2011; Arias et al., 2013), los cuales pueden llegar a ser hasta cuatro veces más prevalentes en muestras clínicas que en población general (Torrens, 2008; Peris & Balaguer, 2010; Mueser & Gingerich, 2013; Araos et al., 2014). Cada vez son mayores las líneas de investigación que surgen para analizar rasgos de personalidad y su influencia tanto en los TUS como en el desarrollo y evolución de ciertas enfermedades mentales. En esta línea, sin embargo, los estudios todavía son escasos y los resultados no son concluyentes debido a ciertos problemas metodológicos como las características de la muestra (género, edad, tamaño), sustancias de consumo, instrumentos de evaluación, etc...

En el estudio de la personalidad existen múltiples autores, teorías y dimensiones, lo que dificulta el poder encontrar datos concordantes y la replicación de las conclusiones obtenidas. Debido a la imposibilidad de poder abarcar todo el conocimiento existente al respecto, hemos considerado oportuno delimitar nuestro foco

de estudio. En nuestra investigación, nos hemos centrado en estudiar la personalidad en PD desde las teorías de los rasgos, en concreto mediante dos modelos psicobiológicos de personalidad, el modelo de Temperamento y Carácter de Cloninger y el modelo de los Cinco Factores Alternativos de Zuckerman-Kuhlman. Además, profundizaremos en la impulsividad, uno de los rasgos de personalidad más directamente relacionado con el consumo de sustancias (Dougherty et al., 2004; Clark et al., 2006; Pedrero, 2009; Kjome et al 2010; Tziortzis et al., 2011).

La evidencia actual sobre la importancia de la personalidad patológica en la etiología del uso de sustancias se desprende de las investigaciones que han remarcado la alta prevalencia entre los trastornos de personalidad (TP) y TUS (Bricolo et al., 2002; Torrens & Martínez-Sanvinsens, 2009; Roncero et al., 2010; Sánchez-Peña et al., 2012) así como estudios longitudinales que muestran como ciertos rasgos de personalidad pueden ser factores de riesgo en el desarrollo de conductas adictivas (Calvete & Estévez, 2009; Echeburúa, Bravo de Medina & Aizpiri, 2008; Arias 2013). No acaba de ser concluyente si los rasgos de personalidad predicen la dependencia a sustancias, si el consumo de sustancias es causa de ciertos rasgos de personalidad o qué influencia tiene la enfermedad mental en el desarrollo de TUS. Por ello se hace necesario el desarrollo de más estudios en esta línea.

Para contribuir a una mayor comprensión al respecto, a continuación haremos un conciso recorrido conceptual sobre los rasgos de personalidad y la impulsividad, los modelos teóricos en los que se sustentan y su relación con la enfermedad mental, la adicción y, consecuentemente, con la PD.

2.1. MODELOS TEÓRICOS DE LA PERSONALIDAD E IMPULSIVIDAD

Durante muchos años se ha dado gran importancia al concepto de personalidad para dar explicación a cómo, por qué y para qué se comportan las personas como causa de distintos factores (ambientales, biológicos, sociales). La personalidad puede definirse como una estructura de características psicológicas, conductuales, emocionales y sociales que se desarrollan a partir de la interacción de los elementos biológicos y ambientales. El estudio de la personalidad se inició en la época de los griegos quienes se interesaron en personificar diferentes papeles en el teatro para lo que los actores utilizaban máscaras con que representar distintos estilos de vida. Asumían diferentes personalidades dentro de una misma persona. En la época clásica, se dió un concepto de personalidad como algo sustancial y no asumido, algo que no se construye sino que se encuentra en si mismo, parte de su esencia. En la filosofía medieval, se fue perfilando el concepto añadiéndose nuevos aspectos éticos y distintivos del sujeto (Morales, 2007; Hernáñez & Fernández, 2012).

Una de las primeras tipologías de la personalidad fue la desarrollada por Hipócrates entre 460 y 357 A.C. Este autor establecía que las enfermedades eran causadas por un desequilibrio de los fluidos corporales originando cuatro personalidades diferentes: sanguíneo, colérico, flemático o melancólico. A partir de esta clasificación, las teorías de la personalidad empezaron a incrementar su interés en un intento de determinar la descripción de la personalidad (Dolcet, 2006). Existen dos conceptos clave para definir la personalidad (Montaño, Palacios & Gantía, 2009; Seelbach, 2013):

Temperamento. Hace referencia a la base genética de la personalidad que determina ciertas características de la cognición, conducta y la emoción.

Carácter. Grado de organización moral, control y autoregulación a fin de poder adaptarse al medio. Es una combinación de sentimientos y valores que se adquieren a lo largo del desarrollo mediante la interacción social y el lenguaje.

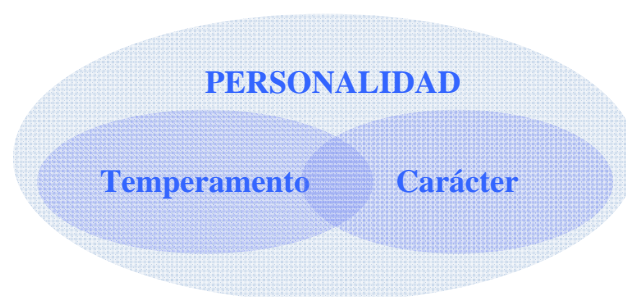


Figura 6: Conceptualización de la personalidad.

La estructura de personalidad es estable, permanente y continua a pesar que se puede ir modulando según los eventos. Desde el nacimiento, cada persona tiene su propia personalidad, aunque ésta no es un determinante sino más bien hace referencia a ciertas características propias, que con el tiempo y la influencia de ciertos factores se irá estructurando y modificando. Algunas teorías dan importancia a las primeras etapas de la infancia, otras a la herencia, mientras que otras dan valor a la influencia del medio como factor clave en el desarrollo de la personalidad. Existen diferencias de criterios y

opiniones según los autores sobre el peso que tienen el temperamento o el carácter en la constitución y desarrollo de la personalidad. Mientras que para unos el temperamento es un factor clave, para otros es el carácter el que determina la personalidad. A pesar de la gran diversidad, todas intentan abundar en un mayor grado de conocimiento sobre la personalidad, su conceptualización y clasificación.

Modelos teóricos de la personalidad

El cometido de las teorías de los rasgos es imponer algún orden en la enorme cantidad posible de rasgos que determinan la personalidad. Los psicólogos disposicionales han intentado identificar, a través de tres métodos, los rasgos y tipos fundamentales de la personalidad (Liebert & Langenbach, 2000):

- **Aproximación lexicológica:** se basa en la premisa de que mientras más importante sea un rasgo con mayor frecuencia aparecerá en el lenguaje ordinario.
- **Aproximación teórica:** recurre a la teoría para indicar qué rasgos humanos son más importantes. Por ejemplo la teoría psicoanalítica sugiere que la fuerza del yo es una dimensión en la que las personas difieren.
- **Aproximación estadística:** analiza grandes conjuntos de datos acerca de muchas personas para identificar los factores básicos que subyacen a ese conjunto de datos. El análisis factorial es el instrumento preferido de este tipo de investigación.

El interés por agrupar a la gente por rasgos se inició en la época de Hipócrates y continuó con Sheldon quien también ofreció una tipología de la personalidad basada en la estructura del cuerpo (Dolcet, 2006; Schultz & Schultz, 2010). Los teóricos de los rasgos entienden la personalidad no exclusivamente como causa de factores genéticos sino que esos factores genéticos están en relación con factores sociales y ambientales que determinan en conjunto la expresión de los mismos (Pervin, 1998). Se trata de un

enfoque interaccionista, la personalidad depende de la interacción entre variables individuales y situacionales.

El análisis factorial es la herramienta principal de estas teorías, un procedimiento estadístico que se basa en el concepto de correlación y que se utiliza para identificar patrones de conducta (Cloninger, 2000) y para buscar los rasgos fundamentales de la personalidad. Los rasgos son las unidades de personalidad que tienen valor predictivo. Un rasgo es un constructo teórico que describe una dimensión básica de la personalidad. Se han propuesto y medido cientos de rasgos, lo que dificulta la creación de una teoría cohesiva de la personalidad. Dentro de estos modelos se puede hablar de dos grandes grupos. Los modelos léxico-factoriales como el desarrollado por Cattell, Eysenck o McCrae & Costa y los modelos biológico-factoriales como el de Cloninger y el de Zuckerman. Ambos grupos pretenden identificar la estructura de la personalidad pero mientras que los modelos léxicos utilizan la metodología del análisis factorial para desarrollar modelos descriptivos identificando las diferencias individuales codificadas en el lenguaje natural, los modelos biológicos consideran que las diferencias individuales en personalidad vienen explicadas por los mecanismos biológicos que sustentan los procesos de aprendizaje, emoción y motivación y vuelcan mucha parte de su esfuerzo en conseguir que sus modelos de la personalidad no sean sólo descriptivos, si no que sean también explicativos, pragmáticos y causales ligados a la psicología aplicada (Dolcet, 2006; Morales, 2007).

A continuación nos detendremos en exponer los modelos teóricos más relevantes, tanto desde las teorías léxico-factoriales como desde las biológico-factoriales.

2.1.1. Teoría de la personalidad de Allport (1937)

Tras interesarse por múltiples definiciones de la personalidad Allport la definió como una *organización dinámica interna de los sistemas psicofísicos del individuo que determinan su conducta y pensamiento* (Rosenzweig & Fisher, 1997; Cloninger, 2000). La estructura genética interactúa con el ambiente (Liebert & Langenbach, 2000). No

utilizó el análisis factorial para determinar los rasgos ya que destacó la importancia de la investigación idiográfica profundizando en el estudio de los patrones y la organización del funcionamiento individual en comparación con la investigación nomotética o el estudio de las diferencias individuales estándar de la personalidad (Rosenzweig & Fisher, 1997; Jayme, 2009). Debido a ello probablemente su influencia en las teorías del rasgo ha sido escasa. Consideraba los rasgos de personalidad como formas consistentes y duraderas de reaccionar frente al entorno que clasificó según la siguiente tabla (Liebert & Langenbach, 2000):

CLASIFICACIÓN DE LOS RASGOS

Rasgos comunes	Aquellos compartidos por varias personas
Disposiciones personales	Rasgos propios de un individuo en contraste con los que comparten varias personas
Rasgos cardinales	Rasgos humanos más generalizados y potentes que influyen en la mayoría de aspectos de la vida
Rasgos centrales	Rasgo sobresaliente que describe el comportamiento de una persona
Rasgos secundarios	Rasgos menos influyentes que se pueden mostrar de una manera discreta e irregular

Tabla 2: Clasificación de los rasgos según la teoría de la personalidad de Allport. Adaptado de Cloninger (2000).

Allport dedicó más importancia a la evaluación de la personalidad que otros teóricos, mostrando especial interés por estas dos técnicas:

Método de documentos personales: consiste en examinar diarios, autobiografías, cartas y otras muestras de registros escritos o hablados de una persona para determinar el número y tipo de rasgos de su personalidad.

Estudio de valores: propuso los valores personales como rasgos de personalidad que representan motivaciones e intereses. Las categorías de valores eran:

VALORES PERSONALES

Valores teóricos	Relacionados con el descubrimiento de la verdad y se caracterizan por una actitud intelectual, empírica y racional frente a la vida
Valores económicos	Conciernen a lo que es útil y práctico
Valores estéticos	Remiten a las experiencias artísticas como la forma, armonía y gracia
Valores sociales	Reflejan las relaciones humanas, altruismo y la filantropía
Valores políticos	Se centran en el poder personal, la influencia, el prestigio en todas las actividades
Valores religiosos	Se refieren a la mística y a la comprensión del universo entero

Tabla 3: Clasificación de los valores personales desarrollados por Allport en su modelo teórico. Adaptado de Brody & Ehrlichman (2000).

2.1.2. Teoría de los rasgos de Cattell (1945)

La meta que perseguía Cattell en su estudio de la personalidad era predecir cómo se comportaría un individuo frente a una situación determinada. A diferencia del resto de teóricos, no estaba interesado en la conducta anormal o patológica. Él estudiaba a sujetos normales intentando conocer su personalidad (Jayme, 2009).

Su teoría no se originó en un entorno clínico. Adoptó un método rigurosamente científico basándose en observaciones conductuales y utilizando el análisis factorial para determinar la relación entre varias medidas tomadas a un grupo de sujetos con el propósito de detectar factores comunes. Analizaba las puntuaciones de dos pruebas psicológicas a fin de encontrar su correlación. Si la correlación era elevada, concluía que medían aspectos similares de personalidad. Combinaba dos conjuntos de datos referentes a un individuo para obtener una sola dimensión o factor que describiera la información extraída. A estos factores comunes los llamaba rasgos, entendidos como elementos mentales de la personalidad (Liebert & Langenbach, 2000).

Cattell definió los rasgos como tendencias relativamente permanentes y los consideraba las estructuras básicas de la personalidad. Distinguió entre diferentes tipos de rasgos (Jayme, 2009):

CLASIFICACIÓN DE LOS RASGOS

Rasgos comunes	Son el tipo de rasgo que tiene todo el mundo presente en mayor o menor grado. Son universales y heredables
Rasgos únicos	Son aquellos rasgos de personalidad que comparten pocas personas y se manifiestan mediante los intereses y actitudes
Rasgos de capacidad	Determinan la eficiencia con la que podemos esforzarnos para alcanzar la meta
Rasgos de temperamento	Describen el estilo general y el tono emocional de la conducta
Rasgos dinámicos	Son la fuerza que da origen a nuestras motivaciones e impulsan nuestro comportamiento
Rasgos superficiales	Formados por varios factores fuentes. Son inestables y se debilitan o fortalecen en diferentes situaciones
Rasgos fuente	Son factores unitarios, estables y permanentes de la personalidad. Son los factores básicos de la conducta obtenidos mediante análisis factorial
Rasgos de constitución	Son rasgos fuente que tienen origen biológico
Rasgos moldeados por el entorno	Son rasgos fuente que se originan en el entorno

Tabla 4: Clasificación de los rasgos según la teoría de personalidad de Cattell. Adaptado de Liebert & Langenbach (2000).

Para medir la personalidad con objetividad utilizó tres técnicas fundamentales (Larse & Buss, 2005; Jayme, 2009):

Datos Q (Questionnaire): uso de cuestionarios mediante los cuales los propios sujetos se califican a si mismos.

Datos T (Test): obtenidos de test objetivos que implican un instrumento de medición indirecto donde el propósito del test está oculto y no podía ser falseado. Las medidas proyectivas y los tests psicofisiológicos son un ejemplo.

Datos L (Life): se trata de conductas externas que se pueden observar y que ocurren en un contexto natural y no en uno artificial como un laboratorio.

Cattell (1993) elaboró su famoso cuestionario 16PF (16 factores de personalidad) que se ha traducido a más de 40 idiomas y usado para evaluar otros rasgos como la ansiedad, neuroticismo y depresión (Pervin, 1998; Liebert & Langenbach, 2000). Consta de 185 ítems de opción múltiple y cada una de las escalas mide un rasgo de la personalidad (Aluja & Blanch, 2004; Djapo et al., 2011).

ESCALAS DEL CUESTIONARIO 16PF

Factor	Alta puntuación	Baja puntuación
A	Afectotimia: abierto, afectuoso, sereno	Sizotimia: reservado, alejado, aislado
B	Inteligencia alta	Inteligencia baja
C	Mucha fuerza del ego: emocionalmente estable, maduro	Poca fuerza del ego: inestable emocionalmente
E	Dominancia: dominante, agresivo, independiente	Sumisión: sumiso, apacible, manejable
F	Surgencia: descuidado, entusiasta	Desurgencia: sobrio, taciturno, serio
G	Mucha fuerza del superego: concienzudo, moral	Poca fuerza del superego: oportunista, despreocupado
H	Parmia: emprendedor, atrevido	Trectia: cohibido, tímido, sensible
I	Premia: sensible, bondadoso, dependiente	Harria: realista, confiado en sí mismo
L	Protensión: suspicaz, difícil de engañar	Alaxia: confiable, adaptable
M	Autia: imaginativo, distraído	Praxernia: práctica, convencional
N	Astucia: calculador, astuto, mundano	Ingenuidad: franco, directo, auténtico

O	Propensión a la culpa: aprensivo, con remordimientos, inseguro	Adecuación imperturbable: apacible, seguro de sí, satisfecho
Q ₁	Radicalismo: analítico, crítico, experimental	Conservadurismo: conservador, de ideas tradicionales
Q ₂	Autosuficiencia: ingenioso, independiente, lleno de recursos	Adherencia al grupo: dependiente del grupo, dependiente
Q ₃	Mucho control de su autoimagen: controlado, compulsivo	Baja integración: autoconflictivo, relajado, descuidado
Q ₄	Mucha tensión energética: tenso, frustrado, sobreexcitado	Poca tensión energética: relajado, tranquilo, aletargado

Tabla 5: Escalas del Cuestionario 16PF de Cattell. Adaptado de Liebert & Langenbach (2000).

El conjunto de puntuaciones en todos los factores es el perfil de personalidad del individuo. Los 16 factores de personalidad no son del todo independientes entre sí sino que existen correlaciones entre ellos pudiendo ser condensados en dos factores de segundo orden (Schultz & Schultz, 2010):

Extroversión: caracterizada por alta presencia de los factores A, F y H. Con base genética, los extrovertidos reaccionan ante estímulos del mundo exterior mientras que los introvertidos responden a las ideas.

Ansiedad: también denominado neuroticismo, se define por la alta presencia de los factores C, O, L, Q₃ y Q₄. Las personas con puntuaciones altas suelen estar preocupados, ansiosos y sentirse culpables.

2.1.3. Modelo teórico de Eysenck (1967; 1985)

El modelo de personalidad de Eysenck tiene una fuerte influencia de las teóricas tipológicas griegas (Galeno e Hipócrates) pero a diferencia de estos modelos, que proponían el tipo como una categoría excluyente y pura, para Eysenck el tipo es más una dimensión continua y cuantitativa (Squillace, Picón & Schmidt, 2011; Figueroa,

2013). Asimismo, presenta una gran influencia experimental, combinando procesos correlacionales con psicofisiológicos que dan lugar a las diferencias individuales (Rushton, 2001; Morales 2007). La teoría resultante, el **Modelo PEN**, se enmarca dentro de los modelos psicobiológicos de la personalidad y describe tres dimensiones primarias, heredables y con base fisiológica:

E: Extraversión. Inicialmente basó esta dimensión en los conceptos de excitación/inhibición del modelo de Pavlov, proponiendo la *Teoría de la inhibición cortical* para explicar las diferencias individuales en extraversión e introversión (Figuroa, 2003; Cale, 2006). Los sujetos extrovertidos se caracterizarían por una mayor inhibición cortical que generaría la necesidad de encontrar ambientes más estimulantes mientras que los introvertidos presentarían una elevada excitación cortical ante conductas más relajadas (Eysenck, 1971; 1997; Matthews & Gilliland, 1999; Martínez-Zaragoza, 2001). Esta teoría se basa en la idea de que un nivel moderado de activación es agradable mientras que niveles bajos o altos pueden resultar negativos. Pero este modelo resultó poco explicativo a la hora de relacionarlo con bases fisiológicas, por lo que posteriormente creó la *Teoría del Arousal Óptimo* (Eysenck, 1987), donde la activación cortical depende del Sistema Activador Reticular Ascendente (SARA) o, estructura encargada de la regulación del arousal. Así, las personas extrovertidas presentarían una inhibición del sistema SARA y de la activación cortical mientras que los introvertidos una mayor activación del SARA generando comportamientos inhibidos (Eysenck, 1970; 1987; Morales, 2007).

N: Neuroticismo. Dimensión relacionada con los niveles de activación emocional vinculados al sistema nervioso autónomo, regulado por el sistema límbico y el hipotálamo (Eysenck, 1970, 1987; Matthews & Gilliland, 1999; Cale, 2006). El sistema límbico actúa con bastante independencia del sistema SARA (Figuroa, 2013). Niveles altos en esta dimensión se relacionan con la experimentación de sentimientos de ansiedad, tristeza, preocupación, culpa, timidez, irritabilidad y tensión (Brunas-Wagstaff et al. 1995; Squillace et al., 2011).

P: Psicoticismo o dureza emocional. En un primer momento el constructo reflejaba cierta vulnerabilidad a desarrollar conductas psicóticas, pero posteriormente los estudios lo relacionaron con la dureza emocional y la tendencia a presentar conductas poco empáticas, impulsivas y antisociales (Cale, 2006; Squillace et al., 2011). Inicialmente la dimensión se vinculó a la función serotoninérgica y posteriormente se relacionó con la dopaminérgica (Eysenck, 1970; 1997).

Para Eysenck, la impulsividad es un concepto complejo constituido por 4 subdimensiones (Morales, 2007; Squillace et al., 2011; Figueroa, 2013):

Impulsividad en sentido estricto. Actuar de manera irreflexiva y rápida, atendiendo únicamente a las ganancias inmediatas. Se basa en la dimensión neuroticismo y psicoticismo.

Toma de riesgos. Realización de actividades que conlleven obtener recompensas y castigos. Basada en las dimensiones de extraversión y psicoticismo.

Capacidad de improvisación. Capacidad para actuar sin planificar. Basada en la dimensión psicoticismo.

Vitalidad. Entendida como energía y actividad y basada en la dimensión extraversión.

El concepto de impulsividad ha ido evolucionando a lo largo de su teoría, ubicándola inicialmente en la dimensión Extraversión (Brunas-Wagstaff et al., 1995; Chico, 2000) para más tarde, y debido a las críticas recibidas sobre la no convergencia de la sociabilidad con la dimensión impulsividad, diseñar un nuevo instrumento denominado **EPQ** (*Eysenk Personality Questionnaire*) que demostraba que la sociabilidad correlacionaba más con la Extraversión que la impulsividad (Roberti, 2004; Mobbini et al, 2007). Por ello decidió eliminarla de la dimensión Extraversión para

incluirla en Psicoticismo, ya que al parecer la impulsividad estaba más relacionada con conductas antisociales que con la sociabilidad.

Para su evaluación, Eysenck elaboró el *Impulsiveness Questionnaire (I5)* (Eysenck & Folkard, 1980) que consta de 63 ítems distribuidos en las escalas Impulsividad (22 ítems), Atrevimiento (29 ítems) y Empatía (22 ítems). Posteriormente, reformuló el cuestionario creando el *Impulsiveness-Venturesomeness-Emphaty Questionnaire (IVE-7)* (Eysenck, 1987) y reduciéndolo a 54 ítems de respuesta verdadero/falso (Marsh et al., 2002; Chico et al., 2003; Leshem & Glickshon, 2007; Ouzir, 2013).

2.1.4. Teoría de los Cinco Factores de la personalidad de McCrae & Costa (1976)

McCrae & Costa iniciaron su estudio de la personalidad a través del análisis factorial de las palabras que la gente utilizaba en el lenguaje cotidiano para describir la personalidad (Aluja & Blanch, 2002; Jayme, 2009). La razón parte de suponer que si la gente hace referencia en su lenguaje a las diferencias individuales, analizando ese lenguaje se podría determinar cuáles son las dimensiones importantes de la personalidad. Consideraban la personalidad como la interacción entre temperamento, carácter e inteligencia.

Es el modelo que se considera más representativo para explicar la personalidad debido al hecho que los cinco factores han sido observados tanto en la cultura oriental como en la occidental, sustentando sus propiedades genéticas. Las cinco grandes dimensiones de la personalidad son (Liebert & Langenbach, 2000; Dolcet, 2006; Schultz & Schultz, 2010):

Neuroticismo. Dimensión relacionada con la afectividad negativa como la ansiedad, miedo o ira. Las personas con alto neuroticismo presentan mayor hipersensibilidad emocional, más preocupación y ansiedad y mayores dificultades para recuperarse de experiencias emocionalmente intensas. En cambio, las personas con bajo

neuroticismo suelen mostrarse equilibrados, controlados y despreocupados, con mayor capacidad para controlar las situaciones y volver con facilidad a un estado normal.

Extroversión. Las personas con elevada extroversión suelen ser activos, asertivos, enérgicos y optimistas mientras que las personas con puntuaciones bajas suelen ser reservados, controlados, previsores, desconfiados y con menor interés en las relaciones interpersonales.

Apertura a la experiencia. Los sujetos con apertura a la experiencia son creativos, imaginativos, curiosos e interesados por las ideas nuevas y los valores no convencionales. En contraposición, los de baja apertura suelen ser conservadores en su conducta y apariencia, con tendencia a seguir los caminos marcados y prefiriendo lo conocido a lo novedoso.

Amabilidad. Dimensión basada en las relaciones interpersonales. Los sujetos con alta amabilidad son altruistas, confiados y solidarios, preocupados por sus necesidades y suelen mostrarse empáticos en sus relaciones con los otros. En cambio, las personas con baja amabilidad suelen ser fríos, competitivos, con poca preocupación e interés por los demás y con uso de la manipulación, e incluso la violencia, para obtener lo que desean.

Responsabilidad. Concebida como el autocontrol, la planificación y la organización. Las personas con elevada responsabilidad suelen ser ordenadas y reflexivas, con tendencia a pensar antes de tomar una decisión y con un sentido del deber pronunciado. Por el contrario, las personas con baja responsabilidad suelen tener poca capacidad para controlar sus impulsos, son irreflexivas, con dificultad para la organización y planificación así como para respetar las normas sociales.

El cuestionario inicial para evaluar estas dimensiones es el *Inventario NEO-PI*, desarrollado por McCrae & Costa (1985). En su primera versión, el cuestionario sólo

incluía las tres primeras dimensiones de personalidad evaluadas a través de 181 ítems autoadministrados. Posteriormente, en 1992 se diseñó el *Inventario-NEO-PI-R*, el más utilizado en la actualidad, que mide las cinco dimensiones de personalidad. Consta de 240 ítems, con una fiabilidad interna que oscila entre 0,86 y 0,93 y que se ha traducido y validado en múltiples idiomas (Aluja & Blanch, 2002; Ruiz & Jiménez, 2004).

2.1.5. Modelo de los cinco factores alternativos de Zuckerman-Kuhlman (1993)

Zuckerman desarrolló su modelo de personalidad de cinco factores basado en aspectos biológicos y en las teorías de Eysenck y Gray (Zuckerman et al., 1993; Brocke, Beauducel & Tasche, 2008). Denominó a su modelo alternativo para diferenciarlo del modelo *Big Five* de McCrae & Costa (Morales, 2007) y defendía el estudio léxico de la personalidad, analizando el uso del lenguaje en relación a la descripción de la personalidad pero sin dejar al margen la influencia que la genética y la biología pueden tener sobre la expresión y definición de los rasgos de personalidad (Gomà-i-Freixanet & Valero, 2008).

Zuckerman elaboró su teoría de la personalidad partiendo del concepto de Búsqueda de sensaciones definida como la “*necesidad de recibir sensaciones nuevas, variadas y complejas procedentes de experiencias con la voluntad de sentir riesgos físicos y sociales al tomar parte de esas experiencias*” (Zuckerman et al., 1991; Hernáñez & Fernández, 2012). Se trata de una dimensión que junto a la impulsividad está muy relacionada con conductas de riesgo como el consumo de drogas o las conductas sexuales de riesgo (Zuckerman & Kuhlman, 2000; Brocke et al., 2008).

Mediante análisis factoriales propuso una nueva estructura de personalidad formada por cinco dimensiones con su propio correlato biológico, implicando diversos procesos de transmisión neuronal. Las personas con puntuaciones elevadas en búsqueda de sensaciones suelen tener niveles bajos de la enzima monoaminooxidasa (MAO) lo que provoca una afectación de la dopamina, serotonina y noradrenalina, alterando las

conductas de aproximación y evitación. Los sujetos con bajos niveles de MAO tienden a presentar elevada búsqueda de sensaciones, muestran respuestas de orientación intensas y respuestas débiles de defensa lo que implica un nivel de activación cortical inferior (Chico, 2000). Con lo que reafirma que la MAO tiene un efecto directo sobre los mecanismos biológicos que regulan los cinco factores de personalidad (Hittner & Swickert, 2006; Figueroa, 2013).

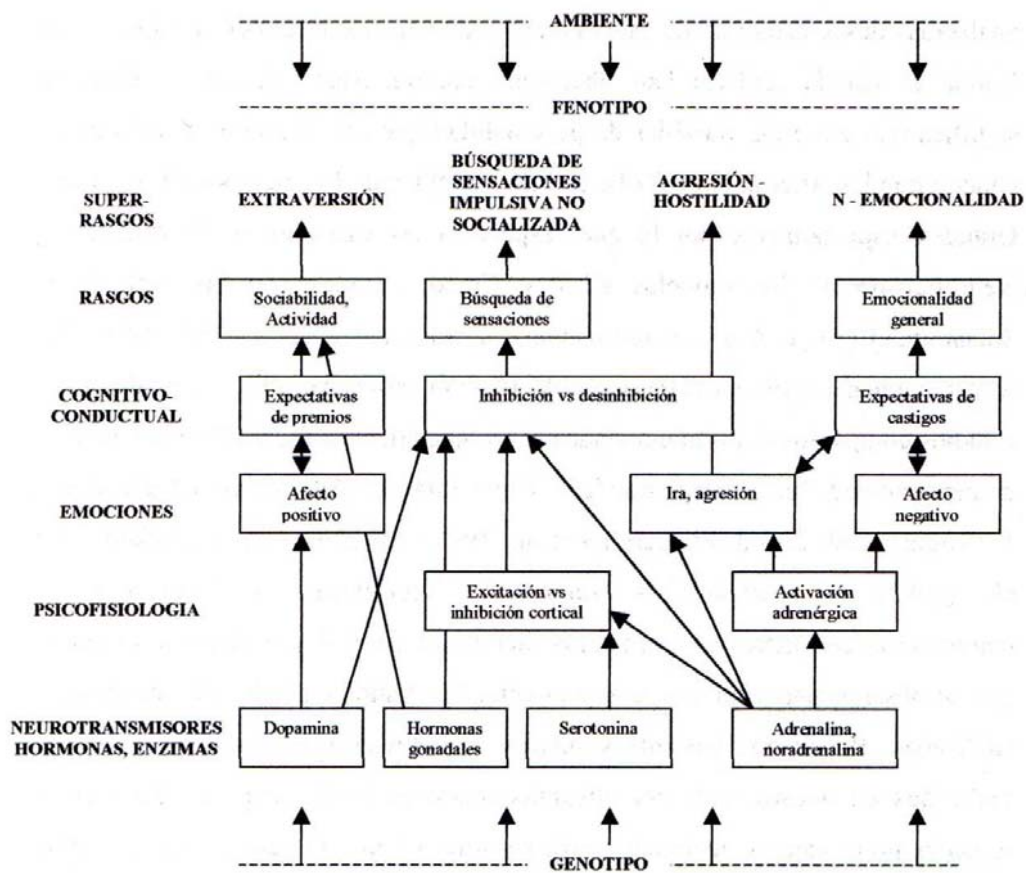


Figura 7: Conceptualización de la personalidad desde el modelo de los cinco factores alternativos de Zuckerman-Kuhlman. Tomado de Dolcet (2006).

Los cinco factores de personalidad que define Zuckerman en su modelo son los siguientes (Zuckerman et al., 1993; Gomà-i-Freixanet et al., 2004; Rossier et al., 2012):

Neuroticismo-Ansiedad. Relacionado con el miedo, la prudencia, la cautela y la atención que realmente requieren situaciones de peligro. El sistema neurotransmisor GABA, responsable de la inhibición en nuestro sistema nervioso, se ha implicado como mecanismo biológico en este factor. La falta de una suficiente inhibición se relaciona con trastornos de ansiedad y también con dificultades para conciliar y mantener el sueño.

Actividad. Se conceptualiza como la necesidad de tener una actividad diaria continua, junto a la preferencia por trabajos desafiantes así como un alto grado de energía para trabajar y hacer varias cosas a la vez. Se requieren niveles adecuados en el neurotransmisor dopamina para una actividad adecuada aunque recientemente se ha apuntado la posible implicación de la hormona cortisol, permitiendo que la actividad se ajuste a los momentos que se requiera.

Sociabilidad. Este factor considera la preferencia por estar acompañado de otros y el gusto para asistir a fiestas y reuniones sociales en contraste con la soledad. Su función evolutiva es la de establecer lazos afectivos, el trabajo cooperativo y la defensa y protección de la especie. La sociabilidad se ha relacionado con el funcionamiento de la noradrenalina, encargada de regular los niveles de activación del sistema nervioso central.

Impulsividad y Búsqueda de sensaciones. La impulsividad considera la falta de planificación y la tendencia a actuar sin pensar. La Búsqueda de sensaciones se refiere a la necesidad general de aventura y excitación y a la voluntad de asumir riesgos por el mero hecho de vivirlos. La función evolutiva que se le atribuye es la de ser capaz de responder de forma rápida ante situaciones inciertas y urgentes, la capacidad de buscar territorios desconocidos para obtener nuevos recursos y la exposición a posibles peligros para garantizar la supervivencia. La consideración de la Impulsividad y la Búsqueda de sensaciones en un mismo factor se basa en las estrechas relaciones que entre ambas se establecen tanto a nivel biológico como conductual. Existen parámetros biológicos relacionados con este factor como los niveles de hormonas gonadales y de los neurotransmisores serotonina y dopamina.

Agresividad-Hostilidad. Se conceptualiza con mostrar un comportamiento grosero y descuidado con los otros, la disposición a la venganza, el rencor e impaciencia. Cumple con la función evolutiva de marcar límites, defender el territorio así como de conseguir recursos para la supervivencia. Las personas con puntuaciones elevadas tienden a relacionarse con menos habilidades sociales y de una forma más directa o incluso hostil. La noradrenalina y adrenalina, responsables de la activación del sistema nervioso central y autónomo respectivamente, se han relacionado con este factor. Niveles excesivos de ambos pueden subyacer a niveles elevados de Agresividad-hostilidad.

Para la evaluación de la personalidad, Zuckerman elaboró inicialmente la **Escala de Búsqueda de Sensaciones (SSS)**, una escala de 40 ítems de elección forzada dividida en cuatro subescalas de 10 ítems cada una: Búsqueda de emoción y aventura, Búsqueda de experiencias, Desinhibición y Susceptibilidad al aburrimiento. Las dimensiones presentan una consistencia interna adecuada entre 0.83 y 0.86, y el cuestionario ha sido traducido a varios idiomas y aplicado en distintas poblaciones (Chico, 2000; Palacios, 2015). El **Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ)** se desarrolló para la medición de los cinco rasgos básicos de la personalidad (Zuckerman et al., 1993; Zuckerman & Kuhlman, 2000; Rossier et al., 2012), mediante 99 ítems que se puntúan entre 0 y 1 con algunos de ellos que deben invertirse previa corrección. El test añade la escala de infrecuencia, evaluada a través de 10 ítems, que permite detectar falta de atención o deseabilidad a la hora de responder al cuestionario (Gomà-i-Freixanet et al., 2008). Una puntuación en esta escala con valores superiores a 4 indica que el test no es válido. El cuestionario se ha mostrado sensible para describir conductas de riesgo como el consumo de drogas, características psicopatológicas así como la eficacia terapéutica (Gomà-i-Freixanet et al., 2004; Gomà-i-Freixanet & Valero, 2008) y ha sido traducido y validado a diferentes idiomas. La profesora Montserrat Gomà-i-Freixanet (<http://grupsderecerca.uab.cat/zkpq/es>) es de los autores que más trabajo ha desarrollado para determinar las propiedades psicométricas del ZKPQ y aportar baremos poblacionales según sexo y edad. A grandes rasgos, las mujeres aportan valores

superiores en Neuroticismo-Ansiedad y Sociabilidad mientras que los hombres en el factor Impulsividad-Búsqueda de sensaciones (Gomà-i-Freixanet & Valero, 2008).

Posteriormente, se ha desarrollado una versión reducida del cuestionario, el *Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire-50-CC (ZKPQ-50-CC)* que inicialmente constaba de 35 ítems, 7 ítems para cada una de las dimensiones de personalidad. Tras realizar varias revisiones del mismo, el cuestionario se perfeccionó dando lugar finalmente la última versión constituida por 50 ítems, 10 ítems para cada factor. Fue elaborada a la misma vez en cuatro idiomas (inglés, castellano, francés y alemán) y muestra propiedades psicométricas similares al ZKPQ (Aluja et al., 2006; Aluja & Blanch, 2011; Póo, Ledesma & López, 2013).

2.1.6. Modelo de personalidad psicobiológico de Cloninger (1986)

El modelo de Cloninger surgió con el objetivo de integrar conocimientos de la neurobiología, la psiquiatría, la personalidad y las teorías basadas en el aprendizaje. Cloninger intentó construir una teoría explicativa y predictiva que permitiera clasificar la patología pero también la personalidad normal (Gutiérrez-Zotes et al., 2004; Figueroa, 2013). Establece un número limitado de dimensiones de origen genético relacionadas con sistemas fisiológicos que interactúan a su vez con factores sociales y ambientales para desarrollar la personalidad. Partió de dos conceptos básicos para construir su teoría (Hernández & Fernández, 2012):

Temperamento. Referido a la predisposición emocional heredada, implica al sistema límbico y es estable desde la infancia hasta la etapa adulta siendo común en todas las culturas.

Carácter. Influido por el aprendizaje social y las expectativas culturales, referencia a las intenciones y actitudes. Se hereda en menor grado y el hipocampo y neocórtex son las estructuras que lo representan.

Se fundamenta en el modelo de personalidad de Allport y en la teoría de aprendizaje de Thorpe. Se interesa por los sistemas psicobiológicos que facilitan la adaptación al ambiente así como el aprendizaje resultante. Divide los sistemas de almacenamiento de la información en dos sistemas de memoria:

Memoria explícita o episódica. Relacionada con los hechos y eventos que se representan como palabras, imágenes o símbolos. Se procesa y almacena en el sistema córtico-límbico-diencefálico y es el que regula el carácter.

Memoria implícita o semántica. Involucrada con la ejecución de operaciones rutinarias que necesitan poca intervención de la conciencia, almacena recuerdos inconscientes. Se relaciona con el sistema córtico-estriado y regula el temperamento.

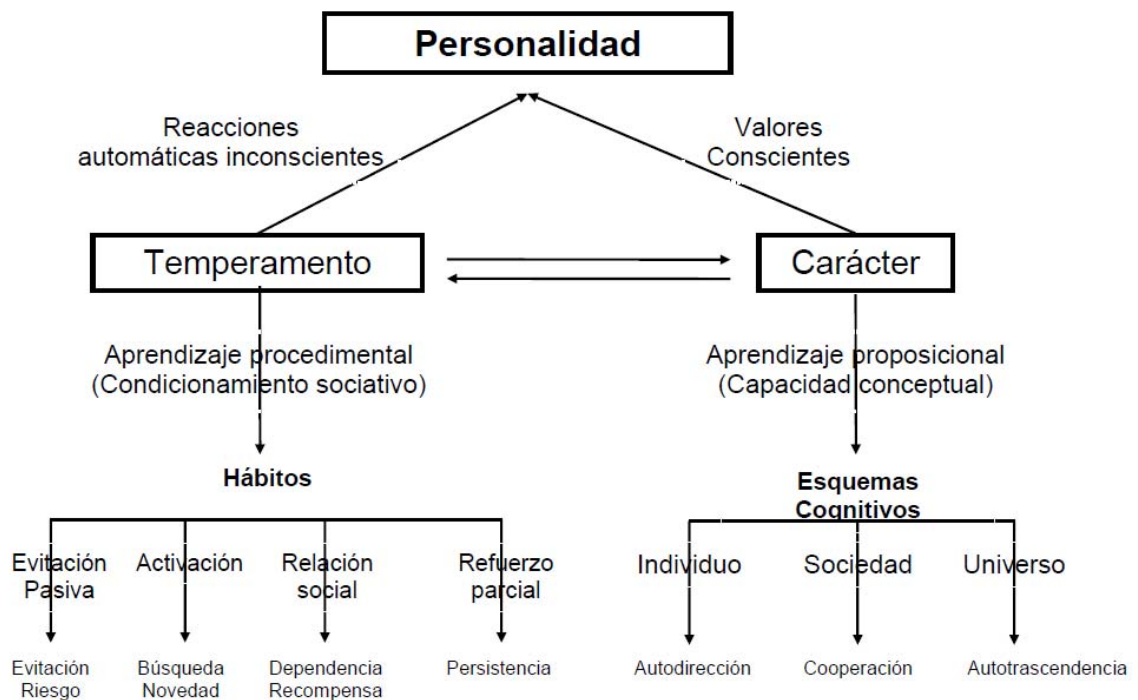


Figura 8: Conceptualización de la personalidad desde el modelo psicobiológico de Cloninger. Tomado de Dolcet (2006).

En su origen la teoría de personalidad de Cloninger proponía únicamente las tres primeras dimensiones de temperamento, pero el modelo fue ampliado posteriormente

hasta configurar el modelo de los 7 factores: 4 dimensiones de temperamento y 3 de carácter (Gana & Trouillet, 2003; Orengo et al., 2007; Montaña et al., 2009).

Dimensiones de Temperamento

Búsqueda de Sensaciones. Tendencia a responder intensamente a estímulos novedosos o a señales de recompensa y a evitar situaciones monótonas o aburridas. Puntuaciones bajas indicarían escasa respuesta ante la novedad, actitud reflexiva en la toma de decisiones y tolerancia a la frustración mientras que altas puntuaciones mostrarían curiosidad, aburrimiento, toma impulsiva de decisiones, y evitación activa a la frustración. Se relaciona con la actividad dopaminérgica y mesolímbica e incluye las siguientes subdimensiones: Excitabilidad exploratoria *vs.* Rigidez; Impulsividad *vs.* Reflexión; Excentricidad *vs.* Reserva y Desorden *vs.* Reglamentación estricta.

Evitación del daño. Predisposición a responder de forma intensa a estímulos aversivos y a desarrollar inhibición aprendida para evitar de forma pasiva el castigo. Puntuaciones bajas serían reflejo de conductas desinhibidas, actitud optimista ante el futuro e infravaloración del peligro mientras que puntuaciones elevadas indicarían la anticipación de problemas futuros, las conductas de evitación pasiva y la timidez ante los extraños. Está vinculada con una alta actividad serotoninérgica y se subdivide a su vez en cuatro subdimensiones: Ansiedad anticipatoria *vs.* Optimismo; Evitación de lo desconocido *vs.* Confianza; Timidez *vs.* Gregarismo y Fatigabilidad *vs.* Vigor.

Dependencia a la recompensa. Tendencia a responder intensamente a los premios y recompensas, evitación de dolor. Puntuaciones bajas implica actitudes independientes y solitarias, poca influencia de la presión social mientras que puntuaciones elevadas reflejan dependencia social y sensibilidad. Se relaciona biológicamente con bajo nivel noradrenérgico y se subdivide en las siguientes dimensiones: Sentimentalismo *vs.* Insensibilidad; Frialdad *vs.* Calidez; Reservado *vs.* Apertura a la comunicación e Independencia *vs.* Conformidad.

Persistencia. Definida como la capacidad de mantener y dirigir la conducta. Puntuaciones bajas muestran una tendencia a la inestabilidad, falta de constancia y frustración mientras que las puntuaciones elevadas indican perfeccionismo, ambición y perseverancia. Está regulada por el sistema noradrenérgico y se divide en: Esfuerzo *vs.* Resistencia al esfuerzo; Trabajo; Ambición y Perfeccionismo.

Dimensiones de Carácter

Autodirección. Evalúa la habilidad para regular y adaptar la conducta ajustándola a metas y valores. Puntuaciones bajas expresarían sentimientos de inferioridad, baja autoestima e inmadurez mientras que puntuaciones elevadas implican eficacia, madurez y capacidad de dirigir la conducta hacia objetivos. Relacionado con la presencia de una autoestima positiva en la infancia que se origina en una educación basada en la capacidad para mostrar afecto y fomentar la autonomía. Se subdivide en las siguientes dimensiones: Proyección de la culpa *vs.* Responsabilidad; Ausencia de metas *vs.* Orientación; Inercia *vs.* Recursos; Competición *vs.* Autoaceptación y Malos hábitos *vs.* Congruencia.

Cooperación. Muestra la capacidad para relacionarse con otras personas y dar importancia a los comportamientos éticos o prosociales. Puntuaciones elevadas indican sujetos tolerantes, empáticos y compasivos mientras que las bajas son síntoma de intolerancia, desinterés y rechazo social. Las subdimensiones que la componen son: Intolerancia social *vs.* Aceptación social; Insensibilidad *vs.* Empatía; Egoísmo *vs.* Tendencia a ayudar; Venganza *vs.* Compasión y Oportunismo *vs.* Con principios.

Autotrascendencia. Se relaciona con la espiritualidad, misticismo, el pensamiento mágico y con un sentimiento de conexión con el universo. La persona con baja autotrascendencia suele dar valor a lo que puede ser explicado científicamente y de manera objetiva. Se compone de las siguientes dimensiones: Cohibición *vs.* Abstracción; Autodiferenciación *vs.* Identificación transpersonal y Materialismo racional *vs.* Espiritualidad.

La interacción del temperamento y carácter es lo que configura finalmente la personalidad. El modelo de Cloninger se ha relacionado ampliamente con el uso y dependencia de sustancias (Miettunen et al., 2006; Pedrero, 2006; Orengo et al., 2007). En su interés por la personalidad del adicto, Cloninger definió dos tipos de alcoholismo. *Alcoholismo tipo I* caracterizado por una elevada evitación del daño y dependencia a la recompensa con una baja búsqueda de sensaciones. En cambio, las mismas condiciones pero con elevada búsqueda de sensaciones se relaciona con el *alcoholismo tipo II*, con mayor base genética (De Fruyt, Van De Wiele & Van Heeringen, 2000; Benito et al., 2006).

El primer cuestionario que desarrolló Cloninger para evaluar su modelo fue el *Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ)* (1987), un cuestionario autoadministrado de 100 ítems con respuesta dicotómica y en el que se evalúan las tres primeras dimensiones de temperamento (Gutiérrez-Zotes et al., 2004; Dolcet, 2006). Posteriormente demostró que la dimensión Persistencia tenía identidad propia y la separó de la Dependencia a la recompensa considerándola como la cuarta dimensión de personalidad. En 1993, añadió las 3 dimensiones de carácter desarrollando el modelo de 7 factores y creando la primera versión del *Temperament and Character Inventory (TCI)*. El test ha sido validado y traducido a múltiples idiomas (Gana & Trouillet, 2003; Miettunen et al., 2006; Pedrero, 2006). En 1999, se llevó a cabo una nueva revisión creando el *Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R)*, un cuestionario de 240 ítems con respuestas tipo Likert de 5 alternativas (De Fruyt et al., 2000; Cortés et al., 2010). Recientemente, se ha elaborado una versión reducida constituida por 140 ítems, el *Temperament and Character Inventory-140 (TCI-140)* que presenta una consistencia interna superior a 0,90 en la mayoría de escalas, lo que la ha convertido en una alternativa para una evaluación más rápida y reducida de la personalidad (Pedrero, 2006).

Modelos teóricos de la impulsividad

La impulsividad es un rasgo de personalidad de difícil definición por la falta de consenso entre los diversos autores que se han dedicado a su conceptualización. Sin embargo, la mayoría señalan una serie de características comunes en su definición (Ibañez, 2014):

- Tendencia a responder de forma impetuosa y sin reflexión previa.
- Actuar aparentemente sin premeditación.
- Dificultad para detener o inhibir acciones una vez iniciadas.
- Realización de conductas sin pensar en las consecuencias negativas de las mismas.
- Incapacidad para retrasar una conducta gratificante.

La *International Society for Research on Impulsivity (ISRI)* (www.impulsivity.org) define la impulsividad como *aquel comportamiento sin pensamiento adecuado, la tendencia a actuar con menos previsión que la mayoría de los individuos de la misma capacidad y conocimiento, y la predisposición a reacciones rápidas a estímulos internos o externos sin tener en cuenta las consecuencias negativas*. La impulsividad aparece como criterio diagnóstico en múltiples trastornos mentales como el trastorno límite y antisocial de la personalidad, el TDAH o la bulimia nerviosa (Whiteside & Lynam, 2001; Morales, 2007; Salvo & Castro, 2013; Ibañez, 2014). La impulsividad es un factor clave en la comprensión de los trastornos adictivos desde tres perspectivas distintas: como factor que predispone a su adquisición, como factor que multiplica el consumo y como mediador de la influencia de otros factores de vulnerabilidad (Pedrero, 2009).

A pesar del acuerdo sobre su importancia, el estudio de la impulsividad se ha caracterizado por la falta de consenso sobre su definición, las características y el número de dimensiones que lo componen (Miller et al., 2003; Loyola, 2011; Reise et al., 2013).

La multiplicidad de teorías y definiciones ha dado lugar a una gran variedad de instrumentos, cada uno caracterizado por un número diferente de factores y escalas. A continuación, se presentan los modelos teóricos más relevantes sobre impulsividad que muestran la conceptualización multidimensional del término, la falta de consenso entre los mismos y la dificultad de reducirlo a un único constructo.

2.1.7. Modelo de la sensibilidad al refuerzo de Gray (1971; 1987)

El concepto de impulsividad para Gray no se relaciona con el acto irreflexivo característico del modelo de Eysenk, sino con dos mecanismos adaptativos basados en la sensibilidad al castigo y la recompensa (Morales, 2007; Becerra, 2010):

Sistema de Inhibición Conductual (SIC) o Behavioral Inhibition System (BIS).

Relacionado con la sensibilidad del individuo para responder a las señales condicionadas de castigo y a los estímulos innatos de miedo (Poy, Eixarch & Ávila, 2004; Franken & Muris, 2006; Wallace, Malterer & Newman, 2009), provoca respuestas de inhibición de la conducta (evitación pasiva), aumentando la activación y atención (Whiteside & Lynam, 2001; Squillace et al., 2011). Las estructuras fisiológicas que interactúan en este sistema son el sistema septo-hipocámpico, el hipotálamo y, las aferencias monoaminérgicas del tronco cerebral con proyección en el lóbulo frontal (Morales, 2007; Figueroa 2013). Su correspondencia psicológica es la ansiedad (Franken & Muris, 2006; Mobbini et al., 2007; Cherbuin et al., 2008).

Sistema de Activación Conductual (SAC) o Behavioral Activation System (BAS).

Sistema independiente del SIC que se activa ante estímulos condicionados de recompensa y señales de seguridad implicando el aprendizaje de respuestas de aproximación hacia estímulos positivos y evitación activa (Miller, Joseph & Tudway, 2004; Poy et al., 2004; Seibert et al., 2010). Se relaciona con los sistemas dopaminérgicos, las vías ascendentes al estriado dorsal (caudado y putamen) y ventral

(núcleo accumbens) (Morales, 2007; Becerra, 2010; Figueroa 2013), así como con el concepto impulsividad (Franken & Muris, 2006; Mobbini et al., 2007; Cherbuin et al., 2008).

Los sistemas SIC y SAC tienen un sistema de inhibición mutua, cuando uno se activa el otro se desactiva y viceversa (Whiteside & Lynam, 2001; Becerra, 2010). De esta manera, los sujetos introvertidos serían aquellos en los que el sistema SIC (ansiedad) tendría más influencia que el sistema SAC (impulsividad) haciéndoles más sensibles al castigo mientras que los extrovertidos presentan dominancia del sistema SAC (Miller et al., 2004; Franken & Murriss, 2006). La impulsividad para Gray surge del funcionamiento del SAC y se debe a la interacción entre el neuroticismo y la extroversión mientras que para Eysenk depende del psicoticismo (Russo et al, 2008; Squillace et al., 2011). Posteriormente creó el sistema de lucha-huida-bloqueo (SLHB) que mediaría entre los estímulos aversivos y las conductas de escape. Una elevada activación del SAC generaría conductas de aproximación hacia la recompensa e impulsividad; una elevada reactividad del SLHB provocaría niveles elevados de miedo y conductas de escape (Smillie & Jackson, 2006; Cherbuin et al., 2008; Becerra, 2010) mientras que una elevada activación del SIC generaría tendencia a la preocupación y ansiedad (Corr, 2002; Wallace et al., 2009; Erdle & Rushton, 2010).

Han sido varios los intentos por crear una escala que permita evaluar estas dos dimensiones. Las precursoras fueron la *Susceptibility to Punishment Scale* (evalúa la ansiedad) y la *Susceptibility to Reward Scale* (evalúa la impulsividad) elaboradas por Torrubia & Tobeña (1984) y por De Flores & Valdés (1986), respectivamente (Torrubia et al., 2001; Wallace et al., 2009). La primera de ellas evaluaba las respuestas a señales de castigo y estímulos novedosos mientras que la segunda medía las recompensas apetitivas. Posteriormente se diseñó el *The Generalized Reward to Punishment Expectancy Scales (GRAPES)* de Ball & Zuckerman (1990) (citado en Caseras, Ávila & Torrubia, 2003; Aluja & Blanch, 2011). Esta escala, poco validada por la comunidad científica, se diseñó bajo la hipótesis que los sujetos con alta impulsividad y reactividad SAC anticipaban las consecuencias positivas de su comportamiento mientras que los

individuos con elevada ansiedad o activación del SIC esperaban consecuencias negativas de sus conductas. Un instrumento posterior fue la *Escala de sistemas de inhibición conductual/activación conductual (BIS/BAS scales)* de Carver & White (1994) (citado en Becerra, 2010; Erdle & Rushton, 2010), una escala que evalúa la activación del sistema SIC y tres tipos de reactividad del sistema SAC (sensibilidad a la recompensa, impulsividad y búsqueda de diversión). Finalmente, se elaboró el *Cuestionario de sensibilidad al refuerzo y sensibilidad al castigo (SPSRQ)* desarrollado por Torrubia et al. (2001) (Caseras et al., 2003; Poy et al., 2004; Erdle & Rushton, 2010); traducido a diferentes idiomas (inglés, francés, catalán, rumano) (Wallace et al., 2009; Becerra, 2010; Aluja & Blanch, 2011) y que consta de 48 ítems: 24 que evalúan la sensibilidad al refuerzo (SAC) y 24 que evalúan la sensibilidad al castigo (SIC).

2.1.8. Modelo teórico de Barratt (1997)

Barratt propone una teoría biopsicosocial de la impulsividad y la define como la predisposición a realizar acciones rápidas y no reflexivas en respuesta a estímulos externos o internos a pesar de las consecuencias negativas que podrían tener (Stanford et al., 2009; Steinberg, Stanford & Teten, 2013; Reid et al., 2014). Se trata de un modelo integrador que se nutre de los modelos médico, psicológico, conductista y social (Fossati, Di Ceglie & Barrat, 2001; Whiteside & Lynam, 2001; Loyola, 2011). Intentó diferenciar entre agresión e impulsividad: la agresión premeditada (conscientemente ejecutada y planeada), la agresión médicamente relacionada (agresión concebida como síntoma de un trastorno mental) y la impulsividad o agresión espontánea (respuesta automática ante ciertos estímulos que desencadena en actos violentos donde parece que el procesamiento de la información es ineficaz) (Barratt et al., 1997; Vigil-Colet & Codorniu-Raga, 2004).

La idea originaria de Barratt era concebir la impulsividad como constructo unidimensional pero tras la realización de varios análisis factoriales determinó la existencia de tres dimensiones (Barratt et al., 1997; Figueroa, 2013; Reise et al., 2013; Salvo & Castro, 2013; Reid et al., 2014):

Impulsividad Motora. Tendencia general a actuar motivado por los estados emocionales del momento con escasa regularidad en las costumbres y hábitos.

Impulsividad Cognitiva. Propensión a la distractibilidad debido a la interferencia de sensaciones y pensamientos así como incapacidad del sujeto para mantener su concentración durante la realización de tareas.

Impulsividad No-planificadora. Estilo de procesamiento de la información apresurado que lleva a tomar decisiones rápidas, sin planear y mostrando mayor interés por el presente que por el futuro.

En 1959 Barratt elaboró la *Barratt Impulsiveness Scale (BIS)*, que actualmente se encuentra en su 11ª versión (BIS-11), un instrumento que consta de 30 ítems distribuidos en impulsividad motora (10 ítems), impulsividad cognitiva (8 ítems) e impulsividad no planeada (12 ítems) (Reise et al., 2013; Reid et al., 2014). Puede ser auto o heteroaplicada y los ítems se presentan en una escala tipo Likert de 4 puntos (Vigil-Colet & Codorniu-Raga, 2004; Salvo & Castro, 2013). Las puntuaciones oscilan entre 30 y 120, a mayor puntuación mayor relevancia patológica (Loyola, 2011; Steinberg et al., 2013) y está validada internacionalmente tanto para adultos como para adolescentes, con adecuados índices de fiabilidad y validez (Fossati et al., 2001; Miller et al., 2004; Figueroa, 2013). En posteriores revisiones se ha corroborado la existencia de los componentes de impulsividad motora y no-planificadora sin hallar evidencias del factor impulsividad cognitiva. Ello sugiere que los procesos cognitivos probablemente subyacen a todas las formas de impulsividad general dificultando una evaluación independiente de la misma (Martínez-Zaragoza, 2001; Morales, 2007).

2.1.9. Modelo teórico de Revelle (1980)

Revelle atribuye la impulsividad a la influencia que tiene el *arousal* en el funcionamiento cognitivo, sin distinguir entre diferentes tipos (Revelle et al., 1980; Eysenck & Folkard, 1980). Sugiere la concepción de impulsividad como parte de un

modelo integral de personalidad, cognición y motivación. El modelo se basa en dos sistemas de procesamiento de la información: la asignación de recursos y la memoria a corto plazo (Humphreys & Revelle, 1984; Smillie, Yeo & Lang, 2009). Plantea que los sujetos con elevada o baja impulsividad no difieren en el nivel crónico de *arousal* sino en la naturaleza de sus ritmos circadianos respecto al *arousal* (Eysenck & Folkard, 1980; Revelle et al., 1980). Los sujetos poco impulsivos alcanzan el máximo nivel de *arousal* a una hora más temprana del día que los sujetos impulsivos. De esta manera, los sujetos poco impulsivos presentan por la mañana mayor nivel de *arousal* y peor nivel por la tarde al revés que los impulsivos con mayor rendimiento por la tarde y déficit matutino (Humphreys & Revelle, 1984; Morales, 2007). La administración de cafeína en los introvertidos provocaría un sobre exceso de la estimulación generando un efecto negativo en su funcionamiento mientras que la ingesta para los extrovertidos mejoraría su funcionamiento (Eysenck & Folkard, 1980; Smillie, Yeo & Lang, 2009).

En general, los estudios realizados no apoyan las teorías propuestas por Revelle. Se le cuestiona la concepción unidimensional del *arousal* más que su modelo sobre la impulsividad, sugiriéndose incluir una conceptualización más compleja que enfatice la existencia de diferentes estados de activación y los efectos que tiene cada uno de ellos sobre el procesamiento de la información (Eysenck & Folkard, 1980; Morales, 2007).

2.1.10. Modelo teórico de Whiteside y Lynam (2001)

Se trata de un modelo multifactorial de la impulsividad, basado en la teoría de la personalidad del *Big Five* y las teorías del refuerzo (Whiteside et al., 2005; Morales, 2007; Squillace et al., 2011) ya que estos autores consideraban que la impulsividad incluía distintos rasgos de personalidad y que diferentes instrumentos evaluaban las mismas dimensiones para el mismo concepto (Whiteside & Lynam, 2001; Miller et al., 2003). Tras realizar un análisis factorial con las escalas más empleadas, crearon un modelo de la impulsividad compuesto por los siguientes factores (Whiteside & Lynam, 2001; Whiteside et al., 2005; Whiteside & Lynam, 2009):

Urgencia. Tendencia a experimentar fuertes impulsos bajo condiciones o emociones negativas. La conducta impulsiva va dirigida a aliviar dichas emociones a pesar de las consecuencias que pudieran acarrear dichas conductas. Esta dimensión estaría relacionada con la dimensión *Impulsividad* del modelo de los 5 factores.

Búsqueda de Sensaciones. Aproximación conductual hacia objetivos placenteros a partir de señales apetitivas condicionadas; se basa en el concepto de refuerzo positivo de las teorías conductuales clásicas.

Falta de Persistencia. Carencia de constancia en el individuo para mantener una conducta en ausencia de recompensas manifestada como tendencia al aburrimiento, inconstancia, etc. Se relaciona con la escala *Autodisciplina* del modelo de McCrae & Costa.

Falta de Planificación. Es la escala que conceptualiza la impulsividad *per se* haciendo referencia a la tendencia a actuar sin reflexionar, precipitándose en la ejecución de las acciones. Vendría representada por la dimensión *Deliberación* del modelo de los 5 factores.

Desde este modelo teórico se descarta la concepción unitaria de la impulsividad para concebirla como una estructura factorial. Los propios autores concluyen que los factores Falta de Persistencia y Falta de Planificación formarían parte de un mismo constructo mientras que Urgencia y Búsqueda de Sensaciones serían factores independientes (Morales, 2007; Squillace et al., 2011).

Los autores desarrollaron la *UPPS (Urgency Persistence Planning Sensation-seeking) Impulsive Behavior Scale* (Miller et al., 2003; Squillace et al., 2011) como intento para evaluar y entender el comportamiento impulsivo. El desarrollo de la UPPS pretendía consolidar el conocimiento previo y separar en distintas facetas de personalidad lo que anteriormente se había agrupado bajo el mismo concepto (Whiteside et al., 2001; Whiteside & Lynam, 2009).

2.1.11. Modelo de Impulsividad funcional y disfuncional de Dickman (1990)

Dickman definió la impulsividad como *la tendencia a deliberar menos que la mayoría de la gente con iguales capacidades antes de realizar una acción* (Dickman, 2000; Morales, 2007; Milia, 2013). La mayoría de estudios sobre impulsividad habían remarcado el concepto como algo que comportaba consecuencias negativas para el individuo pero Dickman intentó demostrar que en algunas ocasiones podría aportar beneficios (Claes, Vertommen & Braspenning, 2000; Smillie & Jackson, 2006; Pedrero, 2009) y, a partir de un análisis correlacional, distinguió dos clases de impulsividad (Brunas-Wagstaff et al., 1995; Miller et al., 2003):

Impulsividad Funcional (IF). Definida como la tendencia a tomar decisiones rápidas y eficaces, que implican un beneficio personal y un proceso de toma de decisiones con riesgo calculado.

Impulsividad Disfuncional (ID). Relacionada con la toma de decisiones irreflexivas, conductas desordenadas e improductivas que no conducen a beneficios, acciones rápidas y poco precisas en situaciones que no lo requieren y que pueden generar consecuencias negativas para el propio sujeto.

Intentó relacionar la impulsividad con los mecanismos de atención (Dickman, 1990; Brunas-Wagstaff et al., 1995; Figueroa, 2013), confirmando que las diferencias entre alta o baja impulsividad radican en el grado en que la atención permanece fijada. Las personas con elevada impulsividad tendrían facilidad para cambiar el foco de atención gracias a que el *arousal* les ayuda a fijar la atención en los estímulos más sobresalientes, mientras que los que presentan baja impulsividad tendrían dificultades en dicha flexibilidad debido a que el *arousal* aumenta la fijación de la atención. Las personas con alta impulsividad actúan con relativamente poca previsión porque durante el período que tienen que decidir cómo actuar tienen dificultad en mantener la atención fijada en el proceso de toma de decisiones (Chico, 2000; Dickman, 2000; Squillace et al., 2011). Dickman sostiene que cuando el tiempo disponible para tomar una decisión

es muy breve los sujetos más impulsivos son más precisos que los menos impulsivos (Claes et al., 2000; Whiteside & Lynam, 2001).

El modelo teórico de Dickman se relaciona con otras teorías de la impulsividad. La impulsividad funcional parece correlacionar positivamente con el SAC y negativamente con el SIC propuesto por Gray (Smillie & Jackson, 2006; Morales, 2007). Asimismo, ambos tipos de impulsividad correlacionan con las dimensiones de Eysenck, en concreto la impulsividad funcional con la extroversión mientras que la disfuncional lo hace con el psicoticismo (Chico, 2000; Dickman, 2000). Aquellos individuos que poseen altas puntuaciones en psicoticismo se caracterizan por conductas desventajosas e irreflexivas sin contemplar las consecuencias de los actos. En cambio, la toma de decisiones de los sujetos extrovertidos elimina las conductas impulsivas cuando existe la probabilidad de sufrir consecuencias negativas (Brunas-Wagstaff et al., 1995; Pedrero, 2009; Figueroa, 2013).

La *Dickman Impulsivity Scale (DIS)* (1990) está basada en la concepción bidimensional de la impulsividad y mide ambos tipos mediante 23 ítems de formato verdadero o falso. La escala de impulsividad funcional consta de 11 ítems mientras que la disfuncional de 12 ítems (Chico, 2000; Morales, 2007; Figueroa, 2013), en ambos casos a mayor puntuación mayor presencia de impulsividad. Las propiedades psicométricas de la escala son adecuadas (Dickman, 2000; Miller et al., 2004) y el patrón de correlaciones entre los tipos de impulsividad de Dickman y el resto de modelos teóricos muestra que la mayoría de los cuestionarios sobre impulsividad miden principalmente la disfuncional (Chico, 2000; Dickman, 2000). Recientemente se ha propuesto un formato de escala Likert con 5 alternativas de respuesta validada en población española (Adan et al., 2010).

En la siguiente tabla se presenta un resumen de las principales teorías sobre la impulsividad y sus conceptos clave.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL TÉRMINO IMPULSIVIDAD

AUTOR	Búsqueda activa de recompensas y evitación activa de la frustración. Refuerzo + y -	Actuar rápido. Baja previsión o conciencia de las consecuencias	Actuar compulsivo en búsqueda de alivio ante la tensión. Aprendizajes de evitación activa manifestados por refuerzo -
GRAY	Actividad SAC Sensibilidad a las señales de recompensa y frustración		Combinación actividad SAC y SIC Sensibilidad a las señales de recompensa y frustración
BARRATT	Impulsividad motora	Impulsividad no-planificadora	Impulsividad cognitiva
WHITESIDE & LYNAM	Búsqueda de sensaciones Refuerzo +	Falta de planificación	Urgencia
DICKMAN	Impulsividad funcional	Impulsividad disfuncional	

Tabla 6: Principales teorías sobre la impulsividad. Modificado de Squillance, Picón & Schmidt (2011).

Queda reflejado la importancia que tiene el concepto impulsividad *per se* y no necesariamente como una dimensión desadaptativa. Originalmente la impulsividad se concibió como unidimensional pero a día de hoy se la considera un concepto multidimensional (Milia, 2013). De todos los componentes que se le atribuyen, se puede concluir que la alta sensibilidad a la recompensa, la no planificación y el comportamiento impulsivo en búsqueda de alivio son los principales componentes (Miller et al., 2004; Squillace et al., 2011), aunque continúa existiendo una falta de consenso entre considerarlos como constructo independientes o como facetas discretas de la personalidad (Whiteside & Lynam, 2001; Figueroa, 2013).

2.2. PERSONALIDAD E IMPULSIVIDAD EN PATOLOGÍA DUAL

El interés despertado a lo largo de los últimos años por el estudio de la personalidad en el ámbito de las adicciones se justifica por las repercusiones que esta patología tiene en el diseño y desarrollo de programas de intervención. Sabemos que el tratamiento se acompaña de grandes dificultades como la presencia de trastornos del eje II asociados a evolución más tórpida de la adicción así como a una peor adherencia al tratamiento y mayor tasa de abandonos (Martínez, Graña & Trujillo, 2009). El origen temprano del problema hace importante la identificación de los factores de riesgo implicados con el fin de establecer estrategias preventivas. El esfuerzo por mejorar las tasas de éxito de los programas de intervención ha generado un claro interés por el estudio de las variables que limitan o mediatizan el alcance de dichos programas como son las características de personalidad (Calvete & Estévez, 2009).

Según algunos autores, existen tres vías de acción mediante las cuales la personalidad influye en la etiología y evolución de la adicción, remarcando una posible relación neurobiológica (Peris & Balaguer, 2010; Arias et al., 2013):

Vía de la desinhibición conductual. Los individuos que puntúan alto en rasgos de personalidad como el antisocial y la impulsividad y bajo en evitación del daño tienen umbrales más bajos hacia conductas de consumo.

Vía de la reducción del estrés. Predice que individuos que puntúan alto en reactividad al estrés, sensibilidad a la ansiedad y neuroticismo son sensibles a acontecimientos vitales estresantes respondiendo con labilidad afectiva y utilizando el uso de sustancias como mecanismo de automedicación.

Vía de la sensibilidad a la recompensa. Los sujetos que puntúan alto en búsqueda de sensaciones, extroversión y búsqueda de recompensa podrían consumir sustancias como refuerzos positivos.

Los estudios realizados hasta el momento sobre la personalidad en pacientes duales son escasos. Las conclusiones sobre la personalidad que se les atribuyen derivan principalmente de trabajos con adictos, basándose principalmente en replicar la asociación entre la Búsqueda de Sensaciones y la Impulsividad en estos pacientes. A continuación, presentamos los principales estudios que han investigado sobre el tema.

Personalidad

La personalidad es la suma del temperamento y carácter y se basa tanto en la constitución biológica como en las experiencias vitales. Los trastornos de personalidad son patrones inflexibles y desadaptativos que causan un deterioro funcional significativo. La relación entre trastornos de personalidad y consumo de sustancias se ha validado ampliamente (Skinstad & Swain, 2001; Picci et al., 2012; Amory, 2014). La prevalencia de trastornos del eje II en pacientes con PD oscila entre 45 y 80% mientras

que en pacientes adictos entre el 34 y 73% (Peris & Balaguer, 2010). Principalmente se les relaciona con trastornos del cluster B (antisocial, límite y con menor frecuencia el narcisista e histriónico) y también con los del cluster C (evitativo y dependiente) (Ball, 2005; Zikos, Gill & Charney, 2010; Szerman et al., 2011; Sánchez-Peña et al., 2012). Algunos estudios también remarcan la relación con el trastorno paranoide de la personalidad, pero la gran mayoría concluyen que el más prevalente es el antisocial (López & Becoña, 2006; Di Pierro et al., 2014; Vergés et al., 2014; Yang et al., 2014). La comorbilidad aumenta el riesgo de suicidio, hospitalización, abandono del tratamiento de desintoxicación, aumenta las recaídas así como desencadena más problemas de salud, legales y familiares (Skodol, 1999; Verheul, 2001; Khan et al., 2013) lo que remarca la importancia de considerarla un objeto de estudio en los pacientes duales.

Los estudios que han investigado las diferencias de sexo en este ámbito son mínimos. Los principales resultados apuntan que los trastornos del cluster B son los más prevalentes en ambos sexos aunque observan que en los hombres los trastornos de personalidad más frecuentes son el antisocial y narcisista mientras que en las mujeres es el trastorno límite (Preuss et al., 2009; Chen et al., 2011; Vergés et al., 2014).

Un cada vez más creciente volumen de estudios ha empezado a interesarse por las relaciones entre rasgos de personalidad según el tipo de sustancias de consumo con el objetivo de determinar si algunos de ellos predisponen al consumo pudiéndose considerar factores de vulnerabilidad. Los hallazgos existentes atendiendo al tipo de sustancias podemos resumirlos como sigue:

Cannabis: las relaciones más consistentes apuntan que los consumidores presentan baja extraversión y alta apertura a la experiencia (Hecimovic et al., 2014; Creemers et al., 2015) así como elevada impulsividad, búsqueda de sensaciones y rasgos esquizotípicos en comparación con los no consumidores (Schaub, Boesch & Stohler, 2006; Anglin et al., 2012; Davis et al., 2013). La esquizotípia es un factor de riesgo para desarrollar psicosis en consumidores de cannabis. Las experiencias psicóticas

son exarcebadas por el consumo de cannabis al parecer únicamente en esquirotípicos (Springges & Hides 2015). Los jóvenes adictos son más extrovertidos y neuróticos mientras que los adictos de larga evolución destacan por ser más introvertidos y emocionalmente estables. La hipótesis explicativa relaciona la influencia de los receptores cannabinoideos en el sistema límbico y el sistema nervioso simpático, encargados de la regulación emocional (Muro, 2015).

Cocaína: los pocos estudios afirman que existen una niveles elevados de neuroticismo, ansiedad, impulsividad y búsqueda de sensaciones (Ball, 1995; Sáiz & Martínez, 2010; Roncero et al., 2014) así como presencia de trastorno límite, antisocial, evitativo y esquizoide comórbido entre los consumidores de cocaína (Laad & Petry, 2003; López & Becoña en 2006; Pérez et al., 2010; Bardeen et al., 2014).

Opiáceos: los consumidores presentan un perfil de personalidad con elevado neuroticismo, alta extraversión y alto psicoticismo (Cohen et al. 2005; Kornor & Nordvik, 2007) así como más probabilidad de sufrir un trastorno antisocial de la personalidad (Walter et al., 2011; Yang et al., 2014). También se ha confirmado la presencia de una elevada búsqueda de sensaciones y evitación del daño, y una baja dependencia a la recompensa y autodirección (Evren et al., 2012; Huang et al., 2014). Este patrón de personalidad es típico de personas que usa el consumo como vía para afrontar las situaciones estresantes.

Alcohol: destacan como rasgos predominantes la elevada impulsividad, la desinhibición y el neuroticismo en los consumidores (Peris & Balaguer, 2010). La impulsividad está asociada con la dificultad para la inhibición conductual y el mantenimiento del consumo de alcohol a pesar de las consecuencias negativas (Ibañez et al., 2010; Stautz & Cooper, 2013; González, 2014). Existen diferentes rasgos de la impulsividad relacionados con los problemas con el alcohol: falta de perseverancia, búsqueda de sensaciones, urgencia y sensibilidad a la recompensa. La urgencia parece estar más relacionada con los problemas con el alcohol mientras que la búsqueda de sensaciones con los niveles de consumo (Echeburúa et al., 2008; Hyucksun, Grace &

Jeon, 2012). El consumo de alcohol y la presencia de trastornos de personalidad son más frecuentes en mujeres, especialmente los trastornos límite e histriónico, mientras que en el hombre el trastorno antisocial es el más prevalente (Skogen et al., 2011; Picci et al., 2012; MacLean & French, 2014).

Los estudios que investigan rasgos de personalidad en PD son escasos, aunque en su mayoría confirman la presencia de niveles elevados de búsqueda de sensaciones como en la adicción (Sher, 2000; Terracciano et al., 2008; Brunelle et al., 2009; Adams et al., 2012). Esta dimensión implica la búsqueda de novedad, experimentación de sensaciones intensas y la disposición de correr riesgos en la búsqueda de esas experiencias (Zuckerman et al., 1993, Orengo et al., 2007; Montaña et al., 2009; Hernáñez & Fernández, 2012). Se ha conceptualizado como una característica de base biológica que declina con la edad, involucrada en actividades de riesgo como el consumo drogas (Chico, 2000; Roberti, 2004; Ortin et al., 2012). Existen tres perspectivas que relacionan la búsqueda de sensaciones con el consumo de drogas (Kaynak et al., 2013):

Perspectiva fisiológica: ambas variables comparten las mismas estructuras neuronales involucradas en los efectos de recompensa. Existe relación entre la búsqueda de sensaciones y el gen del receptor D4 dopaminérgico.

Perspectiva psicológica: la ilegalidad o el simple riesgo asociado al consumo de sustancias provocan emociones intensas atrayentes para los buscadores de sensaciones.

Perspectiva social: la búsqueda de sensaciones puede entenderse como un rasgo interpersonal que interactúa con las influencias sociales de manera reforzante y recíproca, implicando que los buscadores de sensaciones minimizen las consecuencias negativas de sus actos.

La búsqueda de sensaciones es superior en pacientes con PD tanto si su TMS es la depresión (Rae et al., 2002) como la esquizofrenia (Lukasewicz et al., 2009; Dervaux

et al., 2010; Zhornitsky et al., 2012) en comparación con los que sólo sufren TMS o TUS. Kim (2007) comparó sujetos esquizofrénicos con y sin abuso de alcohol confirmando las puntuaciones más elevadas en búsqueda de sensaciones entre aquellos adictos al alcohol. Bizarri et al. (2007) confirmó también esta asociación al comparar pacientes bipolares I duales con consumidores de sustancias. Las puntuaciones elevadas en esta dimensión se consideran un marcador de vulnerabilidad para las conductas adictivas (Sigurdsson, 1995; Leventhal, 2007). Ortin et al. (2012) exploraron la relación entre la búsqueda de sensaciones y la depresión, el consumo de sustancias y los intentos de suicidio en una muestra de 2.189 adolescentes entre 13 y 18 años. Los resultados mostraron una asociación positiva entre elevada búsqueda de sensaciones, síntomas depresivos y problemas con el consumo de sustancias que, consecuentemente, aumentaba el riesgo de conductas autolíticas. La asociación entre la búsqueda de sensaciones y los intentos de suicidio era mediada por el consumo de sustancias.

Estudios recientes sobre el desarrollo de la personalidad sugieren que la impulsividad y la búsqueda de sensaciones muestran una evolución diferente según la edad (Kaynak et al., 2013). La impulsividad declina linealmente desde la infancia hasta la tercera década de la vida mientras que la búsqueda de sensaciones alcanza su pico máximo alrededor de los 16 años antes de reducirse en la etapa adulta (Cauffman et al., 2010; Vaidya et al., 2010; Harden & Tucker, 2011). La elevada búsqueda de sensaciones y la reducción paulatina de la impulsividad en la adolescencia pueden explicar porque el consumo de sustancias emerge en esa etapa. El hecho que los individuos difieran en los niveles de impulsividad o búsqueda de sensaciones así como en sus trayectorias permite comprender el impacto que tiene la personalidad en el consumo de sustancias (Quinn & Paige, 2013). De esta manera, la búsqueda de sensaciones puede contribuir en la etiología del abuso de sustancias.

La mayoría de estudios analizan el TUS mediante el TCI-R de Cloninger, obteniendo puntuaciones elevadas en búsqueda de sensaciones y evitación del daño (perfil que predispone al consumo de sustancias) (Mateos & Mateos, 2005; Ando et al., 2014), y bajas dependencia a la recompensa (Orengo et al., 2007; Benito et al., 2012;

Huang et al., 2014), autodirección y cooperación (Herrero et al., 2008; Bozkurt et al., 2014). Los trabajos existentes con PD observan un perfil de personalidad atendiendo al temperamento con baja dependencia a la recompensa y persistencia junto a una elevada búsqueda de sensaciones y evitación del daño en comparación con quien sólo posee un TMS o TUS, mostrando la dificultad de estos pacientes para mantenerse fieles a sus objetivos, con poca capacidad de esfuerzo, escasa respuesta a los refuerzos y preferencia por las recompensas inmediatas (Petry, 2001; Le Bon, 2004; Kim, 2007; Lukasiewicz et al., 2009; Mandelli et al., 2012) aspectos que están implicados en la adherencia al tratamiento y el mantenimiento de la abstinencia. En relación a las dimensiones de carácter los pacientes duales presentan baja autodirección, bajo sentimiento de autoeficacia, baja autoestima y falta de hábitos personales, lo que se traduce en una menor habilidad para recuperarse de sus enfermedades (Cloninger, 2006; Spalletta, Bria & Caltagirone, 2007; Terracciano et al., 2008). Asimismo, se han confirmado bajas puntuaciones en cooperación en pacientes duales con trastorno comórbido de depresión respecto a aquellos que sólo sufren trastorno depresivo mayor, lo que reafirma su dificultad para empatizar y mantener relaciones interpersonales (Di Nicola et al., 2010; Mandelli et al., 2012).

Otro de los rasgos relacionados con la PD es el neuroticismo, la tendencia a experimentar inseguridad, preocupación, miedo y tensión (Zuckerman et al., 1993; Gomà-i-Freixanet et al., 2004; Rossier et al., 2012). El mayor volumen de estudios han relacionado esta dimensión con el TUS (Dubey et al., 2010; Kotov et al., 2010; Turiano et al., 2012), apuntan que la presencia elevada de neuroticismo es un factor de riesgo para desarrollar conductas de consumo. Agrawal (2004) evaluó a 1.943 mujeres y 2.632 hombres adictos a las drogas obteniendo en todos ellos niveles altos de neuroticismo, especialmente entre los consumidores de drogas tranquilizantes y sedantes. Terracciano et al. (2008) confirmaron también elevadas puntuaciones en neuroticismo en una muestra de 1.102 sujetos entre controles, consumidores habituales y consumidores esporádicos de nicotina, marihuana, cocaína y heroína. Este rasgo de personalidad está estrechamente relacionado con la presencia de enfermedad mental así como con consumo problemático de sustancias (Tcheremissine et al., 2003; Sutin, Evans &

Zonderman, 2013). En PD, los pocos estudios existentes confirman la elevada presencia de neuroticismo en pacientes duales con esquizofrenia (Reno, 2004; Roncero et al., 2014) o depresión (Boschloo et al., 2013) en comparación a los que sólo tienen el TMS o el TUS.

Impulsividad

Se puede afirmar que la impulsividad es un rasgo influyente en la adicción (Granö et al., 2004; Clark et al., 2006; Chamberlain & Sahakian, 2007; Magid, MacLean & Colder, 2007; Hopwood et al., 2011) así como en los procesos de abstinencia y las recaídas. Los adictos que acaban de recaer muestran niveles de impulsividad más elevados (Cano, Araque & Cándido, 2011), mayor *craving* y más dificultad para autocontrolar la abstinencia, en especial entre los policonsumidores debido al efecto interactivo del consumo de varias sustancias (Tziortzis et al., 2011; Roozen, Van de Wetering & Franken, 2013). Numerosos estudios han comparado los niveles de impulsividad entre adictos y controles (Moeller et al., 2001; Tcheremissine et al., 2003; Carroll & Wu, 2014; Leeman et al., 2014) confirmando que la presencia temprana de elevada impulsividad puede convertirse en un factor de riesgo para desarrollar conductas de dependencia a sustancias (Swann et al., 2002; De Wit, 2008; Malmberg et al., 2012). Los adictos muestran una disminución de la capacidad para inhibir sus respuestas en comparación con controles, aumentando el riesgo de consumo y facilitando la búsqueda de sustancias sin control (Mitchell et al., 2005; Kjome et al., 2010; Goudriaan, Grekin & Sher, 2011; Leeman et al., 2014; Black et al., 2015; Gilman et al., 2015; Ross et al., 2015).

La impulsividad es un rasgo de personalidad premórbido al parecer con base genética (Ersche et al., 2010) y relacionada con el córtex orbitofrontal. Tras una exposición crónica a las drogas estos circuitos pueden deteriorarse aumentando los niveles de impulsividad. Aparentemente parece no verse afectada por el consumo aunque sí en como se manifiesta según el tipo de sustancia consumida. Mientras que los consumidores de alcohol o estimulantes sufren una afectación en las respuestas de

inhibición, ésto no ocurre entre los consumidores de éxtasis y opiáceos (Verdejo-García, Lawrence & Clark, 2008).

Han sido múltiples los estudios que han confirmado la relación entre impulsividad y patología mental (Laurens et al., 2003; Ford et al., 2004; Wilbertz et al., 2014). Los pacientes con esquizofrenia presentan mayor activación del córtex prefrontal ventrolateral derecho durante las respuestas de inhibición lo que se traduce en un mayor deterioro de los procesos de inhibición, causa del aumento de la impulsividad en comparación con los sujetos sanos (Enticott, Ogloff & Bradshaw, 2008; Kaladjian et al., 2011). Ello ocurre también con los trastornos del estado de ánimo, donde la impulsividad es un rasgo más presente en los bipolares en comparación con sujetos sanos (Najt et al., 2007; Lijffjt et al., 2015), sin hallarse grandes diferencias al comparar pacientes bipolares con depresivos. Ello confirma la hipótesis de que la impulsividad es un componente estable e independiente de los trastornos del estado de ánimo (Peluso et al., 2007). La mayoría de estudios concluyen que la presencia de impulsividad en depresivos puede convertirse en un factor de riesgo para las conductas suicidas (Fawcett, 2001; Simon et al., 2001; Piko & Pinczés, 2014), relacionadas con la pérdida de control y la impulsividad cognitiva (Corruble et al., 2003; Swann et al., 2008). Los depresivos con intentos autolíticos presentan más conductas impulsivas así como mayor consumo de sustancias y trastornos de personalidad comórbidos en comparación a los depresivos sin intentos, lo que reafirma la impulsividad como uno de los factores de riesgo en la conducta suicida de pacientes depresivos (Dumais et al., 2005).

La impulsividad es un rasgo más presente en los pacientes con PD en comparación con aquellos sólo con TMS o sólo con TUS (Gut-Fayand et al., 2001; Dougherty et al., 2004; Dervaux et al., 2010), lo que agrava el curso y pronóstico de ambas patologías ocasionando mayores complicaciones médicas, familiares y laborales (Meade et al., 2008; Arias et al., 2013; Borge et al., 2013). La impulsividad no parece estar inducida por el consumo de sustancias sino que más bien se halla presente previamente al desarrollo del TUS en algunos trastornos mentales, en especial en la

esquizofrenia (Dervaux et al., 2010; Duva, Silverstein & Spiga, 2011; Zhorstnsky et al., 2012) o la depresión (Liraud & Verdoux, 2000).

Los datos presentados hasta ahora de la relación entre las dimensiones de personalidad, la impulsividad y la PD pueden resumirse en la presencia irrefutable de niveles elevados de búsqueda de sensaciones e impulsividad. A continuación presentamos un resumen de los resultados aportados por los estudios más relevantes.

AUTOR	MUESTRA	INSTRUMENTO	RESULTADOS
Liraud & Verdoux (2000)	Duales con esquizofrenia (n=40) vs. esquizofrénicos sin adicción (n=63)	Escala Búsqueda de sensaciones de Zuckerman Escala Impulsividad de Barratt	Duales mayor presencia de búsqueda de sensaciones e impulsividad, en especial los adictos a cannabis en comparación a alcohol.
Dervaux et al. (2010)	Duales psicóticos (n=45) vs. psicóticos sin adicción (n=64)	Escala Búsqueda de sensaciones de Zuckerman Escala Impulsividad de Barratt	Duales presentan mayor búsqueda de sensaciones e impulsividad.
Zhornitsky et al. (2012)	Duales psicóticos (n=31) vs. psicóticos sin adicción (n=23) vs. adictos (n=39) vs. controles (n=25)	Escala Búsqueda de sensaciones de Zuckerman Escala Impulsividad de Barratt	Duales presentan mayor búsqueda de sensaciones e impulsividad respecto a los otros tres grupos.
Boschloo et al. (2012)	Duales depresivos/ansiosos (n=358) vs. depresivos/ansiosos sin adicción (n=1398) vs. controles (n=460)	Escala de Búsqueda de sensaciones de Zuckerman Inventario de los cinco factores NEO de McCrae & Costa	Mayor neuroticismo en duales en comparación con enfermos mentales sin adicción.
Mandelli et al. (2012)	Duales bipolares (n=56) vs. bipolares sin adicción (n=86)	Inventario de temperamento y carácter de Cloninger (TCI-R)	Duales presentan mayor búsqueda de sensaciones y evitación del daño y menor persistencia y cooperación.

Tabla 7: Estudios relacionados con la personalidad e impulsividad en pacientes duales.

En el estudio de la personalidad y la PD se desconoce si los rasgos son causa del consumo, si el consumo es el que origina la personalidad desadaptativa, si la adicción modula la personalidad premórbida o si el consumo y la personalidad son factores

independientes (López & Becoña, 2006; Peris & Balaguer, 2010). Lo que es evidente, sin embargo, es que la PD se asocia a características de personalidad más desadaptativas que dificultan el tratamiento y la recuperación. Profundizar en el estudio de la personalidad puede servir de guía para entender los mecanismos que cronifican el trastorno, mejorar la evaluación así como diseñar protocolos de intervención específicos que mejoren la rehabilitación y el pronóstico de los pacientes. En esta línea, esperamos que nuestro estudio sirva de ayuda para esclarecer dicha relación.

Estrategias de Afrontamiento

3.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Lazarus y Folkman en 1984 definen el afrontamiento como *“aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los propios recursos del individuo”* (Blanch, Aluja & Biscarri, 2002; Krzemien, Urquijo & Monchietti, 2004; Londoño, Pérez & Murillo, 2009; Peñacoba et al., 2013).

Cuando un sujeto se encuentra ante una situación estresante se pone en marcha un proceso de valoración cognitiva, primaria y secundaria. La valoración cognitiva primaria consiste en un análisis sobre las consecuencias que tiene para el individuo la situación estresante y la valoración cognitiva secundaria sobre cuáles son los recursos de los que dispone para evitar las consecuencias negativas del problema (Bernal et al., 2009). Las personas a lo largo de su vida han de hacer frente a numerosas situaciones estresantes que pueden poner en riesgo su bienestar e integridad personal. Existen

múltiples formas de afrontar estas situaciones: ponerse en alerta, negar la situación, distraerse o actuar de forma directa para cambiar la situación (Limonero et al., 2008; Vargas et al., 2010).

Durante los últimos años, ha ido creciendo el interés sobre cómo las personas hacen frente a estas situaciones. El impulso se produjo a partir de la teoría transaccional del estrés de Lazarus & Folkman (1984) quienes plantearon el estrés como un proceso personal de valoración y afrontamiento de situaciones (Blanch et al., 2002; Chico, 2002). Son numerosos los autores que han examinado y clasificado las formas de afrontamiento, teniendo siempre como origen este modelo. Tradicionalmente, el concepto de afrontamiento se ha elaborado a partir de dos dimensiones (Londoño et al., 2006; Cano, Rodríguez & García, 2007; Morán, Landero & González, 2009):

Estilos de afrontamiento: formas estables y consistentes de afrontar el estrés. Hace referencia a las predisposiciones personales para responder a las situaciones eligiendo una u otra estrategia de afrontamiento con cierta estabilidad temporal y situacional.

Estrategias de afrontamiento (EA): acciones específicas y concretas que usan los individuos para modificar, frenar, amortiguar o anular las consecuencias de las situaciones estresantes.

No se trata de conceptos contrapuestos, sino complementarios. El afrontamiento modula las diferencias que existen entre los individuos ante las situaciones de estrés y se considera un factor estabilizador, que facilita el ajuste individual y la adaptación ante tales situaciones (Krzemien, 2005; Nava et al., 2010; Peñacoba, 2013). Las EA o *coping* son consideradas un conjunto de recursos y esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales, orientados a resolver un problema, reducirlo o eliminar la respuesta emocional (Bernal, 2009; Molinero, Salguero & Márquez, 2010). El uso de una u otra EA depende de la situación, la evaluación cognitiva, el control percibido, las emociones y la activación fisiológica. La tendencia a sobregeneralizar su uso se traduce en estilos

de afrontamiento o formas estables que las personas utilizan para enfrentarse a las situaciones estresantes (Chico, 2002; Londoño et al., 2006). Existen tres formas básicas para clasificar las EA:

- **Método empleado en el afrontamiento.** El *afrontamiento activo* moviliza recursos para hallar diferentes tipos de solución. El estilo de *afrontamiento pasivo* se basa en no hacer nada directamente sobre la situación, sino que se trata de esperar a que la situación cambie por si sola. Y el estilo de *afrontamiento evitativo* se basa en intentar evitar o huir de la situación y de sus consecuencias (Blanch et al., 2002; Hernández, 2009; Vargas et al., 2010).
- **Focalización del afrontamiento.** Se diferencia entre el *afrontamiento dirigido al problema*, en el que se manipula o altera las condiciones responsables de la situación, el *afrontamiento dirigido a la emoción*, orientado a reducir o eliminar la respuesta emocional generada por el estresor, y el *afrontamiento dirigido a modificar la evaluación inicial* de la situación, consistente en una reevaluación del problema (Londoño et al., 2009; Nava et al., 2010).
- **Actividad movilizada en el afrontamiento.** El *afrontamiento cognitivo* es aquel en el que los principales esfuerzos son el análisis, la búsqueda de alternativas y la anticipación de consecuencias. El *afrontamiento conductual* está orientado a poner en marcha comportamientos activos o pasivos que ayuden a adaptarse a la situación (Cano et al., 2007; Molinero et al., 2010; Pérez, Menéndez & Hidalgo, 2014).

A pesar de que las EA no pueden clasificarse como adaptativas o desadaptativas, ya que por ellas mismas no eliminan el elemento estresante, la aplicación adecuada del afrontamiento puede llegar a convertirse en un factor protector en situaciones de riesgo psicosocial (Limonero et al., 2008; Londoño et al., 2009). Existe evidencia de que tanto las diferencias individuales y de personalidad, como la naturaleza de la situación a afrontar y el medio social, juegan un papel importante. La preferencia en el uso de EA

se debe a factores situacionales y al proceso de socialización (Krzemien, 2005; Vargas et al., 2010). Algunos autores consideran que las habilidades sociales tienen una especial importancia en el afrontamiento debido a que mediante las mismas se desarrolla la capacidad de comunicarse y actuar con otras personas, facilitando la resolución de problemas en cooperación social (Krzemien et al., 2004).

3.2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Entre los años 70 y 80 hubo un enorme auge en el interés por las EA y los instrumentos para evaluarlas. Inicialmente surgieron los **métodos cuantitativos** a través de escalas de comprobación, escalas de calificación, cuestionarios e inventarios psicométricos. El sujeto describe la situación estresante y califica mediante una escala dicotómica o tipo Likert ítems referidos a acciones o emociones de afrontamiento. Se pide a los entrevistados que recuerden una situación estresante del pasado y que respondan según las estrategias que emplearon para enfrentarse a ella (Folkman & Tedlie, 2004; Cano et al., 2007). Dentro de este tipo de instrumentos, los más importantes han sido los siguientes:

Cuestionario de Modos de Afrontamiento (Ways of Coping Instrument, WCI)
(Lazarus & Folkman, 1984).

Desarrollado para valorar el afrontamiento mediante la reconstrucción por parte de la persona de situaciones estresantes describiendo lo que hicieron, pensaron y sintieron. Consta de 67 ítems con cuatro alternativas de respuesta. Se incluyen cuatro formas

básicas de afrontamiento: acción directa, inhibición de la acción, búsqueda de información y afrontamiento cognitivo. Evalúa dos estilos de afrontamiento (Londoño et al., 2009; Morán et al., 2009):

- *Afrontamiento basado en la resolución de problemas*: incluye el uso de estrategias cognitivas y conductuales.
- *Afrontamiento basado en la emoción*: incluye la búsqueda de apoyo social emocional, distanciamiento, evitación y acentuación.

El instrumento fue revisado en 1985, 1986 y 1988 porque sus propiedades psicométricas eran muy limitadas. La última revisión concluyó en un cuestionario final de 50 ítems que, a pesar de tener limitaciones, se ha convertido en una importante fuente para la creación de otros instrumentos de evaluación de las EA (Londoño et al., 2006; Nava et al., 2010).

Escala de Estrategias de Coping-Revisado (EEC-R) (Charoy & Sandin, 1993).

Esta escala se desarrolló como intentó de revisar y modificar el WCI de Lazarus & Folkman. El instrumento consta de 98 ítems con 6 alternativas de respuesta y está compuesto de 14 escalas (Londoño et al., 2006; Bernal et al., 2009; Londoño et al., 2009):

- *Búsqueda de alternativa*: estrategia cognitiva basada en buscar las causas del problema y generar alternativas de solución.
- *Conformismo*: estrategia cognitiva basada en tolerar el estrés resignándose con la situación.
- *Control emocional*: estrategia cognitivo-conductual que busca tolerar la situación estresante mediante el control de las emociones.
- *Evitación emocional*: estrategia cognitivo-conductual que evita expresar las emociones como consecuencia de la carga emocional o la desaprobación social.

- *Evitación conductual*: estrategia conductual en la que se desarrollan acciones que aumentan la tolerancia al problema y eliminan las emociones generadas por el problema.
- *Evitación cognitiva*: estrategia cognitiva que elimina los pensamientos negativos mediante la distracción o negación.
- *Reacción agresiva*: estrategia conductual para expresar ira y hostilidad como consecuencia de la frustración y la desesperación.
- *Expresión emocional abierta*: estrategia conductual que se basa en la expresión de las emociones abierta para eliminar las emociones.
- *Reevaluación positiva*: estrategia cognitiva que busca aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema.
- *Búsqueda de apoyo social*: estrategia conductual en la que mediante otras personas se intenta expresar la emoción para buscar alternativas de solución al problema.
- *Búsqueda de apoyo profesional*: estrategia conductual en la que se busca un recurso profesional para la solución del problema.
- *Religión*: estrategia cognitivo-conductual que intenta solucionar el problema o las emociones mediante el rezo y la oración.
- *Refrenar el afrontamiento*: estrategia cognitiva que busca más información sobre el problema, valorar la eficacia de las soluciones antes de enfrentarse al mismo.
- *Espera*: estrategia cognitivo-conductual que intenta solucionar el problema dejando que pase el tiempo y que se resuelva por si sola.

Cuestionario COPE (Coping Orientation Problem Experiences) (Carver, 1997).

El objetivo principal de este instrumento es evaluar cómo las personas se enfrentan a situaciones difíciles y estresantes. El cuestionario responde teóricamente a los modelos transaccional del estrés de Lazarus & Folkman (1984) y al de autorregulación conductual de Carver & Scheier (1981) (Krzemien, 2005). Consta de 28 ítems con cuatro opciones de respuesta y está validado en población española por Crespo & Cruzado (1997) (Limonero et al., 2008; Pérez et al., 2014). Las escalas de

primer orden que componen el cuestionario son (Limonero et al., 2008; Hernández, 2009):

- *Afrontamiento activo*: dar los pasos necesarios para eliminar la fuente de estrés.
- *Planificación*: pensar y elaborar una estrategia de cómo afrontar el estresor.
- *Supresión de actividades distractoras*: intentar evitar distraerse con otros pensamientos.
- *Refrenar el afrontamiento*: esperar hasta que aparezca la ocasión adecuada para actuar.
- *Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales*: buscar consejo, asistencia o información.
- *Búsqueda de apoyo social por razones emocionales*: buscar soporte emocional.
- *Focalizarse en las emociones y desahogarse*: centrarse en su propio malestar emocional y desahogar sus sentimientos.
- *Distanciamiento conductual*: distanciarse del estresor o de la fuente de estrés mediante la ensoñación.
- *Consumo de alcohol o drogas*: tomar drogas o alcohol para hacer frente al estresor.
- *Negación*: intentar rechazar la realidad del problema.
- *Reinterpretación positiva y crecimiento personal*: intentar sacar la parte positiva de la situación estresante para desarrollarse como persona.
- *Religión*: aumentar sus implicaciones en actividades religiosas.
- *Humor*: hacer bromas sobre el estresor.
- *Aceptación*: aceptar el hecho de que el suceso ha ocurrido y es real.

Con estas escalas de primer orden, se realizó un segundo análisis dando lugar a la agrupación en tres dimensiones (Chico, 2002; Londoño et al., 2006; Pérez et al., 2014):

- *Afrontamiento focalizado en el problema*: incluye afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva y crecimiento personal, supresión de actividades distractoras, aceptación y refrenar el afrontamiento.
- *Afrontamiento focalizado en la emoción*: apoyo social instrumental y emocional, centrarse en las emociones y desahogarse.
- *Afrontamiento focalizado en la evitación*: distanciamiento conductual y mental, negación y humor.

Carver también desarrolló el *Brief COPE Inventory (BCI)* (1997), utilizado en investigaciones relacionadas con la salud que proporciona una medida breve de afrontamiento (Morán et al., 2009). Está compuesto por las dimensiones del COPE pero sustituye las escalas refrenar el afrontamiento y supresión de actividades distractoras por reinterpretación positiva, descarga emocional y autodistracción y la escala autocrítica (Krzemien et al., 2004; Krzemien, 2005). Consta de 28 ítems que evalúan 14 dimensiones de EA en dos tipos de afrontamiento (activo y pasivo) (Vargas et al., 2010).

ESCALAS DEL BRIEF COPE INVENTORY

	Activo	Pasivo
Conductual	Afrontamiento activo Planificación Apoyo instrumental	Renuncia Autodistracción Uso de sustancias
Cognitivo	Reformulación positiva Humor Aceptación	Negación Religión Autocrítica
Emocional	Apoyo emocional	Descarga emocional

Tabla 8: Escalas que conforman el Brief COPE Inventory según la modalidad de afrontamiento y el carácter activo o pasivo (Krzemien, 2005).

Cuestionario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento al estrés (Fernández-Abascal, 1997).

Compuesto por 72 ítems de seis alternativas de respuesta, evalúa 18 dimensiones: reevaluación positiva, reacción depresiva, negación, planificación, conformismo, desconexión cognitiva, desarrollo personal, control emocional, distanciamiento, supresión de actividades distractoras, refrenar el afrontamiento, evitar el afrontamiento, resolver el problema, apoyo social al problema, desconexión comportamental, expresión emocional, apoyo social emocional y respuesta paliativa. Se han hallado diferencias en cuanto al género en las escalas control emocional, apoyo social al problema, expresión emocional y control emocional siendo la primera más elevada en los hombres y el resto en las mujeres (Londoño et al., 2006; Londoño et al., 2009).

La evaluación cuantitativa de las EA también presenta ciertas limitaciones como tener que recordar la situación estresante, relatarla de forma inmediata, excesiva longitud de los instrumentos, confusión del afrontamiento con los resultados o la restricción del número de EA evaluadas (Del Valle et al., 2003). Por ello, posteriormente y para subsanar las deficiencias de estos cuestionarios, aparecieron los **métodos cualitativos** como el análisis narrativo que permite profundizar en el significado individual de la situación, aclarar qué estresor se está afrontando o descubrir nuevas formas de afrontamiento no registradas en los inventarios cuantitativos (Folkman & Tedlie, 2004; Cano et al., 2007). Un instrumento híbrido entre los métodos cuantitativos y cualitativos es el siguiente:

*Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Coping Inventory Strategy, CIS)
(Tobin et al., 1989).*

La versión original consta de 72 ítems agrupados en ocho factores primarios, cuatro secundarios y dos terciarios. Fue adaptado al español por Cano, Rodríguez & García (2007). Los ítems fueron extraídos de la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus & Folkman (1984) así como de entrevistas estructuradas, entrevistas abiertas y sesiones de tormenta de ideas. El inventario inicial constaba de 109 ítems que tras

someterse a un análisis factorial jerárquico se compuso finalmente de 72 ítems a pesar que la versión española quedó en 40 ítems comprendidos por 8 escalas primarias (Cano et al., 2007; Nava et al., 2010):

- *Resolución de problemas*: estrategias conductuales y cognitivas encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.
- *Reestructuración cognitiva*: estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante.
- *Apoyo social*: estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional.
- *Expresión emocional*: estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés.
- *Evitación de problemas*: estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante.
- *Pensamiento desiderativo*: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.
- *Retirada social*: estrategias de retirada de amigos, familiares y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante.
- *Autocrítica*: estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante.

Las escalas secundarias surgen de la agrupación de las escalas primarias.

INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

	Centrado en el problema	Centrado en la emoción
Manejo Adecuado	Resolución de problemas Reestructuración cognitiva	Apoyo social Expresión emocional
Manejo Inadecuado	Evitación de problemas Pensamiento desiderativo	Retirada social Autocrítica

Tabla 9: Escalas secundarias del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Cano, Rodríguez & García, 2007).

Las escalas terciarias surgen de la agrupación de las escalas secundarias:

- **Manejo adecuado:** incluye resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional indicando esfuerzos activos y adaptativos para compensar la situación estresante.
- **Manejo inadecuado:** incluye las subescalas evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica sugiriendo un afrontamiento pasivo y desadaptivo.

No existe un *gold standard* en la evaluación de las EA. Los instrumentos retrospectivos abordan el problema desde lo que la persona hizo, pensó o sintió pero añadiendo el sesgo que puede aportar el recuerdo. Los métodos narrativos miden las EA pero podrían pasar por alto algunas estrategias aplicadas por el sujeto. Probablemente la mejor opción sea una combinación de las anteriores. Estas escalas son herramientas útiles no únicamente para evaluar las estrategias cognitivas y conductuales que emplean los individuos sino también como instrumentos para generar propuestas de intervención y prevención en el campo clínico sobre afrontamiento al estrés (Del Valle et al., 2003; Londoño et al., 2009).

3.3. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y PATOLOGÍA DUAL

La forma en que una persona se enfrenta a una situación dependerá del tipo de EA que haya adquirido para reducir el malestar asociado al estrés. El conocimiento hasta la actualidad sugiere que las estrategias orientadas a las tareas están asociadas con menor número de complicaciones mientras que las basadas en la emoción incrementan el riesgo de padecer síntomas depresivos, ansiedad, delincuencia, problemas de salud, abuso de alcohol y otras sustancias (Dashora, Erdem & Slesnick, 2011; Scott et al., 2013).

El principal foco de estudio de las EA ha sido en relación al consumo de drogas. El uso de EA efectivas ante situaciones estresantes es un potente moderador de la relación entre el estrés y el abuso de sustancias (Kiluk, Nich & Carroll, 2011). Ante nuevos estresores, las personas con falta de estrategias adaptativas tienen más probabilidad de consumir alcohol u otras sustancias como método para hacer frente a la emoción negativa del estrés. Es realmente interesante este concepto en relación con las

recaídas ya que éstas ocurren frecuentemente debido a no disponer de otras conductas alternativas de afrontamiento (Monras, Mondon & Jou, 2010; Coriale et al., 2012). El uso de EA evitativas aumenta el riesgo de tener problemas graves con las drogas. En cambio, aquellas estrategias adaptativas como la búsqueda de soporte social son protectores de los efectos negativos del estrés (Rohsenow et al., 2004; Corbin, Farmer & Nolen, 2013). Muchos consumidores usan la sustancia como forma de automedicación ante la falta de EA adaptativas que le ayuden a enfrentarse a las situaciones estresantes del día a día. Las EA basadas en la emoción se pondrían en marcha cuando el sujeto interpreta que la situación es incontrolable o que no tiene habilidades para resolver. En cambio, el uso de EA basadas en la tarea aparece ante aquellas situaciones que el sujeto se siente confiado de poder resolver (Dashora et al., 2011; Scott et al., 2013). Por ejemplo, la relación entre la evitación y la ingesta de alcohol está relacionada con las expectativas atribuidas al consumo como son el aumento de la confianza y la reducción de la tensión (Hasking, Lyvers & Carlopio, 2011).

Con frecuencia, el consumo se usa como estrategia para responder al estrés, para aumentar el estado de ánimo positivo y reducir los efectos negativos del problema. Este tipo de estrategia puede considerarse adaptativa a corto plazo pero como estrategia ante estresores crónicos o persistentes es considerada como una respuesta desadaptativa. Una persona puede acercarse a un problema y hacer esfuerzos activos para resolverlo o puede evitarlo y centrarse en manejar las emociones asociadas al problema. (Monras et al., 2010; Urbanoski et al. 2012). En general, la evitación es un tipo de EA que aumenta las posibilidades de consumir y su desuso las disminuye incrementando la duración de los efectos del tratamiento (Tucker et al., 2005; Forys, McKellar & Moos, 2007).



Figura 9: Modelo explicativo de la relación entre las estrategias de afrontamiento y el consumo de sustancias. Modificado de Hasking, Lyvers & Carlopio (2011).

Los autores que han intentado abordar las EA en PD han constatado la influencia que su adquisición tiene en la reducción del consumo, a pesar que los estudios al respecto son escasos. La falta de interés en este campo se debe a la poca importancia otorgada a la influencia que tiene la comorbilidad, en especial la de los trastornos de personalidad, así como la dificultad de estos pacientes en evaluar objetivamente sus propias habilidades (Herrick & Elliot, 2001). Se confirma que el aprendizaje de EA influye más en la reducción del consumo y en la eliminación de las consecuencias típicas de la adicción, que en la sintomatología clínica del trastorno mental comórbido (Bradizza et al., 2009). Los pacientes duales utilizan EA más desadaptativas, basadas en la dependencia y en la desconexión de la realidad y con poca reflexión en comparación con aquellos diagnosticados de TUS. El mayor uso de estrategias disfuncionales se corresponde con más severidad de la adicción, probablemente ocasionado por la presencia de trastornos de la personalidad, sin hallarse diferencias comparando los diferentes tipos de alteraciones de la personalidad (Monras et al., 2010). Stappenbeck et al. (2014) realizaron un estudio sin precedentes donde analizaron a 78 pacientes alcohólicos con TEP y compararon el efecto de entrenamiento de dos EA: la reestructuración cognitiva y la aceptación. El aprendizaje y mayor uso de ambas EA llevó a una reducción en el consumo de alcohol a pesar que no se obtuvo ninguna influencia en la sintomatología del TEP. Respecto a la comparación entre una u otra estrategia, los sujetos que utilizaron la reestructuración cognitiva redujeron en mayor proporción el consumo de alcohol que aquellos otros que hacían uso de la aceptación.

En la siguiente tabla se recogen algunos de los estudios que han investigado sobre las EA en pacientes con PD.

AUTOR	MUESTRA	INSTRUMENTO	RESULTADOS
Herrick & Elliot (2001)	Duales (eje I o II) bajo tratamiento de deshabituación por consumo de sustancias (n=117)	PSI (<i>Problem Solving Inventory</i>)	Aumento en estrategias de resolución de problemas, reducen el consumo de sustancias y mejoran el funcionamiento en general.
Ritchie, Weldon, MacPherson & Laithwaite (2010)	Duales del espectro psicótico deshabituados de consumo de alcohol (n=5)	Entrevista semiestructurada	Entrenamiento en habilidades sociales e interpersonales mejora la adherencia y el éxito terapéutico.
Rizvi, Dimeff, Skutch, Carroll & Linehan (2011)	Pacientes con trastorno límite de la personalidad consumidores de sustancias (n=22)	<i>Behavioral Confidence Questionnaire</i>	Incremento de estrategias de regulación emocional aumenta el control de la agresividad, reduce los intentos autolíticos, mayor percepción de autoeficacia y reducción de problemas.
Ritchie, Weldon, Freeman, MacPherson & Davies (2011)	Duales (espectro psicótico, trastorno estado ánimo o trastorno personalidad) vs. consumidores de sustancias (n=83)	DTCQ (<i>Drug Taking Confidence Questionnaire</i>)	Aumento de las EA mejora el manejo del consumo y cambia las actitudes hacia las sustancias.
Bergman, Greene, Slaymaker, Hoepfner & Kelly (2014)	Duales (n=141) vs. adictos (n=159)	ARCQ (<i>Adolescent Relapse Coping Questionnaire</i>)	Sin diferencias del uso de EA en mejoras postratamiento, tiempo duración abstinencia o sintomatología psiquiátrica

Tabla 10: Estudios relacionados con las estrategias de afrontamiento en pacientes duales.

En conclusión, parece que el uso de EA desadaptativas, como las basadas en la emoción, son un factor de riesgo para el consumo de sustancias y que la adquisición de estrategias adaptativas ayudan a reducir el consumo, mantener la abstinencia y aumentar la adherencia. Todavía queda pendiente comparar las EA entre TUS y PD, el beneficio obtenido tras un tratamiento en estrategias adaptativas así como si la presencia de patología mental comórbida al TUS es un factor relevante en cómo hacer frente a una situación de estrés. Es necesario desarrollar estudios en esta dirección y valorar el peso que las EA solas o junto a otras variables puedan tener sobre la reducción del consumo y la abstinencia (Litt, Kadden & Kabela, 2009). En este sentido, las intervenciones que incorporan entrenamiento en EA han evidenciado eficacia en la reducción del consumo

y mejoría del funcionamiento general de las personas tanto adictas como duales (Herrick & Elliot, 2001; Ritchie et al., 2010; Rizvi et al., 2011).

Calidad de vida

4.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La OMS define la calidad de vida (CV) de una persona como “*la percepción individual de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de los valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses*” (Morales-Manrique et al., 2006; Victor, Johnson & Gotlib, 2011; Tracy et al., 2012).

El concepto CV inicialmente se relacionó con la prosperidad financiera, midiendo los niveles económicos de la población sin tener en cuenta el componente humano ni los sentimientos generales sobre el bienestar. Posteriormente, se conceptualizó desde el modelo sociológico, operativizando el concepto en términos de subjetividad del bienestar, teniendo en cuenta la satisfacción con la vida que manifestaban los individuos. Finalmente, surgió una nueva aproximación hacia el concepto desde la medicina, focalizándose en los síntomas auto-informados por los pacientes con alguna patología. Se intentó evaluar el impacto de los tratamientos oncológicos y la percepción de bienestar de los pacientes, lo que desde entonces marcó la evolución del concepto CV hasta nuestros tiempos (Zubaran & Foresti, 2009).

La CV se trata de un concepto multidimensional que engloba aspectos como la salud física, psicológica, relaciones sociales, condiciones del entorno y espiritualidad (Megens & Van Meijel, 2006; Pedrero, Olívar & Chicharro, 2008; Best et al., 2013). Se relaciona con la subjetividad ya que no siempre puede ser evaluada mediante métodos cuantificables y objetivos. Evaluar la percepción de salud de los pacientes es importante para medir la eficacia y eficiencia de los tratamientos, para valorar la calidad de la atención, para determinar las necesidades de la población, para mejorar las decisiones médicas y para entender las causas y las consecuencias de las diferencias en salud (Robinson, 2006). Se ha producido un auge en el interés por el concepto acumulándose una gran cantidad de estudios debido, por un lado, al aumento de la esperanza de vida que ocasiona más pacientes crónicos, y por otro lado, a los avances tecnológicos en medicina que hacen necesario evaluar su eficacia. Ejemplo de ello es el dato de que entre 1966 y 2005 se publicaron un total de 76.698 artículos relacionados con la CV (Moons, Budts & De Geest, 2006).

En general, los autores determinan que el concepto CV debe incluir como mínimo una dimensión física, otra psicológica y un componente social (Dey, Landolt & Mohler-Kuo, 2012; Makai et al., 2014). Una de las definiciones más completas la realizó Ware (1976) donde remarcaba la importancia de incluir en su evaluación la satisfacción con la vida, la plenitud en los papeles sociales y de trabajo, la sensación de ser productivo, útil o influyente, la sensación de control sobre el entorno y destino, la autoestima, la plenitud espiritual, el sentido de integración social en la comunidad, el sentimiento de seguridad en el presente y en el futuro y el sentido de la diversión y el placer (Ware & Sherbourne, 1992).

En la actualidad todavía existe una falta de consenso en la conceptualización de la CV, ya que cada autor da prioridad a unas dimensiones en relación a otras. Esta situación ha ocasionado que el término sea ambiguo (Moons et al., 2006; Robinson, 2006). Tradicionalmente CV y CVRS (calidad de vida relacionada con la salud) han sido términos intercambiables a pesar que son dos conceptos distintos (*ver figura 12*). Una persona con graves problemas de salud no tiene porque tener una mala CV. Los

investigadores con frecuencia confunden estos dos conceptos. La CVRS mide los efectos de la enfermedad en el funcionamiento diario de los sujetos, con especial atención a las limitaciones físicas y psicológicas mientras que la CV hace referencia a la satisfacción de una manera holística y multidimensional (Olatunji, Cisler & Tolin, 2007; Dey et al., 2012). El concepto CVRS representa las respuestas individuales a los efectos físicos, mentales y sociales que una enfermedad produce sobre la vida de una persona (Lozano et al., 2007; De Maeyer, Vanderplasschen & Broekaert, 2010) y se focaliza en aquellos aspectos de la vida que se hallan afectados por la enfermedad, dejando al margen otras áreas de la vida (Zurbarán & Foresti, 2009).

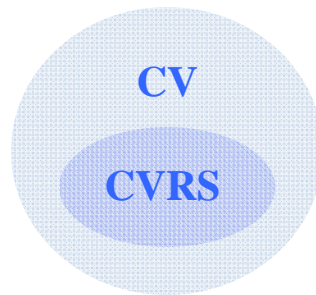


Figura 10: Conceptualización actual de la relación entre CV (calidad de vida) y CVRS (calidad de vida relacionada con la salud). Tomado de Makai et al. (2014).

La confusión conceptual entre CV y CVRS ha influido en la elaboración y uso de instrumentos de medida que originalmente se construyeron para medir la salud libre de patología y se han generalizado para la medida de la CVRS (Megens & Van Meijel, 2006; Moons et al., 2006). Los autores se han centrado en la medida y propiedades psicométricas del concepto, dejando al margen la definición conceptual del término. Todavía perdura esta tendencia y la falta de consenso internacional sobre la CV, lo que repercute en que las investigaciones reduzcan su interés por el término, en especial en poblaciones como la PD.

4.2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Los instrumentos de medida sobre CV se han utilizado con tres objetivos principales (Morales-Manrique et al., 2006; Zubarán & Foresti, 2009), clasificándose en:

Instrumentos discriminantes que sirven para medir si un sujeto presenta peor o mejor CV en un momento concreto.

Instrumentos evaluativos que evalúan cuánto ha evolucionado la CV de los sujetos en dos momentos distintos.

Instrumentos predictivos que intentan predecir la CV futura partiendo de una única medición.

La mayoría de instrumentos de evaluación sobre CV varían en relación a sus propiedades psicométricas, número de dimensiones y contenido de las escalas. Una

reciente revisión de 11 instrumentos de medida sobre CV ha determinado que las dimensiones más evaluadas son el trabajo, salud, ocio, situación de vida y relaciones sociales (Connell, O’Cathain & Brazier 2014) pero sigue sin conseguirse un consenso sobre su definición. La mayoría de investigaciones evalúan la eficacia de las intervenciones, los efectos adversos de los tratamientos y el impacto de la enfermedad a lo largo del tiempo dejando al margen la conceptualización del término (Valderas, Ferrer & Alonso, 2005; Tracy et al., 2012; Ting Su et al., 2014).

Debido a la variedad de instrumentos de medida sobre CV, se han realizado múltiples intentos de sistematizarlos. La *International Society for Quality of Life Research* (www.isoqol.org) o la *Red de Investigación en Resultados y Servicios Sanitarios* (Red IRYSS) (www.fgcasal.org/redirys) en España tienen como uno de sus objetivos la evaluación sistematizada de los instrumentos de medida sobre CVRS. En esta línea, el proyecto ePRO (Evaluación de Resultados Percibidos por los Pacientes) surgió con la necesidad de elaborar un procedimiento estandarizado que permitiera evaluar los instrumentos de medida sobre CV y CVRS para su uso en la práctica e investigación clínica. Para ello, el comité científico del *Medical Outcome Trust* elaboró una guía con 8 directrices fundamentales que debían constar en cualquier instrumento de medición (Valderas et al., 2005): modelo conceptual y de medida; fiabilidad; validez; sensibilidad al cambio; interpretabilidad; carga para el entrevistado y entrevistador; formatos de administración y adaptación cultural y lingüística.

Los instrumentos de medida sobre CVRS tradicionalmente se han dividido en dos grandes grupos: genéricos y específicos. Los **instrumentos de medida genéricos** no se relacionan con ninguna enfermedad en particular y evalúan un amplio espectro de dimensiones relacionadas con la CV que de manera general incluyen: aptitud física, relaciones sociales, bienestar mental, percepción física global y calidad de vida general (Connell et al., 2012; Makai et al., 2014). Este tipo de instrumentos han sido construidos tanto para población general como clínica con el objetivo de evaluar la presencia de síntomas así como el impacto de los tratamientos. Algunos de los cuestionarios genéricos más utilizados y sus escalas se resumen en la siguiente tabla.

INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA CV Y CVRS

WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality of Life Instrument*):

Salud física, salud psicológica, relaciones sociales, salud ambiental y CV general.

MOS-SF-35 (*Medical Outcome Study Short-Form*):

Percepción general de salud, dolor, incapacidad, funcionamiento laboral, funcionamiento social, salud mental, energía y fatiga, grado de preocupación por la salud, funcionamiento cognitivo, percepción del cambio de salud.

SF-36 (*Short-Form Health Survey*):

Salud física, salud general, salud mental, dolor corporal, limitación en la vida cotidiana, funcionamiento social, vitalidad.

QOLI (*Quality of Life Index*):

Autoestima, metas y valores, salud, educación, trabajo, creatividad, juego, ayuda otros, amigos, vecindario, comunidad, vivienda, niños, amor, dinero, parientes.

HRQOL (*Health-Related Quality of Life Battery*):

Energía y fatiga, conducta social, funcionamiento cognitivo, funcionamiento en el hogar y bienestar general.

RSCL (*Rotterdam Symptoms Checklist*):

Síntomas físicos, síntomas psíquicos, actividades de la vida diaria y calidad de vida global.

LSS (*Life Situation Survey*):

Sueño, autoestima, salud, ingresos, nutrición, autonomía, tensión, apoyo afectivo, trabajo, ambiente, ocio, nivel de energía, igualitarismo, humor, amor y afecto, movilidad, apoyo público, seguridad, perspectiva, apoyo social.

EQ-5D:

Movilidad, cuidado personal, actividades de la vida diaria, dolor y malestar, ansiedad y depresión.

Tabla 11: Instrumentos y escalas de medición de CV (Calidad de Vida) y CVRS (Calidad de Vida Relacionada con la Salud) más utilizados. Modificado de Morales-Manrique (2006).

En cambio, los **instrumentos específicos** se construyen con el objetivo de evaluar pacientes que padecen enfermedades concretas. Estos cuestionarios son más escasos e incluyen aquellas dimensiones relevantes de la CV que se hallan vinculadas con la enfermedad a evaluar (Polinder et al., 2010; Tracy et al., 2012). Algunos de los test específicos son: **IDUQOL (*Injection Drug Use Quality of Life*)** que mediante 21 ítems evalúa la CV de adictos a drogas inyectables a través de escalas como la reducción de daños, la educación y el tratamiento de drogas. También existe el **HRQOLDA (*Health-Related Quality of Life in Drug Abusers*)** que mediante 20 ítems

mide la salud física y psicológica así como el funcionamiento social en drogodependientes (Pedrero et al., 2008; Wan et al., 2011).

De la abundante investigación sobre CVRS, dos son los instrumentos ampliamente validados y utilizados por la comunidad científica tanto para población general como clínica: el SF-36 y el WHOQOL-BREF (Chen et al., 2011; Schmidt et al., 2012; McPherson & Martin, 2013; Ting Su et al., 2014):

SF-36 (Short-Form Health Survey) (Ware & Sherbourne, 1992)

Desarrollado en la década de los 90 en EUA, se trata de una escala genérica que posee excelentes propiedades psicométricas convirtiéndose en uno de los instrumentos con mayor potencial en la evaluación de la CV y CVRS (Vilagut et al., 2005; Laaksonen et al., 2006). Está constituida por 35 ítems agrupados en 8 dimensiones: función física, rol físico, rol emocional, función social, salud mental, salud general, dolor corporal y vitalidad. Contiene un ítem adicional que no forma parte de ninguna dimensión y que mide el cambio de salud con el transcurso del tiempo (Iraurgi, Póo & Márkez, 2004; Leese et al., 2008; Vilagut et al., 2008). Se le cuestiona el no incluir conceptos de salud como el sueño, sexo, función cognitiva o la función familiar, una limitación importante para aquellos estudios donde se pretende estudiar los efectos adversos de ciertos tratamientos (McPherson & Martin, 2013). Existen dos versiones del cuestionario: la versión estándar que se aplica considerando las 4 semanas precedentes y la versión aguda que se aplica considerando la semana anterior.

El cuestionario está dirigido a personas mayores de 14 años y en la actualidad se dispone de valores de referencia para todas las décadas de la vida (incluso mayores de 85 años), habiéndose utilizado tanto para patologías físicas (obesidad, enfermedades cardíacas, cáncer, diabetes, etc) como para patologías mentales (depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar y adicciones) (Leese et al., 2008; McPherson & Martin, 2013; Ting Su et al., 2014). Se ha traducido a múltiples idiomas, entre ellos el catalán y el euskera. Las subescalas están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el

estado de salud y dispone de normas poblacionales de referencia según el grupo de edad y el sexo (Vilagut et al., 2005; Schmidt et al., 2012).

La aplicación del SF-36 es breve (entre 5 y 10 minutos) pero el tener que aplicar el cuestionario en contextos con limitaciones de tiempo llevó a la creación de una versión reducida, el **SF-12 (Short-Form Health Survey)** que incluye la evaluación del componente físico y mental en 2 minutos. El SF-12 conlleva una pérdida de precisión en relación al SF-36, aunque en muestras grandes (500 sujetos o más), las diferencias quedan minimizadas. Existen dos versiones: *SF-12v1* y el *SF-12v2*. La diferencia radica en que mientras la versión 1 sólo permite calcular dos puntuaciones (el componente físico y mental), la versión 2 permite calcular las 8 dimensiones originales del SF-36 (Vilagut et al., 2008; Schmidt et al., 2012). Recientemente se ha desarrollado el **SF-8 (Short-Form Health Survey)**, una versión de 8 ítems que contiene un único ítem para cada una de las dimensiones a evaluar. Fue construido para sustituir al SF-36 y al SF-12 en estudios de salud poblacional con grandes muestras y sus propiedades psicométricas son adecuadas (Vilagut et al., 2005; 2008).

WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) (1991)

El grupo de trabajo de la OMS sobre CV empezó a desarrollar un instrumento para medir este concepto de manera internacional con la colaboración de más de 15 países (Fang et al., 2011; Lucas, 2012). El resultado fue la creación del **WHOQOL-100**, un cuestionario que consta de 100 ítems organizados en 6 dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales, salud ambiental, nivel de independencia y espiritualidad-religión y creencias personales (García & LePage, 2010; Skevington, Gunson & O'Connell, 2013; Benítez, Guàrdia & Urzúa, 2014). El mismo equipo de trabajo diseñó una versión reducida del cuestionario para usar en situaciones con límite de tiempo, el **WHOQOL-BREF**, que incluye 26 ítems: CV en general (1 ítem); satisfacción con la salud (1 ítem); salud física (7 ítems); salud psicológica (6 ítems); relaciones sociales (3 ítems) y salud ambiental (8 ítems) (García & LePage, 2010; Ting Su, et al., 2014;). Los ítems puntúan en una escala tipo Likert con 5 alternativas de respuesta donde a mayor puntuación mejor es la CVRS. La WHOQOL-BREF explica

el 95% de la varianza del WHOQOL-100 y algunos estudios han demostrado que WHOQOL-BREF y el BDI (Inventario de depresión de Beck) comparten varios ítems (tristeza, insatisfacción, baja energía, insomnio, imagen corporal y relaciones sociales), sugiriendo que ambos instrumentos pueden estar midiendo parte de un mismo fenómeno (Aigner et al., 2006).

El WHOQOL-BREF es un instrumento válido en la evaluación de programas de rehabilitación psicosocial y en la efectividad de programas de intervención (Aigner et al., 2006; Lucas, 2012; Benítez et al., 2014). Recientemente, se ha diseñado el [WHOQOL-OLD](#) para gente mayor. Éste necesita más tiempo de aplicación debido a la población a la que va dirigido e incluye algunas problemáticas típicas de la edad como son las habilidades sensoriales, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte e intimidad (Power et al., 2005; Bowling, 2009; Fang et al., 2011). Recientemente se ha desarrollado la [WHOQOL-HIV-BREF](#), diseñada para medir la CV en pacientes con VIH a partir del WHOQOL-100, que consta de 31 ítems que miden la esfera física, psicológica, el nivel de independencia, las relaciones sociales, la salud ambiental, espiritualidad y CV en general (Saddki et al., 2009; O'Connell & Skevington, 2012; Pereira et al., 2014).

La evaluación de la CV y CVRS en la adicción y la enfermedad mental se ha realizado siempre con instrumentos genéricos, principalmente el SF-36 y el WHOQOL-BREF, que no consideran la complejidad y particularidad de cada patología. Una reciente revisión sobre el concepto en pacientes con patología mental concluyó que un número considerable de dimensiones como bienestar y malestar, control, autonomía y elección, autopercepción, pertenencia, actividad, esperanza y desesperanza y salud física no quedan recogidas en los instrumentos genéricos (Connell et al., 2014). La utilidad del término en el ámbito de la adicción tiene su mayor relevancia en la reducción de daños, donde se intenta que el consumo afecte lo menos posible a la CV del adicto (Lozano et al., 2007; Zubarán & Foresti, 2009). Aunque los instrumentos genéricos mantienen una buena medida del término (Lucas, 2012; McPherson & Martin,

2013), se han creado cuestionarios específicos con la finalidad de incluir aspectos sociales o psicológicos (Pedrero et al., 2008; Ting Su et al., 2014). Quedando constancia de las limitaciones de estos instrumentos en la evaluación de la adicción y la enfermedad mental, podemos prever las dificultades que aparecerán con su utilización en la evaluación de la CV en PD.

4.3. CALIDAD DE VIDA Y PATOLOGÍA DUAL

El estudio de la CV y la patología mental es un campo de creciente interés. Los estudios precedentes han confirmado la reducción de la CV en pacientes con patología mental, principalmente en esquizofrenia, trastorno bipolar o depresión, ya que estos pacientes presentan mayor comorbilidad, mortalidad, problemas psicosociales y de salud como número de hospitalizaciones e intentos de suicidio (Schechter, Endicott & Nee, 2007; Kilbourne et al., 2009; Ponizovsky et al., 2010; Sylvia et al., 2013). La presencia de TMS como la depresión o el trastorno bipolar reducen la CV en comparación con la población normal (Nuevo et al., 2010; Priebe et al., 2011; Dey et al., 2012; Zeng, Xu & Wang, 2013; Abraham et al., 2014).

La mayoría de investigaciones no se preocupan de la comorbilidad y su efecto en la CV (Cramer, Torgersen & Kringlen, 2006; Karow et al., 2010; Martínez, Graña & Trujillo, 2010). En general, la CV empeora en las personas con comorbilidad, siendo superior el impacto con presencia de sintomatología depresiva en comparación con la

sintomatología ansiosa (Watson, Swan & Nathan, 2011). La fase depresiva de un trastorno bipolar genera peor CV en comparación con la fase maníaca, no hallándose diferencias entre pacientes psicóticos y bipolares (Saarni et al., 2010).

Estudios recientes, sin embargo, intentan ampliar el foco de interés hacia otros factores como el deterioro cognitivo típico de la esquizofrenia donde la peor velocidad de procesamiento, memoria de trabajo, aprendizaje, memoria verbal y visual, razonamiento y resolución de problemas, acaban afectando a la CV (Tolman & Kurtz, 2012). El inicio de la enfermedad mental es otro factor de riesgo en el deterioro de la CV. Pacientes con un inicio precoz sufren mayor deterioro (Chen et al., 2011) ya que la adaptación a la enfermedad y la mejora en la CV ocurren en etapas tardías (Folsom et al., 2009). Los efectos adversos de los psicofármacos también pueden repercutir en la CV, siendo los efectos extrapiramidales de los antipsicóticos uno de los factores más importantes en la reducción de la CV de los pacientes con esquizofrenia (Ritsner et al., 2012; Zeng et al., 2013). La duración del trastorno, los intentos de suicidio, el nivel de funcionamiento premórbido, el consumo de drogas, la capacidad de *insight* y el desgaste familiar son también factores remarcables (Kasckow et al., 2007; Kilbourne et al., 2009; Victor et al., 2011; Renwick et al., 2012; Bowman et al., 2014).

La presencia de trastornos de la personalidad tiene un peso importante en la CV ocasionando un peor ajuste psicosocial en comparación con los pacientes con trastornos del eje I (Fassino et al., 2004; Karow et al., 2010; Martínez et al., 2010). Los estudios coinciden en la observación de que son los pacientes histriónicos, obsesivo-compulsivos y narcisistas los que mejor CV presentan (Cramer et al., 2006; Karow et al., 2008; Martínez, Graña & Trujillo, 2011). El temperamento es también un factor clave (Chicharro, 2005; Pedrero & Rojo, 2008), la presencia de puntuaciones superiores en evitación del daño e inferiores en dependencia a la recompensa empeoran la CV y el funcionamiento social (Kurs, Farkas & Ritsner, 2005).

Los pacientes con TUS acostumbran a tener peor CV respecto a la población general (Smith & Larson, 2003; Cramer et al., 2006; Karow et al., 2010; Tracy et al.,

2012; Essex et al., 2014) o la población con TMS (esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar) (Preau et al., 2007; Roe et al., 2010; Karow et al., 2011; Barnes et al., 2012) mostrando mayor afectación en las relaciones sociales, las enfermedades físicas y la satisfacción con la vida (Maremmani et al., 2007; Heslin et al., 2011; Luquiens et al., 2012). De ahí la relevancia de incluir la evaluación de la CV en estos pacientes. La abstinencia es un factor clave en el aumento de su CV (Becker, Curry & Yang, 2011; Marini et al., 2013; Essex et al., 2014). El *craving* y las creencias relacionadas con su tratamiento afectan a la adherencia y a la motivación (Baumann et al., 2004; Martínez et al., 2010; 2011). La mayoría de estudios observan que la CV es peor en las mujeres adictas en comparación con los hombres (Pedrero & Rojo, 2008; Lev-Ran et al., 2012), si bien algunos autores no hallan diferencias (Iraurgi et al., 2004; Giacomuzzi et al., 2005).

La presencia de PD suele incrementar la vulnerabilidad a padecer enfermedades médicas (Mueser et al., 1998; Mueser & Gingerich, 2013), lo que se relaciona con menor motivación por el cambio y mayor dificultad en la adherencia al tratamiento (Baena & López, 2006; Arias et al., 2013; Borge et al., 2013). Los datos sugieren que la CV se encuentra más afectada en los pacientes duales en comparación con los adictos o enfermos mentales, en especial la salud mental y física, con grandes limitaciones en las actividades de la vida diaria (Herman et al., 2004; Margolese et al., 2006; Saatcioglu, Yapizi & Camak, 2008; Ralevsky et al., 2014). A mayor gravedad en la sintomatología psiquiátrica peor es la CV, en especial para el funcionamiento mental en los pacientes con PD. Ello posiblemente ocasionado, junto con la comorbilidad, por el elevado uso de psicofármacos, los intentos de suicidio y el alto consumo de cafeína (Xie et al., 2005; Astals et al., 2008; Kilbourne et al., 2009; Benaiges et al., 2012).

En la siguiente tabla se recogen algunos de los estudios que han aportado diferencias significativas en CV considerando pacientes con PD.

AUTOR	MUESTRA	INSTRUMENTO	RESULTADOS
Singh, Mattoo, Sharan & Basu (2005)	Grupo dual (n=40); grupo bipolar (n=40); grupo adicto (n=40); grupo control (n=40)	WHOQOL-BREF	PD peor CV en comparación con TMS o TUS
Bizarri, Rucci, Valotta, Girelli, Scandolari, Zerbetto, Sbrana, Iagher & Dellantonio (2005)	Grupo adicto opiáceos (n=57); grupo dual (n=41)	WHOQOL-BREF	PD peor CV sobre todo en dimensión física y mental
Margolese, Negrete, Tempier & Gill (2006)	Grupo dual (esquizofrenia + TUS); grupo esquizofrenia (n=147)	SDLS (<i>Satisfaction with Life Domains Scale</i>)	PD peor CV
Saatcioglu, Yapizi & Camak (2008)	Grupo ansiedad y alcoholismo (n=50); grupo depresión y alcoholismo (n=50); grupo alcoholismo (n=50)	WHOQOL-BREF	PD peor CV en comparación con TMS
Lev-Ran, Le Foll, McKenzie & Rehm (2012)	Grupo dual regular (n=144); grupo dual ocasional (n=181); grupo TMS (n=4427)	SF-12	PD peor CV Mayor afectación de la dimensión mental Los duales regulares empeoramiento en comparación con duales ocasionales
Ralevsky, Gianole, McCarthy & Petrakis (2014)	Duales alcohólicos vs. TMS (n=238)	QLS (<i>Quality of Life Scale</i>)	PD peor CV Abstinencia mejora la CV; Síntomas psiquiátricos empeora la CV

Tabla 12: Estudios relacionados con la CV en pacientes duales. PD: patología dual; CV: Calidad de vida; TMS: trastorno mental severo.

La medición de la CV se utiliza para evaluar la eficacia de los tratamientos y las repercusiones que las patologías y sus consecuencias tienen en la vida de los enfermos. Es importante seguir investigando en mejorar su conocimiento, en especial con pacientes duales ya que éstos sufren en mayor grado un deterioro de su CV como consecuencia de la comorbilidad. Un mayor interés en este campo puede revertir en estrategias de intervención más eficaces, la reducción de los costes asistenciales, en disminuir las recaídas y las tasas

de abandono, aumentando en último término la CV de estos pacientes y el control de ambas patologías.

II. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Metodología

5.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivos generales

Los objetivos generales de esta tesis se pueden resumir en dos grandes bloques:

- Describir las características de personalidad, las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de pacientes diagnosticados de TUS con o sin comorbilidad psiquiátrica (esquizofrenia o depresión) en tratamiento. También se describen las características sociodemográficas, clínicas y de consumo que pudieran ser significativas para este tipo de pacientes con el objetivo de hallar un perfil característico que pueda ayudar en su diagnóstico e intervención.
- Comparar las características de personalidad, las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida considerando el grupo experimental (Dual, TUS, TMS) y la posible influencia del diagnóstico clínico del

TMS (esquizofrenia y depresión) para explorar si existe un perfil diferenciado en la PD.

Objetivos específicos

Los objetivos específicos se dividen como sigue atendiendo a las variables estudiadas:

Objetivos específicos sociodemográficos y clínicos

- Describir las características sociodemográficas y clínicas, incluido el consumo, que definen al grupo dual y establecer semejanzas y diferencias con el resto de grupos.
- Determinar si existen diferencias entre las variables sociodemográficas y clínicas según la presencia de ciertas dimensiones de personalidad, estrategias de afrontamiento y CVRS.
- Analizar la influencia del diagnóstico clínico de trastorno mental severo (esquizofrenia o depresión) en la PD tanto en relación a las variables sociodemográficas y clínicas como en las características de personalidad, estrategias de afrontamiento y CVRS.

Objetivos específicos de personalidad

- Describir cuales son las características de personalidad e impulsividad que se asocian a los pacientes con PD considerando los modelos psicobiológicos de la personalidad de Cloninger (temperamento y carácter) y Zuckerman (cinco factores alternativos) y el modelo de impulsividad funcional y disfuncional de Dickman.

- Evaluar si existen diferencias en las dimensiones de personalidad e impulsividad entre los tres grupos experimentales: Dual, TUS y TMS.
- Describir los rasgos de personalidad e impulsividad y las posibles diferencias según el diagnóstico clínico sea de esquizofrenia o depresión en los pacientes con PD y sólo TMS.
- Comparar las posibles diferencias significativas en las características de personalidad e impulsividad según se padezca esquizofrenia con o sin TUS o depresión con o sin TUS.

Objetivos específicos de las estrategias de afrontamiento

- Describir las EA relacionadas con el tratamiento presentes en los pacientes con PD.
- Determinar las diferencias en el uso de las EA relacionadas con el tratamiento según se sufra PD, TUS o TMS que permita definir un estilo de afrontamiento característico en los duales respecto a la presencia de sólo un diagnóstico.
- Describir las EA más utilizadas según se padezca diagnóstico de esquizofrenia o depresión que pueda resultar de utilidad en la comprensión del origen y pronóstico de la enfermedad mental.
- Analizar si existe un patrón diferenciado de EA según el diagnóstico clínico (esquizofrenia o depresión) y la presencia o ausencia de TUS.

Objetivos específicos de calidad de vida relacionada con la salud

- Describir la CVRS en los pacientes con diagnóstico de PD para poder ahondar en las consecuencias que tiene la comorbilidad en la salud física y mental.
- Comparar la CVRS de los pacientes con PD en relación con los diagnosticados sólo de TUS o sólo de TMS (esquizofrenia o depresión) con la finalidad de corroborar la mayor afectación de la comorbilidad y poder determinar en qué áreas existe dicha afectación.
- Profundizar en la posible afectación de la CVRS de los pacientes que sufren esquizofrenia o depresión para comprender mejor aquellas áreas funcionales afectadas según el tipo de enfermedad mental con posibles sugerencias para el abordaje terapéutico en el futuro.
- Analizar el impacto diferencial en la CVRS según el diagnóstico clínico (esquizofrenia o depresión) y la presencia o ausencia de TUS.

A continuación se presenta un esquema resumen con los objetivos específicos de la tesis:

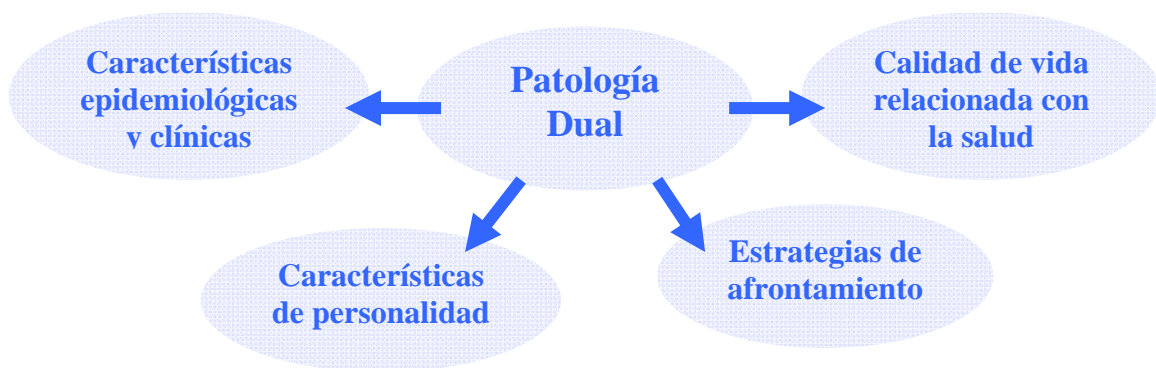


Figura 11: Objetivos de la investigación

Hipótesis

Si bien el diseño de nuestra investigación carece de precedentes, a partir de los resultados parciales previos existentes planteamos las siguientes hipótesis:

- Esperamos obtener unas características sociodemográficas, clínicas y relacionadas con el consumo más deterioradas y con mayores complicaciones en el grupo dual en comparación tanto al grupo de pacientes sólo con TUS como en el sólo afectado por TMS.
- Las características sociodemográficas, clínicas y relacionadas con el consumo se hallarán moduladas en los pacientes con PD según si el tipo de TMS comórbido es la esquizofrenia o la depresión.
- Los rasgos de personalidad de los pacientes con PD se caracterizarán por la elevada búsqueda de sensaciones e impulsividad en comparación con los pacientes con TUS o TMS.
- En relación a las estrategias de afrontamiento, los pacientes duales aportarán un mayor uso de las disfuncionales, especialmente aquellas basadas en la emoción, como consecuencia de la comorbilidad. En cambio, serán los pacientes sólo con diagnóstico de TUS los que muestren unas estrategias de afrontamiento menos disfuncionales.
- El grupo con PD será el que muestre peor calidad de vida relacionada con la salud comparado con los grupos TUS y TMS. Ello se constatará tanto en su dimensión física como mental.
- Las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida relacionada con la salud se hallarán afectadas en los pacientes con PD según el tipo de TMS comórbido, esquizofrenia o depresión.

No queremos terminar este apartado sin mencionar que el presente trabajo se enmarca dentro de un proyecto de investigación más amplio donde se investigan otras áreas de la PD como son el rendimiento neuropsicológico, los ritmos circadianos y las posibles diferencias de género.

5.2. PARTICIPANTES

La muestra de este estudio se compuso de un total de 102 pacientes de sexo masculino, de edades comprendidas entre los 25 y 56 años ($39,56 \pm 7,09$). Se incluyeron sólo hombres debido a la elevada prevalencia de este sexo en la PD y en los centros que colaboraban en la derivación de los pacientes. El total de participantes se distribuía en tres grupos:

- **Grupo Dual:** formado por 34 pacientes que padecían una enfermedad mental (20 con trastorno psicótico y 14 con trastorno depresivo) comórbida a un TUS. Los pacientes estaban en fase de abstinencia de la adicción por un periodo mínimo de 6 meses y estables en relación a su diagnóstico de TMS.
- **Grupo TUS:** constituido por 34 pacientes que padecían exclusivamente diagnóstico de TUS del cual estaban abstinentes por un periodo mínimo de 6 meses.

- **Grupo TMS:** formado por 34 pacientes que sufrían únicamente un trastorno mental (20 con trastorno psicótico y 14 depresivos) y que no habían sido diagnosticados de un TUS con anterioridad. Todos ellos se hallaban estables de su diagnóstico de TMS.

Los participantes en esta investigación fueron derivados por diversos centros colaboradores de drogodependencias y de salud mental, donde se hallaban recibiendo tratamiento específico para la patología psiquiátrica que padecían. Los centros (ordenados alfabéticamente) derivadores de pacientes participantes fueron:

CAS del Hospital Universitario de la Vall d'Hebron de Barcelona.
 Centro de día Septimània de Barcelona.
 Comunidad terapéutica La Coma de Monistrol.
 Cruz Roja Española.
 Fundación Llar Padua de Vilanova i la Geltrú.
 Fundación Proyecto Hombre Catalunya.

Se determinaron una serie de criterios generales de inclusión y exclusión para poder participar en este estudio. Los **criterios de inclusión** al estudio fueron:

- Diagnóstico de trastorno depresivo mayor o esquizofrenia siguiendo los criterios del DSM-IV-TR (2000), hallándose en tratamiento psiquiátrico y con la patología estabilizada. La selección de estos trastornos se fundamentó tanto en su elevada prevalencia entre los pacientes duales como en ser los que principalmente padecía la muestra de pacientes de los centros derivadores.
- Diagnóstico de TUS, siguiendo los criterios del DSM-IV-TR (2000), para los grupos con PD y TUS. En estos casos, se aceptaban participantes que estuvieran en remisión de la adicción con un periodo mínimo de 6 meses.
- Edad entre 19 y 55 años para no ser excesivamente joven y tener una corta evolución de ambas patologías así como tampoco de edad avanzada para

evitar sesgar los resultados con los posibles cambios de personalidad y el declive del estado de salud física y psíquica asociados a la edad.

- Se aceptaba el consumo de nicotina y cafeína, evaluándose la cantidad diaria consumida de ambas sustancias debido a la elevada comorbilidad entre su consumo y tanto los TMS como el TUS.
- Ser de sexo masculino.

Los **criterios de exclusión** establecidos fueron los siguientes:

- Comorbilidad con otras patologías mentales que no fueran trastornos del espectro psicótico y depresión mayor.
- Presentar un nivel de conciencia bajo, estado confusional, deterioro cognitivo global, trastornos de la comprensión o de la expresión del lenguaje que imposibilitasen la aplicación de las pruebas.
- Conducta violenta durante la exploración.
- Consumo de sustancias activo. En los centros donde existía el protocolo se corroboraba mediante determinaciones de urinoanálisis y en los que no nos basábamos en el criterio del equipo clínico responsable del paciente.

5.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Las pruebas diagnósticas y cuestionarios de personalidad, así como la evaluación de las estrategias de afrontamiento y la CV seleccionados para su aplicación en esta investigación se describen a continuación.

Datos sociodemográficos y clínicos

Historia clínica

Se recogieron los datos sociodemográficos y clínicos que pudieran ofrecer información relevante para el estudio mediante una entrevista estructurada creada exclusivamente para el presente estudio por los investigadores del mismo (*Ver Anexo I*). Las variables registradas fueron: estado civil, convivencia, clase socioeconómica, nivel de estudios, situación laboral, enfermedades físicas, antecedentes psiquiátricos, intentos de suicidio, inicio del diagnóstico clínico y/o del abuso de sustancias, tratamiento farmacológico actual, tipología de sustancias de abuso consumidas, horarios

del ciclo sueño-vigilia, consumo de nicotina, consumo de cafeína e impresión clínica global.

SCID-I (First et al., 1999)

Entrevista clínica estructurada para el eje I del DSM-IV-TR. La SCID-I se trata de una entrevista semiestructurada que requiere ser aplicada por clínicos con experiencia y es una de las más utilizadas en psiquiatría. Permite realizar diagnósticos de trastornos del eje I y descartar que los trastornos mentales sean secundarios al TUS. El tiempo de administración se sitúa entre 1 y 2 horas. Se utilizó la versión española adaptada y validada (First et al., 2000).

PANSS (*The Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia*) (Kay et al., 1987)

Se trata de una escala heteroaplicada que evalúa el síndrome esquizofrénico y que se cumplimenta a partir de una entrevista semiestructurada de unos 45 minutos de duración. Evalúa 4 escalas (Gil et al., 2009):

- *Escala positiva:* evalúa síntomas como delirios, desorganización conceptual, conducta alucinatoria, excitación, grandiosidad, suspicacia/perjuicio y hostilidad. Formada por 7 ítems.
- *Escala negativa:* evalúa síntomas tales como embotamiento afectivo, retracción emocional, pobre relación, retracción social/apatía pasiva, dificultad de pensamiento abstracto, falta de espontaneidad/fluidez de la conversación y pensamiento estereotipado. Consta de 7 ítems.
- *Escala de psicopatología general:* evalúa la presencia de otro tipo de síntomas en el paciente esquizofrénico como son las preocupaciones somáticas, ansiedad, sentimientos de culpa, tensión motora, manierismos y posturas, depresión, retraso motor, falta de colaboración, contenidos inusuales del pensamiento, desorientación, atención deficiente, ausencia de

juicio e introspección, control deficiente de impulsos, preocupación y evitación social activa. Consta de 16 ítems.

- *Escala compuesta:* evalúa la predominancia de la escala positiva sobre la negativa o viceversa.

Se utilizó la versión española (Peralta & Cuesta, 1994). Las escalas positiva y negativa tienen una buena fiabilidad interna, de 0,71 y 0,80 respectivamente mientras que la de la escala de psicopatología general es de sólo 0,56. La escala PANSS se administró únicamente a los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de los grupos dual y TMS.

Escala de depresión de Hamilton (Hamilton, 1960)

Escala heteroaplicada diseñada para pacientes diagnosticados de depresión con el objetivo de evaluar cuantitativamente la intensidad del trastorno depresivo y cuantificar la evolución de los síntomas asociados al tratamiento (Hamilton, 1960). Se optó por la versión reducida de 17 ítems que es la más utilizada en la actualidad. Su contenido se centra principalmente en los aspectos somáticos y conductuales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que más peso tienen (Bobes et al., 2003; Domínguez et al., 2012). El tiempo de administración es entre 15 y 20 minutos. Cada ítem se valora de 0 a 2 puntos en algunos ítems y de 0 a 4 en otros. Puntuaciones más altas indican mayor gravedad del síntoma. El rango de puntuación oscila entre 0-52 puntos, considerándose los siguientes puntos de corte: 0-6 sin depresión; 7-17 depresión ligera; 18-24 depresión moderada; 25-52 depresión grave (Sánchez & López, 2005).

Se utilizó la versión española adaptada por Ramos-Brieva & Cordero (1986), la cual posee una buena consistencia interna, entre 0,76 y 0,92, y fue administrada únicamente a los pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor de los grupos dual y TMS.

Test de Fagerström de dependencia a la nicotina (Heatherton et al., 1991)

Se trata de un test que mide la dependencia a la nicotina en sujetos fumadores. Se utilizó la adaptación española de la versión revisada (Becoña & Vázquez, 1998), la cual se aplicó de forma autoadministrada. El test se compone de 6 ítems puntuados en escalas tipo Likert que varían según el ítem, con una puntuación global que oscila entre 0 y 10 y que permite categorizar a los participantes en tres grados de dependencia: baja (menos de cuatro puntos), moderada (entre cuatro y siete puntos) y alta (más de siete puntos).

Cuestionarios de personalidad:

ZKPQ (*Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire*) (Zuckerman et al., 1993)

Cuestionario que mide los cinco factores alternativos de personalidad en su versión española adaptada (Gomà-i-Freixanet & Valero, 2008). Compuesto por 99 ítems de respuesta dicotómica (verdadero/falso). Recoge información de cinco escalas generales de personalidad, incluyendo una escala adicional de infrecuencia. Tres de estas escalas generales se dividen a su vez en dos configurando un total de seis subescalas. Las escalas generales con sus subescalas son las siguientes (www.grupsderecerca.uab.cat/zkpg):

- *Neuroticismo-Ansiedad* (19 ítems): describe disgusto, tensión, preocupaciones, miedos, indecisión obsesiva, falta de confianza y sensibilidad a la crítica. En población española el alfa de Cronbach es de 0,85.
- *Actividad* (17 ítems): se divide en la subescala de *Actividad General* entendida como la necesidad de actividad con falta de habilidades para relajarse (9 ítems) y la de *Esfuerzo* que evalúa la preferencia por trabajos

duros o retos (8 ítems). En población española la fiabilidad interna de esta escala es de 0,72.

- *Sociabilidad* (17 ítems): se divide en las subescalas de *Amigos y Sociedad* que considera el número de amistades y al tiempo que se invierte en ellas (9 ítems) y la de *Intolerancia a la Soledad* entendida como la preferencia a estar con otros participando en actividades sociales o sólo dedicado a actividades individuales (8 ítems). La escala aporta una alfa de Cronbach de 0,76 en población española.
- *Impulsividad-Búsqueda de sensaciones* (19 ítems): recoge información de dos escalas diferentes. La escala de *Impulsividad* se define como la tendencia a actuar sin planificar las acciones y las consecuencias (8 ítems). Por su parte, la escala de *Búsqueda de sensaciones* que hace referencia a la necesidad general de aventura y excitación, la preferencia por situaciones y amigos impredecibles (11 ítems). La fiabilidad interna de la escala en población española muestra una alfa de Cronbach de 0,80.
- *Agresión-Hostilidad* (17 ítems): se refiere a dos aspectos, por una lado, a la tendencia a expresar agresión verbal, y por el otro a presentar conductas rudas, antisociales, vengativas o rencorosas. La fiabilidad interna en población española, con una alfa de Cronbach de 0,70, es adecuada.
- *Infrecuencia* (10 ítems): se considera una escala de sinceridad donde las puntuaciones superiores a cuatro hacen aconsejable desestimar las respuestas del sujeto por la intención de dar una imagen exagerada o deseable de sí mismo. La fiabilidad interna en población española de esta escala es modesta, con una alfa de Cronbach de 0,64.

TCI-R (*Temperamental and Character Inventory-Revised*) (Cloninger, 1999)

Test basado en el modelo biológico de la personalidad de Cloninger (Cloninger, 1999) que se aplicó en su versión española (Gutiérrez-Zotes et al., 2004) informatizada. El cuestionario consta de 240 ítems que se puntúan en una escala Likert de 5 puntos, desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo. Este modelo conceptualiza la personalidad en aspectos ligados al temperamento de base más biológica y los ligados al carácter, de base más aprendida. Consideramos sólo las dimensiones principales en nuestra investigación, ya que las subdimensiones que las configuran presentan en numerosos casos valores de fiabilidad interna bajos en población española.

El temperamento se desglosa en cuatro escalas o dimensiones (Dolcet, 2006; Pedrero, 2006):

- *Búsqueda de Novedad*: intensa excitación como respuesta a estímulos que indican potenciales recompensas o alivio del dolor. Como consecuencia aparecen conductas exploratorias cuya finalidad es alcanzar posibles premios y evitar la monotonía o los posibles castigos. Puntuaciones bajas indican escasa actividad exploratoria en respuesta a la novedad, tendencia al orden, actitud reflexiva ante la toma de decisiones y tolerancia a la frustración. Puntuaciones altas indican una actividad exploratoria en respuesta a la curiosidad. Esta dimensión se halla estrechamente relacionada con el sistema de activación mesolímbico dopaminérgico. Su fiabilidad interna en población española muestra una alfa de Cronbach de 0,77.
- *Evitación del Riesgo*: responder intensamente a las señales de estímulos aversivos, aprendiendo así a inhibir la respuesta con la finalidad de evitar el castigo, la novedad o la frustración por falta de recompensa. Puntuaciones bajas indican un comportamiento desinhibido y descuidado, una actitud optimista ante el futuro e infravaloración del peligro. Puntuaciones altas muestran pesimismo, cautela y anticipación de problemas futuros. Esta dimensión se relaciona con los sistemas de inhibición cuyas bases serían el

sistema septohipocámpico y las proyecciones troncoencefálicas de los núcleos de rafe. En población española muestra una fiabilidad interna buena, con un valor alfa de Cronbach de 0,86.

- *Dependencia a la Recompensa:* responder intensamente a los signos de recompensa y mantener o resistir la extinción de la conducta que ha sido previamente asociada con premios o con la evitación de castigos. Las puntuaciones bajas reflejan poca influencia de la presión social, independencia y disfrute de la soledad. Por el contrario, las puntuaciones altas manifiestan sentimentalismo y dependencia social. Esta es la dimensión en que los fundamentos biológicos son menos claros, aunque los datos apuntan a que estaría regulada por el sistema neurotransmisor noradrenérgico. Su fiabilidad interna en población española muestra una alfa de Cronbach de 0,81.
- *Persistencia:* perseverancia en la conducta a pesar de la frustración y la fatiga. Puntuaciones bajas se relacionan con impaciencia, ambición y perfeccionismo, mientras que las puntuaciones altas indican frustración, fatiga e inestabilidad. En población española su fiabilidad interna, con una alfa de Cronbach de 0,88, es adecuada.

El carácter lo constituyen tres dimensiones o escalas:

- *Autodirección:* habilidad de un individuo para controlar, regular y adaptar su conducta, ajustándose a una situación de acuerdo con unas metas y valores escogidos individualmente. Las puntuaciones bajas reflejan sentimientos de inferioridad, baja autoestima y tendencia a culpan a los otros de sus problemas. Las puntuaciones altas describen a individuos maduros, eficaces y bien organizados, capaces de admitir faltas y aceptar lo que son. La fiabilidad interna de esta dimensión en población española muestra una alfa de Cronbach de 0,87.

- *Cooperación*: capacidad de aceptar e identificarse con otras personas. Los individuos no cooperativos se describen como socialmente intolerantes, desinteresados por las otras personas y vengativos. Los individuos cooperativos son socialmente tolerantes, empáticos y compasivos. En población española la fiabilidad interna de la escala es buena, con una alfa de Cronbach de 0,85.
- *Trascendencia*: identificación del individuo con un todo, del cual procede y del que es una parte esencial. Esto incluye un estado de conciencia de unidad en el que no existe ningún yo individual porque no hay distinción significativa entre el yo y el otro. La fiabilidad interna muestra en población española una alfa de Cronbach de 0,86.

FIDI (*Functional Impulsivity and Dysfunctional Impulsivity*) (Dickman, 1990)

Cuestionario basado en el modelo de impulsividad de Dickman que evalúa la Impulsividad Funcional y la Impulsividad Disfuncional. Éste consta de 23 ítems que en la versión original tienen un formato de respuesta dicotómico (si/no), con algunos ítems que deben invertirse previa corrección. La fiabilidad en población general es de 0,83 para la dimensión impulsividad funcional y de 0,86 para la disfuncional (Whiteside & Lynam, 2001). El cuestionario se ha mostrado sensible al abuso de sustancias (Swann et al., 2004; Adan, 2012; Milia, 2013) y no tenemos constancia de que se haya aplicado en muestras de pacientes con PD. Existe una versión española adaptada y validada en una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos que va desde totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (5), que es la que se ha utilizado en el presente trabajo (Adan et al., 2010).

Estrategias de Afrontamiento

Inventario de estrategias de afrontamiento (Tobin et al., 1989)

Cuestionario, auto o heteroapliado, que evalúa las estrategias de afrontamiento que usan los sujetos a la hora de solucionar los problemas. Constituido por 41 ítems que se puntúan en una escala Likert de 5 puntos que va de 0 a 4. Se aplicó la versión adaptada para población española por Cano et al. (2007). El test evalúa ocho escalas primarias para las que existen datos normativos:

- *Resolución de problemas (REP)*: estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce. En población española muestra una alfa de Cronbach de 0,86.
- *Reestructuración cognitiva (REC)*: estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante. La fiabilidad interna en población española muestra una alfa de Cronbach de 0,80.
- *Apoyo social (APS)*: estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional. En población española la fiabilidad interna muestra una alfa de Cronbach de 0,80.
- *Expresión emocional (EEM)*: estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen al proceso de estrés. Su fiabilidad interna en población española muestra una alfa de Cronbach de 0,84.
- *Evitación de problemas (EVP)*: estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante. La fiabilidad interna de esta escala en población española es modesta, con una alfa de Cronbach de 0,63.

- *Pensamiento desiderativo (PSD)*: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante. Su fiabilidad interna es de 0,78 en población española.
- *Retirada social (RES)*: estrategias de retirada de amigos, familiares y personas significativas asociado con la reacción emocional en un proceso estresante. La fiabilidad interna aporta un valor alfa de Cronbach de 0,65 en población española.
- *Autocrítica (AUC)*: estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante. En población española su fiabilidad interna es elevada, con una alfa de Cronbach de 0,89.

Estas escalas primarias se agrupan en cuatro escalas secundarias, para las que no existen datos normativos:

- *Manejo Adecuado Centrado en el Problema*: formado por las escalas primarias de Resolución de problemas y Reestructuración cognitiva.
- *Manejo Adecuado Centrado en la Emoción*: constituido por las escalas primarias de Apoyo social y Expresión emocional.
- *Manejo Inadecuado Centrado en el Problema*: incluye las escalas primarias de Evitación del problema y Pensamiento desiderativo.
- *Manejo Inadecuado Centrado en la Emoción*: formado por las escalas primarias de Retirada social y Autocrítica.

Finalmente, se consideran dos escalas terciarias para las que tampoco se dispone de datos normativos:

- *Manejo Adecuado*: formado por las escalas primarias de Resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo social y Expresión emocional.

- *Manejo Inadecuado*: incluye las escalas primarias de Evitación del problema, Pensamiento desiderativo, Retirada social y Autocrítica.

El último de los ítems se computa en solitario y se refiere a la percepción del individuo sobre su capacidad para afrontar una situación (“*Me consideré capaz de afrontar la situación*”).

Calidad de vida:

SF-36 (*Short Form-36*) (Ware & Sherbourne, 1992)

Cuestionario autoadministrado que mide la CVRS en personas mayores de 14 años. Empleamos la versión española del cuestionario (Alonso et al., 1995), que se halla adaptada y validada en nuestro país. Está compuesto por 36 ítems con diferentes escalas de respuesta dependiendo del ítem. Proporciona puntuaciones en una escala de 0 a 100, donde 0 es el peor estado de salud posible en cada dimensión y 100 el mejor (con excepción del ítem de transición a la salud que se interpreta independientemente):

- *Función Física*: grado en que la salud limita las actividades físicas tales como caminar, inclinarse, autocuidado y realizar esfuerzos. Consta de 10 ítems con un rango de respuesta de 10 a 30 puntos.
- *Rol Físico*: grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, generando un rendimiento menor que el deseado. Consta de cuatro ítems con un rango de respuesta de 4 a 8 puntos.
- *Dolor Corporal*: grado de intensidad del dolor y su efecto. Consta de dos ítems que van de 2 a 10 puntos.
- *Salud General*: valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse. Tiene cinco ítems con un rango de respuesta de 5 a 25 puntos.

- *Vitalidad*: sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento. Tiene cuatro ítems en un rango de 4 a 20 puntos.
- *Función Social*: grado en que los problemas de salud interfieren en la vida social. Consta de dos ítems con un rango de respuesta de 2 a 10 puntos.
- *Rol Emocional*: grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo reducción del tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución de la intensidad en el trabajo. Consta de tres ítems con un rango de 3 a 6 puntos.
- *Salud Mental*: incluye depresión, ansiedad, control de la conducta y el bienestar con cinco ítems cuyo rango de puntuación oscila de 5 a 25 puntos.
- *Cambio de Salud en el Tiempo*: valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás. Consta de un único ítem con un rango de 0 a 100.

Las propiedades psicométricas de la SF-36 en población española son adecuadas, mostrando una fiabilidad interna para sus escalas principales con valores alfa de Cronbach entre 0,7 y 0,9 (Vilagut et al., 2005).

5.4. PROCEDIMIENTO

El estudio fue aprobado por el comité ético de la Universidad de Barcelona, cumpliendo con los principios éticos de la Declaración de Helsinki. Cada uno de los participantes en el estudio firmó el consentimiento informado diseñado antes del inicio de la investigación, siempre tras recibir una explicación pertinente sobre los objetivos, el procedimiento a realizar y la voluntariedad de su participación. En aquellos casos puntuales en los que existía un tutor legal, se informaba previamente al representante legal del proceso para la firma del consentimiento y también se contactaba con el paciente para conseguir su colaboración (*Ver Anexo 2*).

La selección de los participantes se realizó conjuntamente con el equipo médico del centro colaborador basándonos en los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Los pacientes se distribuyeron según sus características clínicas en cada uno de los tres grupos experimentales: Dual, TUS, TMS. La administración de los instrumentos se realizó de forma autoaplicada o heteroaplicada, dependiendo de las características psicopatológicas y neuropsicológicas de cada uno de los pacientes y, basándose siempre, en la opinión del investigador para maximizar el beneficio de la evaluación.

Los registros se llevaron a cabo en su totalidad en cada uno de los centros de drogodependencias o salud mental colaboradores en nuestra investigación, siempre adaptándose a la disponibilidad temporal de los participantes y de la dinámica e instalaciones propias de cada centro.

Para realizar la evaluación determinada por el protocolo diseñado en el estudio se requirieron varias sesiones individuales para cada paciente (3 sesiones de manera general y 4 con aquellos pacientes más complejos) de duración entre 2,30-3h. Éstas se adaptaron a las características clínicas y la disponibilidad del paciente. Las sesiones de evaluación y el orden de recogida de información en cada una de ellas fueron como sigue:

1ª Sesión. Presentación de los objetivos del estudio y procedimiento, lectura y firma del consentimiento informado, historia clínica y SCID-I. Para aquellos con diagnóstico de esquizofrenia se administró la PANSS y en los diagnosticados de depresión mayor la escala Hamilton.

2ª Sesión. Administración del test FIDI de Dickman, el cuestionario SF-36, el Inventario de estrategias de afrontamiento y el ZKPQ de Zuckerman.

3ª Sesión. Aplicación del TCI-R. En el caso de los pacientes fumadores se aplicó el cuestionario Fagerström de dependencia a la nicotina.

La participación en el estudio no tenía compensación alguna. El beneficio que obtuvieron los participantes fue exclusivamente la devolución de un informe con los resultados derivados de cada una de las pruebas aplicadas, en una sesión adicional realizada también en el centro. Los resultados a su vez se entregaban al equipo terapéutico de cada uno de los centros colaboradores, hallándonos disponibles para cualquier cuestión que desearan comentar o les surgiera cuando los valoraran.

5.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se calcularon estadísticos descriptivos (frecuencia, media y error tipo) para las características sociodemográficas y clínicas. Para las comparaciones entre grupos de variables categoriales se realizaron análisis no paramétricos de Chi-cuadrado y en el caso de las variables continuas se realizaron Análisis de la Varianza (ANOVA) cuando se evaluaron diferencias entre tres grupos y t de Student al evaluar diferencias entre dos grupos.

Para las dimensiones de los test de personalidad, de estrategias de afrontamiento y calidad de vida se calculó la fiabilidad interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Posteriormente se llevaron a cabo con ellas Análisis de la Covarianza (ANCOVA) si sólo se analizaba una variable dependiente y Análisis Múltiples de la Covarianza (MANCOVA) cuando se analizaba más de una variable dependiente, con la edad en todos los casos de covariable. Éstos se efectuaron en un caso considerando los tres grupos de pacientes (Dual, TUS, TMS) como factor y en otro caso incluyendo sólo dos grupos de pacientes (Dual y TMS) y el diagnóstico clínico (esquizofrenia y depresión) como factores, con el objetivo de evaluar tanto las diferencias entre

diagnóstico clínico como la posible interacción en éste de la presencia o ausencia de TUS comórbido. Las diferencias entre grupos se analizaron con los contrastes a posteriori implementados en el SPSS y en todos los casos se consideraron los estadísticos descriptivos aportados por los análisis de covarianza. Se estimó el estadístico Eta al cuadrado parcial (η_p^2) para medir el tamaño de los efectos (Huberty, 2002), considerándose un valor de 0,01 como bajo, de 0,04 como moderado y de 0,1 como elevado. Los contrastes a posteriori fueron corregidos mediante el test de Bonferroni para impedir la ocurrencia de error tipo I. Se utilizó el paquete SPSS v.17 para Windows, considerándose los test estadísticos significativos bilateralmente con un error tipo I establecido en el 5% ($p < 0,05$).

Resultados

6.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS

Datos sociodemográficos

En la tabla 13 se presentan los datos sociodemográficos atendiendo al **grupo** de pacientes (Dual, TUS y TMS). La consideración de los 3 grupos de pacientes aportó diferencias en la *Edad* ($F_{(2,98)}=3,417$; $p=0,037$; $\eta^2=0,065$), siendo superior la del grupo TMS respecto a la del grupo TUS ($p=0,011$). En todos los grupos el *Estado civil* predominante fue soltero, con una proporción mayor de soltería en el grupo con TMS en comparación con el grupo TUS ($\chi^2=9,173$; $p=0,010$) y situándose el grupo dual en una posición intermedia (ver Figura 12). Aunque sin alcanzar diferencias significativas, el grupo TUS fue el que presentó una media superior de hijos.

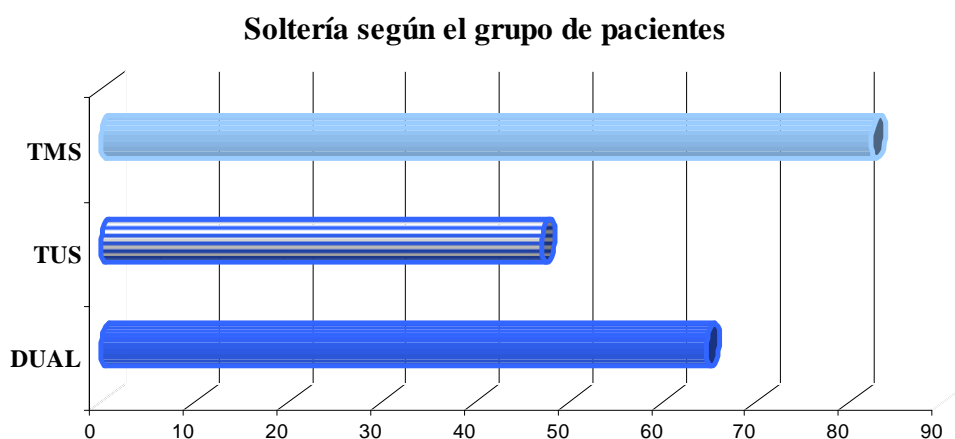


Figura 12: Proporción de estado civil soltero según los grupos de pacientes (Dual; TUS: Trastorno por uso de sustancias; TMS: Trastorno mental severo).

Datos sociodemográficos

	DUAL	TUS	TMS
Edad	39,76±1,03	37,29±1,03	41,68±1,46
Estado Civil			
Soltero	64,7%	47,1%	82,4%
Pareja estable	11,8%	14,7%	5,9%
Separado/Divorciado	23,5%	38,2%	11,8%
Número de hijos	0,49±0,13	0,62±0,13	0,20±0,13
Convivencia			
Solo	23,50%	11,80%	5,90%
Familia de origen	58,80%	67,60%	50%
Propia familia/Amigos	17,60%	20,60%	44,10%
Nivel económico			
Bajo	47,10%	44,10%	47,10%
Medio	52,90%	55,90%	52,90%
Alto	0%	0%	0%
Situación laboral			
Activo	26,50%	38,20%	5,90%

Desempleado	17,60%	41,20%	2,90%
Pensionista	55,90%	20,60%	91,20%
Nivel de estudios			
Primarios	17,60%	29,40%	41,20%
Secundarios	67,60%	64,70%	55,90%
Universitarios	14,70%	5,90%	2,90%

Tabla 13: Porcentaje, media y error tipo para los datos sociodemográficos según los grupos de pacientes (Dual; TUS: Trastorno por uso de sustancias; TMS: Trastorno mental severo).

Aunque en los tres grupos la *Convivencia* con la familia de origen era mayoritaria, existían diferencias entre ellos. El grupo TUS presentaba la mayor proporción en esta situación comparado con los grupos dual y TMS ($\chi^2=8,693$; $p<0,013$). El *Nivel socioeconómico* predominante fue medio en los tres grupos, sin hallarse diferencias entre ellos. Cabe destacar que ningún paciente incluido en el estudio pertenecía a un nivel socioeconómico alto. Respecto a la *Situación laboral*, la condición de pensionista fue significativamente mayor en los grupos dual y TMS en relación al grupo TUS ($\chi^2>29,301$; $p<0,0001$; en ambos casos). La mayoría de pacientes tenían estudios secundarios, siendo ello más predominante entre el grupo dual que en el grupo TMS ($\chi^2=6,286$; $p=0,043$).

La consideración del **diagnóstico clínico** aportó datos significativos en el *Convivencia* ($\chi^2=7,537$; $p=0,006$), superior con la familia de origen en los pacientes depresivos en comparación con los psicóticos. La *Situación laboral* también mostró diferencias según el diagnóstico clínico ($\chi^2=10,329$; $p=0,001$), con más presencia de desempleados en el grupo con esquizofrenia que en el de depresión. En cuanto al *Nivel de estudios*, la mayoría de pacientes tenían estudios secundarios con mayor proporción entre los sujetos psicóticos en comparación con los depresivos ($\chi^2=6,027$; $p=0,014$).

Se hallaron datos significativos según el efecto de la **interacción** (considerando el diagnóstico de TMS con o sin TUS comórbido) en el *Estado civil* ($\chi^2=10,041$; $p=0,018$). La soltería en el grupo dual se relaciona especialmente con los pacientes diagnosticados de esquizofrenia y el estado separado/divorciado con aquellos con

diagnóstico de depresión. La *Convivencia* ($\chi^2=16,250$; $p=0,0001$) también mostró diferencias, en los pacientes duales esquizofrénicos observamos una menor proporción de convivencia propia con familia/amigos y mayor con la familia de origen en comparación con aquellos sólo con el TMS. Por lo que se refiere a la *Situación laboral* ($\chi^2=14,688$; $p=0,002$) también se obtuvieron diferencias significativas, la proporción de pensionistas en los pacientes esquizofrénicos queda minimizada en el caso de los duales a favor de una proporción superior de activos. En la tabla 14 se presentan los datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes según el diagnóstico clínico.

Datos sociodemográficos según el diagnóstico

	Esquizofrénico dual	Depresivo dual	Esquizofrénico	Depresivo
Edad	38,55±1,34	41,50±1,55	40,55±1,17	40,96±1,40
Estado Civil				
Soltero	80%	42,9%	82,5%	61%
Pareja estable	15%	7,1%	7,5%	11%
Separado/Divorciado	5%	50%	10%	28%
Número de hijos	0,98±0,26	1,02±0,31	0,30±0,12	0,50±0,14
Convivencia				
Solo	25%	21,4%	12,50%	18%
Familia de origen	60%	57,1%	47,50%	64%
Propia familia/Amigos	15%	21,4%	40%	18%
Nivel económico				
Bajo	45%	50%	50%	43%
Medio	55%	50%	50%	57%
Alto	0%	0%	0%	0%
Situación laboral				
Activo	30%	21,4%	15%	18,60%
Desempleado	25%	7,1%	12,50%	7%
Pensionista	45%	71,4%	72,50%	75%
Nivel de estudios				
Primarios	15%	21,4%	25%	36%

Secundarios	70%	64,3%	67,50%	53%
Universitarios	15%	14,3%	7,50%	11%

Tabla 14: Porcentaje, media y error tipo para los datos sociodemográficos según el diagnóstico de TMS con o sin TUS comórbido.

Datos clínicos

En relación a los *Antecedentes familiares* de patología mental, más de la mitad de los pacientes en todos los **grupos** los presentaban aunque sin diferencias significativas entre ellos. El *Número de intentos de suicidio* ($F_{(2,98)}=2,976$; $p=0,056$; $\eta^2=0,057$) tampoco aportó diferencias entre los grupos, si bien la media resultó superior en el grupo dual. El *Consumo de psicofármacos* difería entre grupos ($\chi^2=42,248$; $p=0,0001$), éste era mayor en los grupos dual (totalidad de pacientes con prescripción) y TMS respecto al grupo TUS (menos de la mitad con prescripción). Los grupos aportaron diferencias en el *ICG* ($F_{(2,98)}=10,258$; $p=0,0001$; $\eta^2=0,173$), siendo mejor el estado clínico del grupo TUS comparado con los grupos dual ($p=0,0001$) y TMS ($p=0,001$). No se obtuvieron diferencias entre grupos ni en el *Consumo diario de cigarrros* ni en el *Consumo diario de cafés* ($F_{(2,98)}=2,936$; $p=0,058$; $\eta^2=0,057$; $p>0,05$) y tampoco en el *Índice de dependencia a la nicotina de Fagerström* ($F_{(2,98)}=1,210$; $p=0,303$; $\eta^2=0,024$) aunque el nivel medio de dependencia aportó un valor superior en el grupo dual (ver Figura 13 y figura 14).

Índice dependencia a la nicotina Fagerström

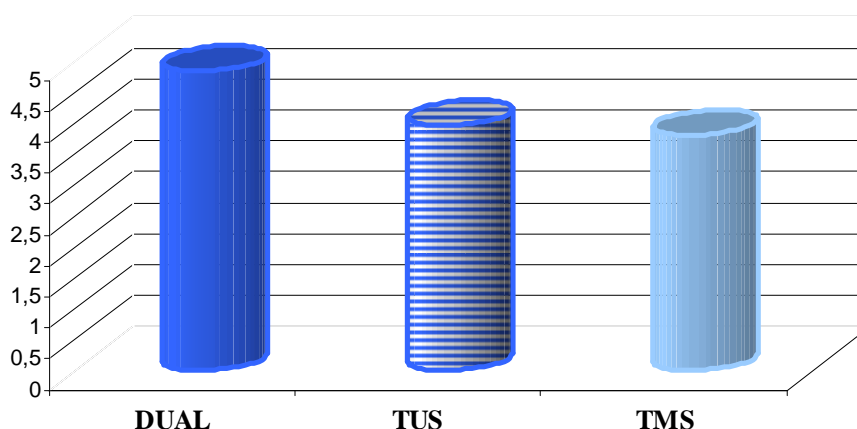


Figura 13: Índice de dependencia a la nicotina de Fagerström según los grupos de pacientes (Dual; TUS: Trastorno por uso de sustancias; TMS: Trastorno mental severo).

Clasificación de la dependencia a la nicotina

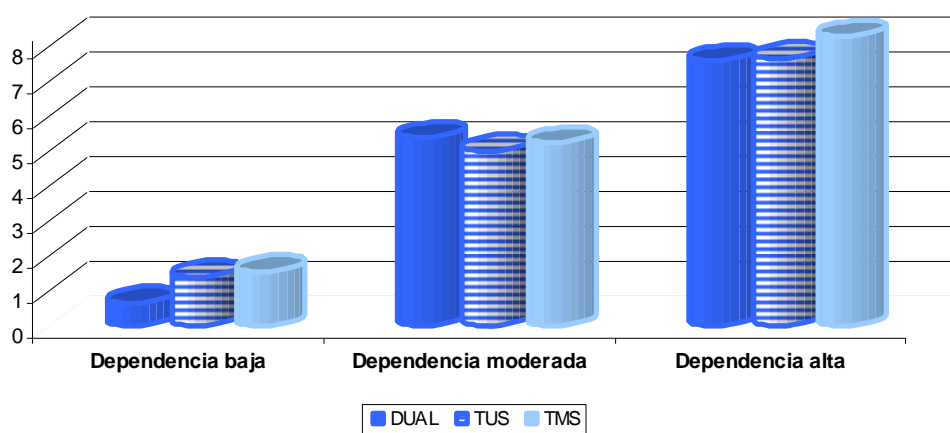


Figura 14: Clasificación de la dependencia a la nicotina según los grupos de pacientes (Dual; TUS: Trastorno por uso de sustancias; TMS: Trastorno mental severo).

Los grupos diferían en los años de *Consumo de nicotina* ($F_{(2,98)}=6,420$; $p=0,002$; $\eta^2=0,116$), con menos años el grupo TMS que el dual ($p=0,001$) y el TUS ($p=0,005$) respectivamente. La cantidad de *Horas de sueño* diarias también aportó diferencias entre grupos ($F_{(2,98)}=10,633$; $p=0,0001$; $\eta^2=0,178$), siendo éstas más en el grupo TMS que en los grupos dual ($p=0,007$) y TUS ($p=0,0001$).

Las puntuaciones en la *Escala PANSS* reflejaban que los pacientes con esquizofrenia estaban en una situación clínica estable, con puntuaciones bajas y muy bajas en comparación con los datos normativos en población española. La única diferencia significativa entre esquizofrénicos con y sin TUS se halló en la sintomatología positiva ($t_{(38)}=2,350$, $p=0,027$), inferior en los esquizofrénicos duales. La *Escala de Hamilton* para la depresión mostró puntuaciones bajas en el total de pacientes depresivos de la muestra, sin diferencias significativas en comparación con los pacientes con o sin TUS ($t_{(26)}=0,688$, $p=0,501$).

En la tabla 15 se presentan los resultados obtenidos para los datos clínicos según los tres grupos de pacientes.

Datos clínicos

	DUAL	TUS	TMS
Antecedentes familiares de patología mental	61,80%	47,10%	67,60%
Número de intentos de suicidio	1,031 ± 0,189	0,512 ± 0,193	0,427 ± 0,192
Consumo de psicofármacos	97,10%	44,10%	100%
Índice clínico global (ICG)	4,618 ± 0,110	3,936 ± 0,112	4,476 ± 0,112
Consumo diario de cigarrillos	20,18 ± 1,97	14,12 ± 1,44	14,79 ± 2,24
Índice dependencia a la nicotina Fagerström	4,846 ± 0,509	3,963 ± 0,518	3,808 ± 0,517
Años de consumo de nicotina	21,59 ± 1,63	16,41 ± 1,68	13,91 ± 2,21
Consumo diario de cafés (tazas)	2,65 ± 0,34	1,85 ± 0,22	2,09 ± 0,25
Horas diarias de sueño	8,92 ± 0,25	8,30 ± 0,20	9,83 ± 0,27
PANSS			
Síntomas positivos	7,75 ± 0,54		9,85 ± 0,54
Síntomas negativos	12,58 ± 1,82		12,58 ± 1,82
Compuesto	-4,83 ± 1,40		-4,83 ± 1,40
Psicopatología general	28,58 ± 3,76		28,58 ± 3,76
Escala Hamilton de depresión	10,92 ± 1,03		12,00 ± 1,18

Tabla 15: Media y error tipo para los datos clínicos según los grupos de pacientes (Dual; TUS: Trastorno por uso de sustancias; TMS: Trastorno mental severo).

Ninguna variable clínica aportó diferencias considerando el **diagnóstico**, a pesar que los datos muestran en los pacientes con esquizofrenia mayor incidencia de intentos de suicidio, más consumo de psicofármacos y peor ICG.

En relación al efecto **interactivo** entre el tipo de patología mental y la presencia o ausencia de TUS comórbido tampoco se hallaron diferencias significativas. En la tabla 16 pueden observarse las puntuaciones de los grupos duales con esquizofrenia y con depresión. A pesar de ello, podemos comentar que los depresivos duales en comparación con los depresivos sin TUS, muestran un mayor número de intentos autolíticos y mayor consumo de cigarrillos. Además, el TUS comórbido tanto en esquizofrénicos como en depresivos aporta más años de consumo de nicotina, especialmente en los segundos.

Datos clínicos según el diagnóstico

	Esquizofrénico dual	Depresivo dual	Esquizofrénico	Depresivo
Antecedentes familiares de patología mental	50%	78,6%	57,50%	75%
Número de intentos de suicidio	0,98±0,26	1,02±0,31	0,82±0,19	0,64±0,22
Consumo de psicofármacos	100%	92,9%	100%	96,50%
Índice clínico global (ICG)	4,81±0,14	4,35±0,17	4,62±0,10	4,42±0,12
Consumo diario de cigarrillos	21,54±2,82	18,43±3,33	18,87 ±1,97	15,50±2,36
Índice dependencia a la nicotina Fagerström	4,86±0,71	4,90±0,84	4,55±0,49	4,10±0,59
Años de consumo de nicotina	20,10±2,30	25,26±2,71	16,77 ± 1,88	19,14±2,25

Consumo diario de cafés (tazas)	3,12±0,40	1,99±0,47	2,67±0,27	1,92±0,33
Cantidad de horas diarias de sueño	8,72±0,35	9,15±0,41	9,22±0,25	9,58±0,30

Tabla 16: Porcentaje, media y error tipo para los datos sociodemográficos según el diagnóstico de TMS con o sin TUS comórbido.

Datos consumo de sustancias

En la tabla 17 se presentan los resultados obtenidos para el consumo de sustancias según los **grupos** de pacientes dual y TUS:

Datos de consumo de sustancias

	DUAL	TUS
Tipo de consumo		
Monoconsumo	8,80%	5,90%
Biconsumo	32,40%	26,50%
Policonsumo	58,80%	64,70%
Tipo de sustancia *		
Cocaína	82,30%	94,10%
Cannabis	70,50%	55,80%
Alcohol	85,20%	85,20%
Éxtasis	0%	2,90%
Opiáceos	32,30%	26,40%
Meses de abstinencia	11,29±1,39	10,85±1,39
Número de recaídas	1,49±0,33	1,09±0,33
Edad de inicio del consumo (años)	14,62±0,70	17,37±0,70

Tabla 17: Porcentaje, media y error tipo para los datos de consumo según los grupos de pacientes consumidores (Dual; TUS: Trastorno por uso de sustancias).

*La suma de los porcentajes no es igual a 100 debido a que cada paciente podía utilizar más de una sustancia de consumo.

El patrón de consumo predominante considerando el total de pacientes fue el policonsumo, si bien la droga más consumida fue el alcohol en el grupo dual y la cocaína en el grupo TUS (ver Figura 15). Cabe destacar que si bien el cannabis es la tercera sustancia de consumo en nuestra muestra de pacientes, éste es superior en los duales.

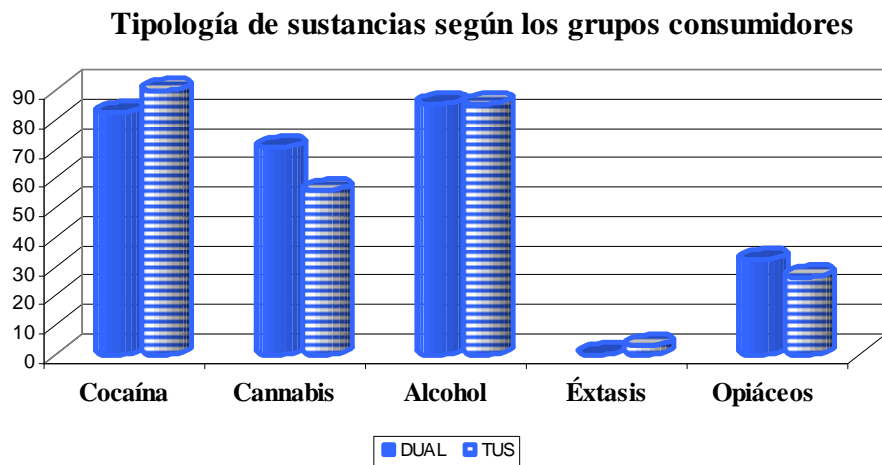


Figura 15: Tipología de sustancias consumidas para los grupos de pacientes consumidores (Dual; TUS: Trastorno por uso de sustancias).

Los grupos dual y TUS no aportaron diferencias en los *meses de abstinencia del consumo* ($F_{(1,65)}=0,50$; $p>0,8$; $\eta^2=0,001$) ni en el *número de recaídas* ($F_{(1,65)}=0,682$; $p>0,4$; $\eta^2=0,010$), aunque la edad de inicio del consumo fue más temprana en el grupo dual ($F_{(1,65)}=7,453$; $p=0,008$; $\eta^2=0,103$) (ver Figura 16).

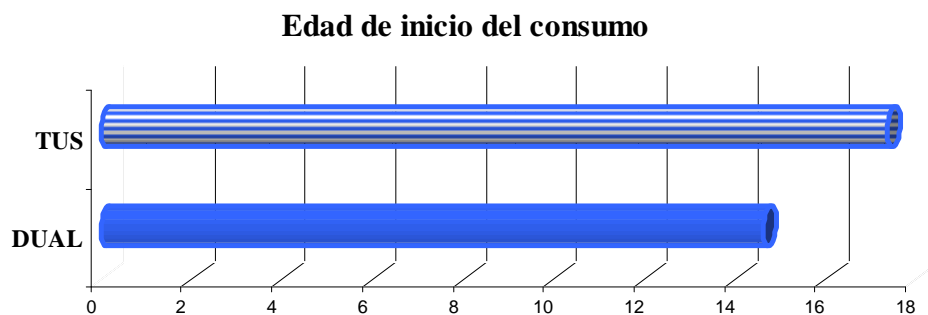


Figura 16: Edad de inicio del consumo de sustancias expresado en años para los grupos de pacientes consumidores (Dual; TUS: Trastorno por uso de sustancias).

Considerando el **diagnóstico clínico** en el grupo dual no se hallaron diferencias significativas entre depresivos y psicóticos duales en sus patrones de consumo.

6.2. PERSONALIDAD

ZKPQ

Escalas generales

La fiabilidad interna de las dimensiones principales del ZKPQ fueron de 0,811 para el *Neuroticismo-Ansiedad*, de 0,760 para la *Actividad*, de 0,669 para la *Sociabilidad*, de 0,793 para la *Impulsividad-Búsqueda de sensaciones*, de 0,627 para la *Agresión-Hostilidad* y de 0,643 para la *Infrecuencia*. En el test ZKPQ de personalidad considerando los tres **grupos** de pacientes se hallaron diferencias significativas en las siguientes dimensiones principales: *Actividad* ($F_{(2,98)}=4,170$; $p=0,018$; $\eta^2=0,078$), *Sociabilidad* ($F_{(2,98)}=3,657$; $p=0,029$; $\eta^2=0,069$), *Impulsividad-Búsqueda de sensaciones* ($F_{(2,98)}=4,378$; $p=0,015$; $\eta^2=0,082$) y *Agresión-Hostilidad* ($F_{(2,98)}=5,129$; $p=0,008$; $\eta^2=0,095$) (ver Figura 17). No se observaron diferencias entre grupos en la dimensión de *Neuroticismo-Ansiedad* ($F_{(2,98)}=1,541$; $p=0,219$; $\eta^2=0,030$) ni en la de *Infrecuencia* ($F_{(2,98)}=1,371$; $p=0,259$; $\eta^2=0,027$), esta segunda no se comentará como resultado puesto que sólo se considera para determinar las respuestas poco fiables.

La escala general *Actividad* aportó diferencias significativas entre el grupo TUS y los grupos TMS ($p=0,025$) y dual ($p=0,008$). Los niveles de actividad fueron superiores en el grupo de pacientes con TUS. Aparecieron diferencias en la escala de *Sociabilidad* entre el grupo TUS y TMS ($p=0,012$), siendo las puntuaciones superiores para el TUS. De la misma manera, se mostró una tendencia a menor sociabilidad del grupo dual en comparación con el TMS ($p=0,054$). La *Impulsividad-Búsqueda de sensaciones* aportó diferencias entre el grupo dual y el grupo TMS ($p=0,016$) con una puntuación superior en el caso de los duales. También observamos diferencias significativas entre los grupo TUS y TMS ($p=0,009$) con puntuaciones superiores en los primeros. Por último, la escala de *Agresión-Hostilidad* se producen entre el grupo TMS y los grupos dual y TUS ($p=0,004$ y $p=0,011$, respectivamente), con puntuaciones inferiores en el grupo TMS en ambos casos. En la escala *Neuroticismo-Ansiedad* el contraste a posteriori entre los grupos dual y TUS aportó una tendencia ($p=0,08$), siendo la puntuación en este rasgo superior en los pacientes duales. En la tabla 18 pueden consultarse los resultados obtenidos en las escalas generales del ZKPQ según los grupos de pacientes.

ZKPQ Escalas Generales

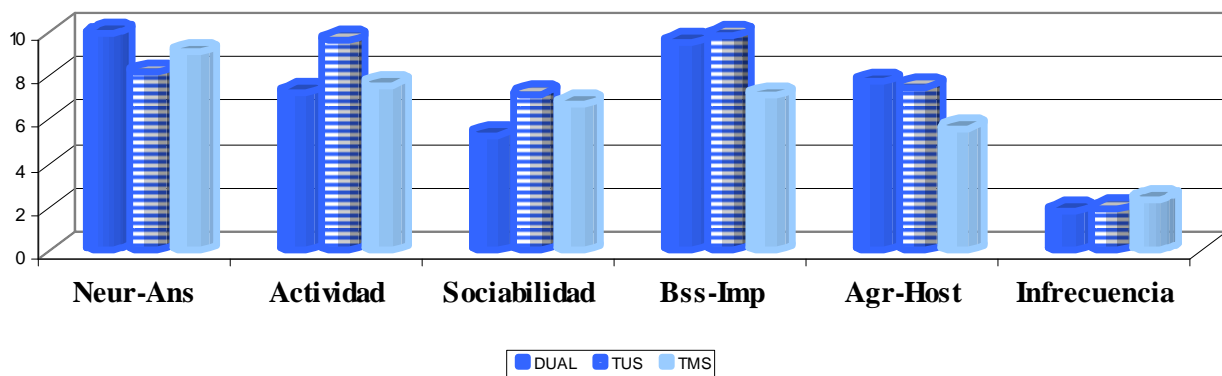


Figura 17: Puntuaciones para las escalas generales del ZKPQ (Neur-Ans: Neuroticismo-Ansiedad; Actividad; Sociabilidad; Imp-Bss: Impulsividad-Búsqueda de sensaciones; Agr-Host: Agresión-Hostilidad; Infrecuencia) según los grupos de pacientes (Dual; TUS: Trastorno por uso de sustancias; TMS: Trastorno mental severo).

En relación al **diagnóstico clínico**, no se hallaron diferencias significativas para ninguna de las escalas generales entre los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y aquellos con diagnóstico de depresión. En relación al posible efecto **interactivo** entre la

patología mental y la adicción, tampoco se hallaron resultados significativos en ninguna escala general del ZKPQ. En la tabla 19 se recogen los datos obtenidos según el diagnóstico clínico. Podemos comentar, sin embargo, que en las dimensiones de *Impulsividad-Búsqueda de sensaciones* y *Agresión-Hostilidad* los pacientes duales tanto con esquizofrenia como con depresión muestran puntuaciones superiores respecto a los que sólo tienen el diagnóstico de TMS.

ZKPQ-Escalas Generales				
	DUAL	TUS	TMS	Baremos poblacionales *
Neuroticismo -Ansiedad	9,94±0,72	8,13±0,73	9,07±0,73	8,1±4,72
Actividad	7,24±0,61	9,60±0,62	7,56±0,62	8,53±3,47
Sociabilidad	5,27±0,51	7,16±0,52	6,70±0,52	7,31±3,49
Impulsividad -Búsqueda de sensaciones	9,53±0,70	9,84±0,71	7,09±0,71	7,7±4,14
Agresión-Hostilidad	7,71±0,50	7,49±0,51	5,60±0,51	6,82±3,19
Infrecuencia	1,78±0,25	1,91±0,25	2,35±0,25	2,29±1,98

Tabla 18: Puntuaciones medias y error tipo para las escalas generales del ZKPQ según los grupos de pacientes (Dual; TUS: Trastorno por uso de sustancias; TMS: Trastorno mental severo) y los baremos poblacionales.

*Las puntuaciones de los baremos poblacionales se expresan en media y desviación típica.

ZKPQ-Escalas Generales según el diagnóstico				
	Esquizofrénico dual	Depresivo dual	Esquizofrénico	Depresivo
Neuroticismo -Ansiedad	10,53±1,02	9,13±1,20	9,59±0,66	9,39±0,80
Actividad	7,04±0,85	7,39±1,01	7,34±0,56	7,48±0,68

Sociabilidad	5,06±0,66	5,40±0,78	6,09±0,48	5,81±0,58
Impulsividad				
-Búsqueda de sensaciones	9,83±0,93	9,13±1,10	8,63±0,66	7,90±0,79
Agresión-Hostilidad	7,21±0,66	8,26±0,78	6,63±0,48	6,73±0,58
Infrecuencia	1,87±0,36	1,76±0,43	2,10±0,23	2,01±0,28

Tabla 19: Puntuaciones medias y error tipo para las escalas generales del ZKPQ según el diagnóstico de TMS con o sin TUS comórbido.

Al comparar las puntuaciones de los grupos con los **baremos poblacionales** se hallaron diferencias interesantes de resaltar. El grupo dual y TUS, pero en especial el segundo, fueron los que presentaban mayor puntuación en *Impulsividad-Búsqueda de sensaciones* en comparación con la población normal y el grupo TMS, siendo en éste último grupo la puntuación en búsqueda de sensaciones incluso inferior a la obtenida en la población normativa. Según el diagnóstico clínico, los sujetos con esquizofrenia presentan mayor impulsividad al compararlos con la población normativa y los sujetos depresivos, éstos últimos con puntuaciones bastante similares a los baremos poblacionales. En *Neuroticismo-Ansiedad* el grupo con TUS son los que presentan mayor estabilidad emocional con puntuaciones similares a la población normativa, mientras que el grupo dual especialmente y TMS muestran una mayor tendencia a mostrarse preocupados y angustiados al igual que los pacientes tanto con diagnóstico de esquizofrenia como de depresión. En relación a la dimensión *Agresión-Hostilidad*, las puntuaciones son superiores especialmente en el grupo dual en comparación con el grupo TMS, tanto si tienen diagnóstico de esquizofrenia como de depresión, en el que se observa una menor tendencia a mostrar comportamientos agresivos, incluso en menor grado que la población normativa. En *Actividad* el grupo dual muestra una puntuación bastante inferior al resto de grupos, incluido los baremos poblacionales, reflejando así una incapacidad para mantener la continuidad en las rutinas diarias. El grupo TUS es el que muestra una actividad por encima del resto de grupos, incluido el grupo normativo. La presencia de diagnóstico clínico, ya sea esquizofrenia o depresión, muestra menor actividad respecto a los baremos poblacionales. Y, por último, en cuanto a la

Sociabilidad, el único grupo que muestra un funcionamiento social adaptativo y similar a la media de la población normal es el grupo con TUS. Tanto el grupo dual como los grupos de esquizofrenia y depresión muestran unos valores medios de funcionamiento social inferiores a los deseables.

Subescalas ZKPQ

Los **grupos** de pacientes presentaron diferencias significativas en 4 de las subescalas del ZKPQ: *Actividad general* ($F_{(2,98)}=3,065$; $p=0,051$; $\eta^2=0,059$), *Esfuerzo* ($F_{(2,98)}=6,618$; $p=0,002$; $\eta^2=0,119$), *Amigos y Sociedad* ($F_{(2,98)}=4,893$; $p=0,009$; $\eta^2=0,091$) y *Búsqueda de sensaciones* ($F_{(2,98)}=6,788$; $p=0,002$; $\eta^2=0,122$). En la tabla 20 se presentan los resultados obtenidos según los grupos de pacientes.

Las subescalas de *Actividad general* ($p=0,016$) y de *Amigos y Sociedad* ($p=0,003$) mostraron diferencias entre el grupo dual y TUS, siendo en ambos casos la puntuación superior en los pacientes con TUS. En la subescala de *Esfuerzo* también se obtuvieron puntuaciones superiores en el grupo TUS en comparación con el grupo dual ($p=0,021$) y el grupo TMS ($p=0,001$). Y por último, en la subescala de *Búsqueda de sensaciones* el grupo TMS mostró puntuaciones significativamente inferiores en comparación con los grupos dual ($p=0,003$) y TUS ($p=0,001$) (ver figura 18). En la escala *Neuroticismo-Ansiedad* se aprecia sólo una tendencia en el contraste a posteriori entre los grupos dual y TUS ($p=0,08$), con mayor puntuación en este rasgo en los primeros.

Subescalas ZKPQ

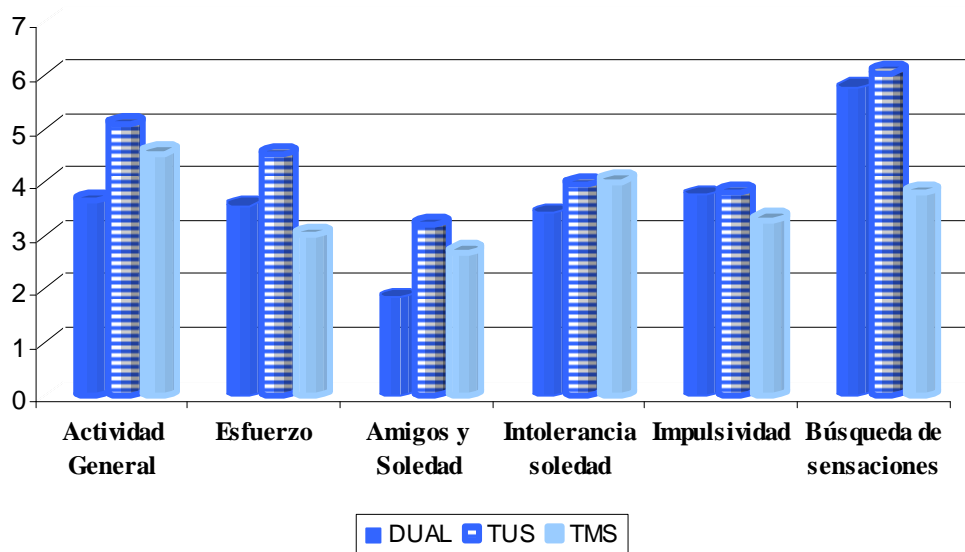


Figura 18: Puntuaciones para las subescalas del ZKPQ según los grupos de pacientes (Dual; TUS: Trastorno por uso de sustancias; TMS: Trastorno mental severo).

ZKPQ-Subescalas

	DUAL	TUS	TMS
Actividad general	3,65±0,41	5,09±0,42	4,54±0,42
Esfuerzo	3,56±0,28	4,51±0,29	3,01±0,28
Amigos y Sociedad	1,85±0,30	3,21±0,31	2,69±0,31
Intolerancia a la soledad	3,42±0,33	3,95±0,3)	4,01±0,33
Impulsividad	3,76±0,35	3,80±0,36	3,29±0,35
Búsqueda de sensaciones	5,77±0,45	6,04±0,46	3,80±0,46

Tabla 20: Puntuaciones medias y error tipo para subescalas del ZKPQ según los grupos de pacientes (Dual; TUS: Trastorno por uso de sustancias; TMS: Trastorno mental severo).

La consideración del **diagnóstico clínico** (esquizofrenia o depresión) no aportó ninguna diferencia significativa en las subescalas del ZKPQ. Tampoco se obtuvo ningún resultado significativo en relación al efecto de la **interacción** entre el diagnóstico clínico y la presencia o ausencia de comorbilidad de TUS. En la tabla 21 se presentan los datos descriptivos de los grupos duales según diagnóstico.

ZKPQ-Subescalas según el diagnóstico

	Esquizofrénico dual	Depresivo dual	Esquizofrénico	Depresivo
Actividad general	3,46±0,54	3,81±0,64	4,07±0,38	4,11±0,46
Esfuerzo	3,53±0,40	3,57±0,47	3,23±0,26	3,37±0,31
Amigos y Sociedad	1,85±0,39	1,80±0,46	2,45±0,29	2,00±0,34
Intolerancia a la soledad	3,21±0,41	3,60±0,49	3,64±0,30	3,81±0,36
Impulsividad	4,26±0,46	3,12±0,55	3,76±0,32	3,19±0,39
Búsqueda de sensaciones	5,57±0,64	6,00±0,76	4,87±0,44	4,70±0,52

Tabla 21: Puntuaciones medias y error tipo para las subescalas del ZKPQ según el diagnóstico de TMS con o sin TUS comórbido.

TCI-R

Los resultados correspondientes a este cuestionario han dado lugar a una publicación internacional en la revista *Psychiatry Research*. El artículo completo se puede consultar en el anexo 3.

Temperamento

La fiabilidad interna para las dimensiones de temperamento considerando el total de la muestra de pacientes aportó valores adecuados en todas ellas: 0,736 para la *Búsqueda de sensaciones*, 0,860 para la *Evitación del daño*, 0,852 para la *Dependencia a la recompensa* y 0,886 para la *Persistencia*.

El análisis de las dimensiones de temperamento del TCI-R aportó diferencias significativas entre los tres **grupos** en: *Búsqueda de sensaciones* ($F_{(2,98)}=12,111$; $p=0,0001$; $\eta^2=0,198$); *Evitación del daño* ($F_{(2,98)}=14,019$; $p=0,0001$; $\eta^2=0,222$); *Persistencia* ($F_{(2,98)}=11,054$; $p=0,0001$; $\eta^2=0,184$). En la tabla 22 se presentan los resultados obtenidos. Los contrastes a posteriori nos indican una puntuación en *Búsqueda de sensaciones* menor en el grupo TMS con respecto a los grupos dual ($p=0,001$) y TUS ($p=0,0001$), sin observarse diferencias entre el grupo dual y TUS. En

la dimensión de *Evitación del daño*, el grupo TUS presentó puntuaciones inferiores a los grupos dual ($p=0,0001$) y TMS ($p=0,0001$), sin que se observaran diferencias entre el grupo dual y TMS. Finalmente, las puntuaciones en la dimensión de *Persistencia* fueron superiores en el grupo TUS respecto al grupo dual ($p=0,001$) y al grupo TMS ($p=0,0001$) sin hallarse diferencias entre los duales y TMS (ver figura 19).

Dimensiones temperamento

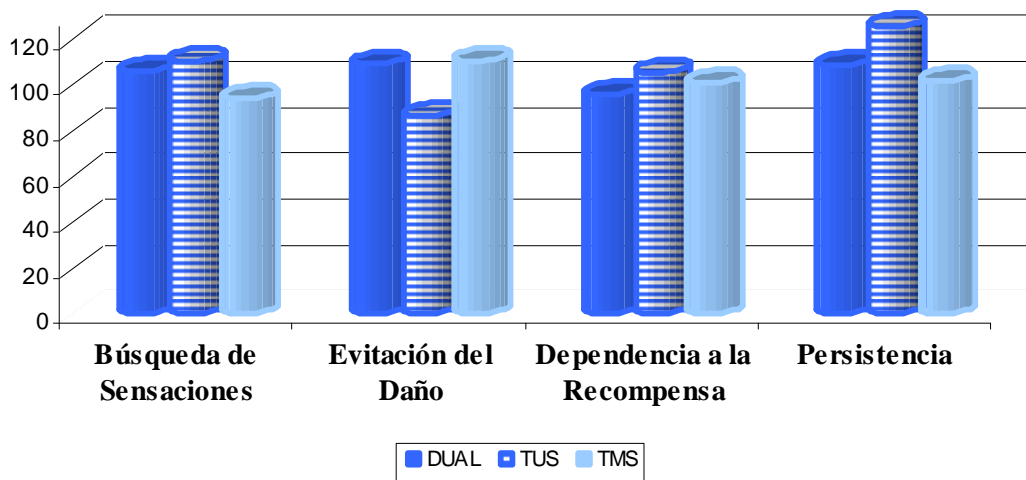


Figura 19: Puntuaciones para las dimensiones de temperamento del TCI-R según los grupos de pacientes (Dual; TUS: Trastorno por uso de sustancias; TMS: Trastorno mental severo).

La dimensión de *Dependencia a la recompensa* no alcanzó el nivel de significación ($F_{(2,98)}=2,579$; $p=0,081$; $\eta^2=0,050$), aunque los contrastes a posteriori aportaron diferencias entre los grupos TUS y dual ($p=0,025$), con puntuaciones inferiores en los pacientes duales.

Dimensiones de temperamento del TCI-R

	DUAL	TUS	TMS	Baremos poblacionales *
Búsqueda de Sensaciones	105,94±2,33	110,29±2,38	94,10±2,37	98,53±14,99
Evitación del Daño	108,99±3,51	86,24±3,58	110,29±3,57	91,73±15,60
Dependencia a la Recompensa	95,81±2,99	105,52±3,05	100,57±3,04	103,92±14,83
Persistencia	108,21±3,58	125,39±3,65	101,54±3,64	114,99±18,75

Tabla 22: Puntuaciones medias y error tipo para las dimensiones de temperamento del TCI-R según los grupos de pacientes (Dual; TUS: Trastorno por uso de sustancias; TMS: Trastorno mental severo) y los baremos poblacionales.

*Las puntuaciones de los baremos poblacionales se expresan en media y desviación típica.

Considerando el **diagnóstico clínico** se obtuvieron diferencias en las dimensiones *Búsqueda de sensaciones* ($F_{(1,65)}=9,670$; $p=0,003$; $\eta^2=0,130$) y *Evitación del daño* ($F_{(1,65)}=4,167$; $p=0,045$; $\eta^2=0,060$). Mientras que las puntuaciones de *Búsqueda de sensaciones* fueron superiores en los esquizofrénicos que en los depresivos, las de *Evitación del daño* fueron superiores en los depresivos en comparación con los esquizofrénicos (ver Figura 20).

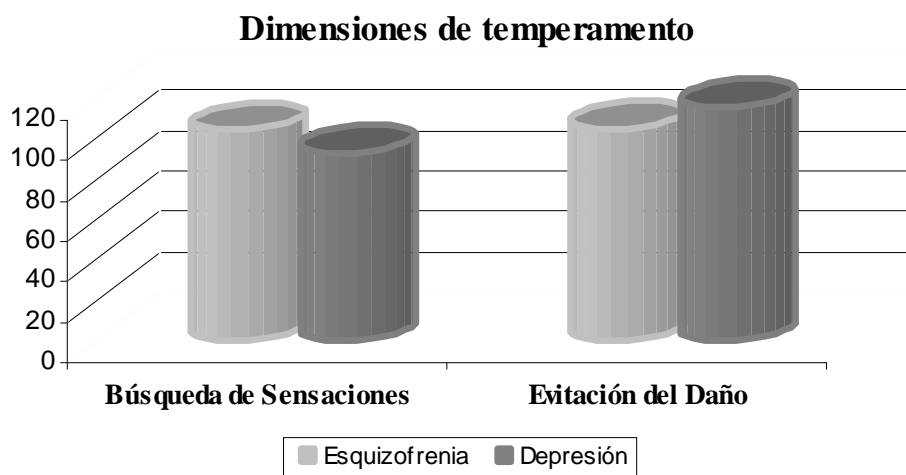


Figura 20: Puntuaciones para las dimensiones de temperamento del TCI-R (que aportaron diferencias significativas) según el diagnóstico clínico.

En relación al efecto de la **interacción** entre el diagnóstico clínico y la presencia o ausencia de comorbilidad de TUS se halló un efecto significativo en la dimensión de *Dependencia a la recompensa* ($F_{(1,63)}=8,381$; $p=0,005$; $\eta^2=0,117$), las puntuaciones bajas de los pacientes duales vienen especialmente determinadas por aquellos con diagnóstico de esquizofrenia. En cambio, las puntuaciones de los pacientes depresivos son bastante similares tanto con como sin TUS comórbido e incluso superiores en los duales (ver Figura 21). En la tabla 23 se presentan los resultados obtenidos para el efecto interactivo en las dimensiones del temperamento.

Dependencia a la recompensa

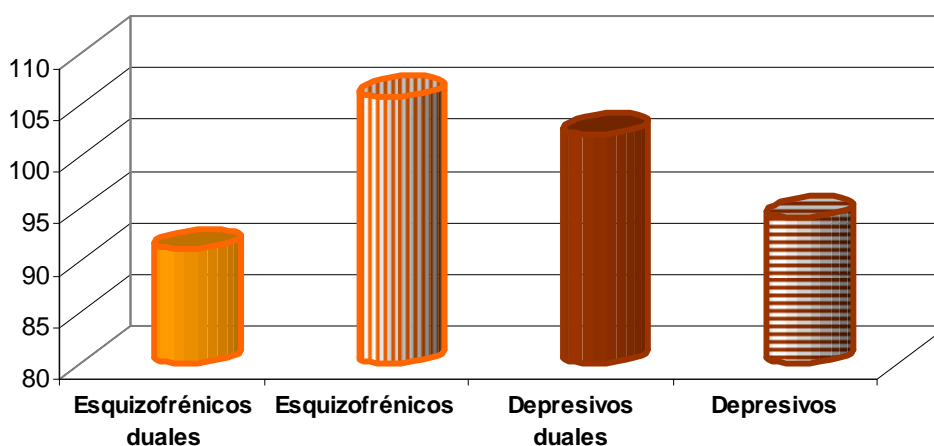


Figura 21: Puntuaciones para la dimensión dependencia a la recompensa del TCI-R según el diagnóstico de TMS con o sin TUS comórbido.

Dimensiones de temperamento del TCI-R según el diagnóstico

	Esquizofrénicos duales	Depresivos duales	Esquizofrénicos	Depresivos
Búsqueda de Sensaciones	110,21±3,05	99,85±3,60	104,69±2,18	93,53±2,61
Evitación del Daño	106,36±4,82	111,94±5,69	105,29±3,17	115,87±3,80
Dependencia a la Recompensa	90,97±3,56	102,13±4,20	98,30±2,78	97,93±3,33
Persistencia	107,33±4,75	109,77±5,61	107,43±3,32	101,33±3,97

Tabla 23: Puntuaciones medias y error tipo para las dimensiones de temperamento del TCI-R según el diagnóstico de TMS con o sin TUS comórbido.

En relación con los **baremos poblacionales**, la *Búsqueda de sensaciones* muestra puntuaciones superiores en duales y en especial en TUS, mostrándose éstos más sensibles a las recompensas que los TMS con una puntuación media inferior en especial en los pacientes depresivos. Nuestra muestra refleja una *Evitación del daño* inferior en el grupo TUS en comparación con los datos normativos. En cambio, los grupos dual, TMS y, en especial, los pacientes con depresión presentan valores medios superiores. A la inversa ocurre con la *Dependencia a la recompensa* donde el grupo dual refleja una menor puntuación en comparación al grupo normativo, lo que indica una menor influencia social y mayor respuesta ante los premios. Considerando el diagnóstico clínico, las puntuaciones son ligeramente inferiores tanto en esquizofrénicos como en depresivos en comparación con la población general. En la mayoría de grupos la puntuación media de *Persistencia* son bajas en comparación a los baremos poblacionales en especial en los pacientes TMS con depresión indicando mayor impaciencia y ambición en ellos. En cambio, el grupo TUS muestra una puntuación superior a la normativa lo que refleja una tendencia a la frustración e inestabilidad.

Carácter

Para las tres dimensiones de carácter se obtuvieron unos valores de fiabilidad interna muy adecuados, siendo de 0,848 para la *Autodirección*, de 0,825 para la *Cooperación* y de 0,815 para la *Autotrascendencia*. El análisis de las dimensiones de carácter del TCI-R mostró sólo diferencias significativas entre los tres **grupos** de pacientes en la dimensión de *Autodirección* ($F_{(2,98)}=4,200$; $p=0,018$; $\eta^2=0,079$) (ver Figura 22). Los contrastes a posteriori nos indican niveles inferiores en el grupo dual en comparación con los grupos TUS ($p=0,024$) y TMS ($p=0,009$). En la tabla 24 se presentan los resultados obtenidos en las dimensiones de carácter según los grupos de pacientes.

Dimensión Autodirección según el grupo de pacientes

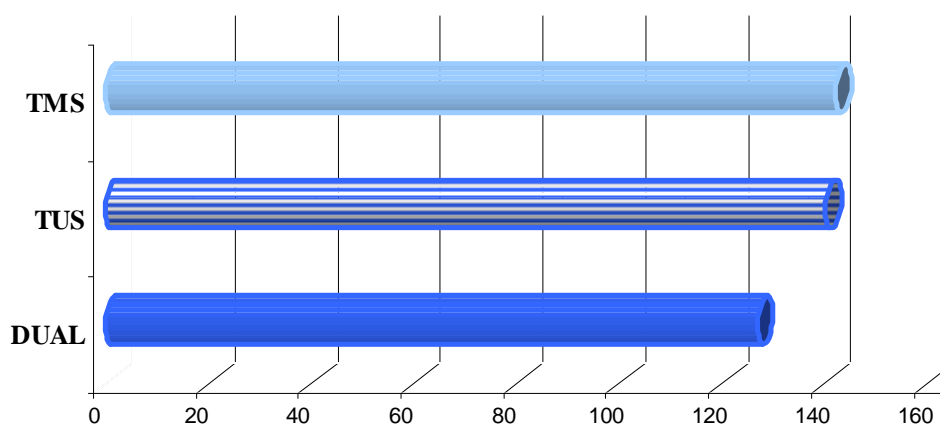


Figura 22: Puntuaciones para la dimensión Autodirección del TCI-R según los grupos de pacientes (Dual; TUS: Trastorno por uso de sustancias; TMS: Trastorno mental severo).

Dimensiones de carácter del TCI-R

	DUAL	TUS	TMS	Baremos poblacionales *
Autodirección	127,22±4,05	140,46±4,12	142,48±4,11	149,93±18,68
Cooperación	132,34±3,12	134,24±3,17	138,35±3,16	139,89±15,87
Autotrascendencia	74,99±3,04	70,65±3,09	67,67±3,08	63,52±13,99

Tabla 24: Puntuaciones medias y error tipo para las dimensiones de carácter del TCI-R según los grupos de pacientes (Dual; TUS: Trastorno por uso de sustancias; TMS: Trastorno mental severo) y los baremos poblacionales.

*Las puntuaciones de los baremos poblaciones se expresan en media y desviación típica.

La consideración del **diagnóstico clínico** no aportó ninguna diferencia en las dimensiones de carácter. En relación a la **interacción** entre la presencia de patología mental y adicción tampoco se hallaron resultados significativos para las dimensiones de carácter, a pesar de que se aprecia una tendencia en la dimensión *Autodirección* ($p=0,09$) que nos permite apuntar que las puntuaciones inferiores observadas en el grupo dual vienen especialmente determinadas por los pacientes esquizofrénicos. En la tabla 25 pueden observarse los resultados en las dimensiones de carácter.

Dimensiones de carácter del TCI-R según el diagnóstico

	Esquizofrénico dual	Depresivo dual	Esquizofrénico	Depresivo
Autodirección	121,92±5,62	134,97±6,64	133,82±3,87	136,04±4,63
Cooperación	130,13±4,14	135,96±4,89	135,44±2,91	135,09±3,48
Autotrascendencia	74,97±3,92	77,00±4,63	72,61±2,84	69,62±3,40

Tabla 25: Puntuaciones medias y error tipo para las dimensiones de carácter del TCI-R según el diagnóstico de TMS con o sin TUS comórbido. asadas

En cuanto a los **baremos poblacionales** podemos afirmar que las puntuaciones en *Autodirección* y *Cooperación* en todos los grupos muestran niveles inferiores a los de la población normativa. En ambos casos el grupo dual es el que presenta peores puntuaciones indicativas de mayor dificultad para dirigir su conducta y menor tolerancia en sus relaciones sociales. En cuanto al diagnóstico clínico, los pacientes con depresión tienen más capacidad para controlarse en comparación con los esquizofrénicos mientras que en *Cooperación* ambas patologías muestran un patrón similar. En relación a la *Autotrascendencia*, todos los grupos aportan puntuaciones medias superiores a la normativa pero destaca entre ellos el grupo dual con la más elevada.

FIDI

Impulsividad funcional

La fiabilidad interna de la dimensión de *Impulsividad funcional* para el total de la muestra fue de 0,780. La *Impulsividad funcional* considerando los tres **grupos** aportó diferencias significativas ($F_{(2,98)}=3,993$; $p=0,022$; $\eta^2=0,075$), observándose un nivel menor en el grupo TMS en comparación con el grupo TUS ($p=0,006$) (ver Figura 23). El resto de contrastes entre grupos no aportaron diferencias significativas. En la tabla 26 pueden consultarse los resultados obtenidos en impulsividad funcional según los grupos de pacientes.

En relación al **diagnóstico clínico**, no se encontraron diferencias significativas entre los pacientes psicóticos y los depresivos a pesar de que el valor medio de *Impulsividad funcional* fue superior para los primeros. Tampoco se obtuvo un efecto **interactivo** entre el diagnóstico clínico y la comorbilidad con TUS. En la tabla 27 se presentan los resultados obtenidos en impulsividad funcional según el diagnóstico clínico.

En cuanto al **baremo poblacional** se observa que el grupo TMS y en especial el grupo de depresivos son los que aportan niveles inferiores indicando mayores dificultades a la hora de tomar decisiones rápidas en beneficio propio en comparación con el resto de grupos.

Impulsividad disfuncional

La fiabilidad interna de la dimensión de *Impulsividad disfuncional* para el total de la muestra fue de 0,712. En la tabla 26 pueden consultarse los resultados obtenidos en impulsividad disfuncional según los grupos de pacientes. La *Impulsividad disfuncional* no alcanzó diferencias significativas en el análisis considerando los tres **grupos** de pacientes ($F_{(2,98)}=2,753$; $p=0,069$; $\eta^2=0,053$). Sin embargo, en los contrastes a posteriori sí aparecen diferencias entre los grupos TMS y TUS ($p=0,029$), siendo el nivel de impulsividad disfuncional superior en los pacientes con TUS (ver Figura 23).

Impulsividad según el grupo de pacientes

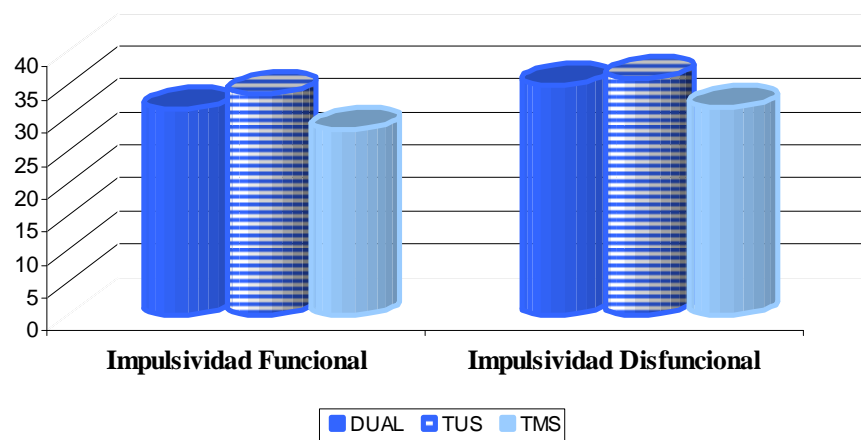


Figura 23: Puntuaciones para las dimensiones Impulsividad Funcional y Disfuncional según los grupos de pacientes (Dual; TUS: Trastorno por uso de sustancias; TMS: Trastorno mental severo).

Escalas FIDI

	DUAL	TUS	TMS	Baremos poblacionales *
Impulsividad Funcional	31,19±1,32	33,49±1,35	28,04±1,34	34,05±0,36
Impulsividad Disfuncional	34,85±1,33	35,78±1,36	31,45±1,35	31,35±0,37

Tabla 26: Puntuaciones medias y error tipo de la Impulsividad funcional y disfuncional según los grupos de pacientes (Dual; TUS: Trastorno por uso de sustancias; TMS: Trastorno mental severo) y los baremos poblacionales.

*Las puntuaciones de los baremos poblacionales se expresan en media y desviación típica.

Para el **diagnóstico clínico**, no se hallaron diferencias significativas en la impulsividad disfuncional entre los pacientes esquizofrénicos y los depresivos a pesar que se observa un nivel medio superior entre los primeros. Tampoco resultó significativa la **interacción** entre el diagnóstico clínico y la comorbilidad con TUS, si bien la consideración de los datos nos permite apuntar que quien contribuye especialmente a la superioridad en la puntuación de impulsividad disfuncional del grupo dual son los pacientes con esquizofrenia. En la tabla 27 se presentan los resultados obtenidos según el diagnóstico clínico.

En relación al **baremo poblacional** se halla mayor tendencia a tomar decisiones de manera irreflexiva entre los grupos dual y TUS, así como en esquizofrénicos.

Escalas FIDI según el diagnóstico

	Esquizofrénicos duales	Depresivos duales	Esquizofrénicos	Depresivos
Impulsividad Funcional	32,08±1,80	29,54±2,13	30,89±1,22	27,84±1,47
Impulsividad Disfuncional	37,30±1,87	31,07±2,21	34,76±1,23	30,90±1,47

Tabla 27: Puntuaciones medias y error tipo de la Impulsividad funcional y disfuncional según el diagnóstico de TMS con o sin TUS comórbido.

6.3. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Escalas primarias

La fiabilidad interna de las escalas primarias del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento fue de 0,779 para la *Resolución de problemas*, de 0,748 para la *Autocrítica*, de 0,810 para la *Expresión emocional*, de 0,742 para el *Pensamiento desiderativo*, de 0,668 para la *Reestructuración cognitiva*, de 0,678 para la *Evitación de problemas* y de 0,608 para la *Retirada social*.

Considerando los tres **grupos** de pacientes, se hallaron diferencias significativas para las escalas primarias de: *Autocrítica* ($F_{(2,98)}=2,797$; $p=0,066$; $\eta^2=0,054$) y *Evitación de problemas* ($F_{(2,98)}=10,841$; $p=0,0001$; $\eta^2=0,181$) (ver Figura 24). Para el resto de escalas no se obtuvieron diferencias significativas. En la escala *Autocrítica* las puntuaciones fueron superiores entre los sujetos TUS en comparación con el grupo TMS ($p=0,023$). En relación a la escala *Evitación de problemas*, los contrastes a posteriori aportaron diferencias entre el grupo TMS y los grupos dual y TUS ($p=0,0001$;

en ambos casos) siendo la puntuación de los TMS superior. En la tabla 28 se presentan las puntuaciones en las escalas primarias de las EA según los grupos de pacientes.

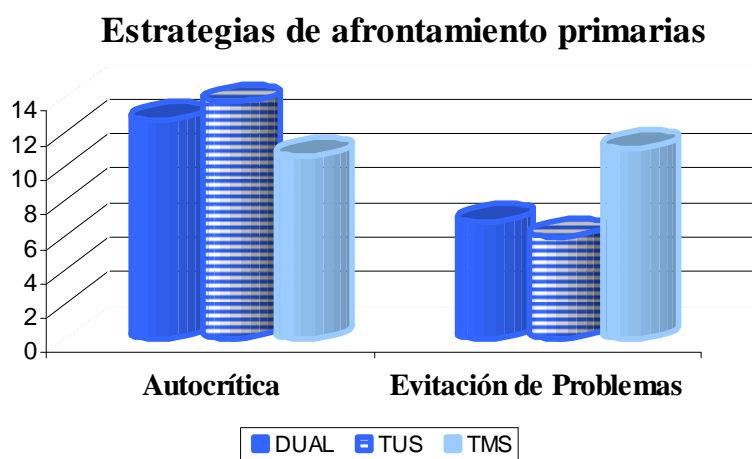


Figura 24: Puntuaciones para las escalas primarias Autocrítica y Evitación de Problemas del cuestionario de Estrategias de Afrontamiento según los grupos de pacientes (Dual; TUS: Trastorno por uso de sustancias; TMS: Trastorno mental severo).

Escalas primarias de las estrategias de afrontamiento

	DUAL	TUS	TMS	Baremos poblacionales *
Resolución de Problemas	13,81±0,89	11,66±0,91	14,69±0,90	14,25±5,05
Autocrítica	12,71±0,92	13,72±0,93	10,61±0,93	5,11±5,05
Expresión Emocional	10,59±1,06	9,55±1,08	11,64±1,07	8,98±5,05
Pensamiento Desiderativo	17,27±0,68	16,44±0,69	15,63±0,69	11,66±5,05
Apoyo Social	13,37±0,87	11,06±0,88	11,73±0,88	10,93±5,12
Reestructuración Cognitiva	11,46±0,87	10,06±0,89	12,44±0,89	10,17±4,94
Evitación de Problemas	6,74±0,82	5,92±0,83	11,09±0,81	5,81±3,89
Retirada Social	10,33±0,86	9,78±0,88	10,73±0,8)	3,93±3,93

Tabla 28: Puntuaciones medias y error tipo para las escalas primarias del cuestionario Estrategias de afrontamiento según los grupos de pacientes (Dual; TUS: Trastorno por uso de sustancias; TMS: Trastorno mental severo) y los baremos poblacionales.

*Las puntuaciones de los baremos poblaciones se expresan en media y desviación típica.

En relación al **diagnóstico clínico**, no se hallaron diferencias significativas para ninguna de las escalas primarias, aunque se obtuvo una tendencia en la escala primaria *Reestructuración Cognitiva* ($F_{(1,65)}=3,116$; $p=0,082$; $\eta^2=0,046$) con puntuaciones superiores en los pacientes depresivos que en los esquizofrénicos. Tampoco se obtuvieron diferencias significativas atendiendo al tipo de diagnóstico psiquiátrico y la existencia o ausencia de comorbilidad con TUS. A pesar de ello podemos comentar que en la escala *Autocrítica* las puntuaciones inferiores del grupo TMS se producen por los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. De modo parecido, la estrategia de *Evitación de problemas* es más utilizada entre los grupos con patología mental sin TUS, sobre todo en los diagnosticados de depresión, en comparación con los duales. En la tabla 29 se presentan los datos obtenidos en las escalas primarias de las EA según el diagnóstico.

Escalas primarias de las estrategias de afrontamiento según el diagnóstico

	Esquizofrénicos duales	Depresivos duales	Esquizofrénicos	Depresivos
Resolución de Problemas	13,29±1,06	14,18±1,25	14,07±0,82	14,49±0,99
Autocrítica	11,58±1,17	13,97±1,38	10,85±0,85	12,86±1,02
Expresión Emocional	10,91±1,43	10,19±1,69	10,53±0,97	11,93±1,17
Pensamiento Desiderativo	17,62±0,92	16,61±1,09	16,45±0,64	16,47±0,76
Apoyo Social	13,41±1,09	12,90±1,29	12,68±0,81	15,28±0,75
Reestructuración Cognitiva	10,92±1,13	11,93±1,33	11,05±0,80	13,22±0,96
Evitación de Problemas	7,11±1,06	6,20±1,26	8,54±0,81	9,38±0,97
Retirada Social	10,10±1,16	10,53±1,37	10,29±0,80	10,87±0,95

Tabla 29: Puntuaciones medias y error tipo de las escalas primarias de las estrategias de afrontamiento según el diagnóstico de TMS con o sin TUS comórbido.

Comparado con los **baremos poblacionales**, la *Autocrítica* aporta puntuaciones superiores en todos los grupos, en especial en el grupo con TUS, lo que refleja la tendencia a la autoinculpción y la crítica. En relación al *Pensamiento desiderativo* todos los grupos presentan puntuaciones superiores a las normativas, destacando entre todos el grupo dual. Existen también niveles superiores de búsqueda de *Apoyo social* en todos los grupos en comparación con los baremos poblacionales lo que sugiere la mayor tendencia en los grupos clínicos a buscar apoyo emocional en otras personas. Es interesante remarcar la puntuación del grupo con depresión en esta estrategia, la mayor de todos los grupos indicando la gran necesidad de apoyo social vinculada a esta patología. En cuanto a la *Evitación de problemas*, la puntuación del grupo TMS es la que más se aleja de los baremos por exceso indicando mayor tendencia a negar y evitar los pensamientos o actos relacionados con el estresor. En la misma línea, existe un elevado uso de la *Retirada social* en todos los grupos, se trata de una tendencia al aislamiento y distanciamiento emocional de familiares y personas significativas que parece estar más presente en todos los pacientes con independencia del diagnóstico clínico o la presencia de comorbilidad.

Escalas secundarias

Para las escalas secundarias según los **grupos** experimentales, la escala *Manejo adecuado centrado en el problema* ($F_{(2,98)}=3,048$; $p=0,052$; $\eta^2=0,059$) y la escala *Manejo inadecuado centrado en el problema* ($F_{(2,98)}=3,623$; $p=0,030$; $\eta^2=0,069$) mostraron diferencias significativas (ver Figura 25). En ambos casos las diferencias se producen entre los grupos TUS y TMS ($p=0,017$ y $p=0,009$, respectivamente), con un menor uso de estrategias tanto adecuadas como inadecuadas centradas en el problema en los pacientes con TUS. En la tabla 30 se presentan los resultados obtenidos en las escalas secundarias de las EA según los grupos de pacientes.

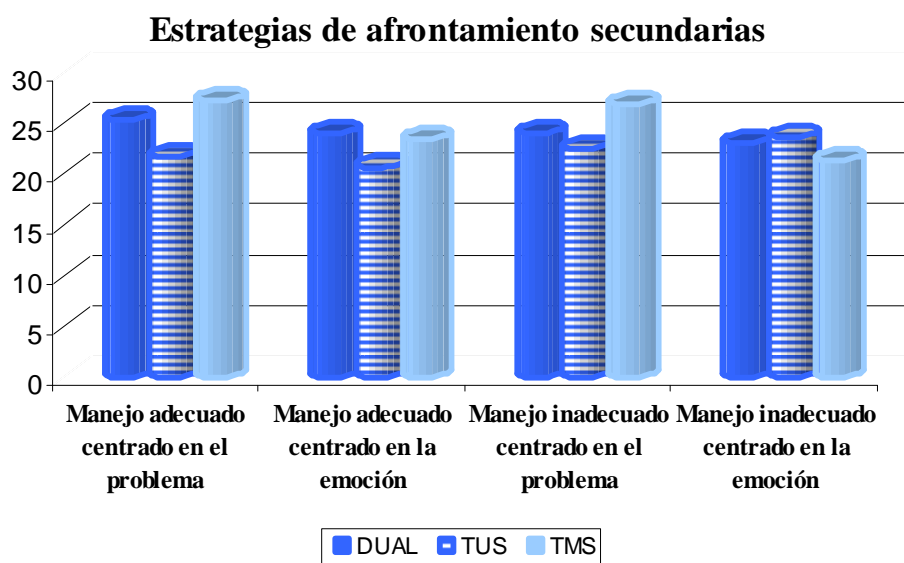


Figura 25: Puntuaciones para las escalas de afrontamiento secundarias según los grupos de pacientes (Dual; TUS: Trastorno por uso de sustancias; TMS: Trastorno mental severo).

Escalas secundarias de las estrategias de afrontamiento

	DUAL	TUS	TMS
Manejo adecuado centrado en el problema	25,28±1,5	21,73±1,54	27,13±1,54
Manejo adecuado centrado en la emoción	23,96±1,6	20,62±1,67	23,38±1,66
Manejo inadecuado centrado en el problema	24,01±1,11	22,37±1,13	26,72±1,13
Manejo inadecuado centrado en la emoción	23,05±1,49	23,51±1,52	21,34±1,51

Tabla 30: Puntuaciones medias y error tipo para las escalas secundarias del cuestionario Estrategias de afrontamiento según los grupos de pacientes (Dual; TUS: Trastorno por uso de sustancias; TMS: Trastorno mental severo).

En relación al **diagnóstico clínico**, no se hallaron diferencias significativas para ninguna de las escalas secundarias entre los pacientes esquizofrénicos y los depresivos. Tampoco se hallaron resultados significativos para las escalas secundarias al explorar el posible efecto de la **interacción**. En la tabla 31 pueden observarse los datos obtenidos en las EA según el diagnóstico clínico.

Escalas secundarias de las estrategias de afrontamiento según el diagnóstico

	Esquizofrénicos duales	Depresivos duales	Esquizofrénicos	Depresivos
Manejo adecuado centrado en el problema	24,21±1,82	26,12±2,15	25,13±1,40	27,72±1,67
Manejo adecuado centrado en la emoción	24,32±2,18	23,10±2,58	23,21±1,51	24,34±1,81
Manejo inadecuado centrado en el problema	24,74±1,50	22,82±1,78	24,99±1,04	25,85±1,25
Manejo inadecuado centrado en la emoción	21,68±1,93	24,50±2,28	21,14±1,37	23,74±1,65

Tabla 31: Puntuaciones medias y error tipo de las escalas secundarias de las estrategias de afrontamiento según el diagnóstico de TMS con o sin TUS comórbido.

Escalas terciarias

En cuanto a las dos escalas terciarias de Estrategias de Afrontamiento no se hallaron diferencias que alcanzaran el nivel de significación al comparar los **grupos** de pacientes. Sin embargo, para la escala de *Manejo adecuado* ($F_{(2,98)}=2,300$; $p=0,106$; $\eta^2=0,045$) el contraste a posteriori entre los grupos TMS y TUS resultó significativo ($p=0,050$) observándose un menor uso de estrategias adecuadas en los pacientes TUS. En la tabla 32 se presentan los resultados obtenidos en las escalas terciarias de las EA.

Escalas terciarias de las estrategias de afrontamiento

	DUAL	TUS	TMS
Manejo adecuado	49,24±2,81	42,35±2,86	50,51±2,85
Manejo inadecuado	47,07±2,20	45,88±2,24	48,07±2,24

Tabla 32: Puntuaciones medias y error tipo para las escalas terciarias del cuestionario Estrategias de afrontamiento según los grupos de pacientes (Dual; TUS: Trastorno por uso de sustancias; TMS: Trastorno mental severo).

Ni el **diagnóstico clínico** ni su posible efecto **interactivo** con el TUS comórbido mostraron diferencias significativas en las escalas terciarias de estrategias de afrontamiento. En la tabla 33 se presentan los resultados obtenidos en las escalas terciarias de las EA según el diagnóstico clínico.

Escalas terciarias de las estrategias de afrontamiento según el diagnóstico

	Esquizofrénicos duales	Depresivos duales	Esquizofrénicos	Depresivos
Manejo adecuado	48,53±3,47	49,22±4,10	48,34±2,59	52,06±3,01
Manejo inadecuado	46,43±2,94	47,32±3,47	46,14±2,03	49,60±2,43

Tabla 33: Puntuaciones medias y error tipo de las escalas terciarias de las estrategias de afrontamiento según el diagnóstico de TMS con o sin TUS comórbido.

6.4. CALIDAD DE VIDA

La fiabilidad interna de las escalas del SF-36 fueron de 0,772 para la *Función física*, de 0,750 para el *Rol físico*, de 0,840 para el *Dolor corporal*, de 0,571 para la *Salud general*, de 0,823 para la *Vitalidad*, de 0,754 para la *Función social*, de 0,845 para el *Rol emocional*, de 0,662 para la *Salud mental*, de 0,546 para el *Componente físico* y de 0,764 para el *Componente mental*.

Considerando los tres **grupos** de pacientes, se hallaron diferencias significativas en las siguientes escalas del cuestionario SF-36: *Rol físico* ($F_{(2,98)}=3,133$; $p=0,048$; $\eta^2=0,064$), *Función social* ($F_{(2,98)}=5,373$; $p=0,006$; $\eta^2=0,105$), *Rol emocional* ($F_{(2,98)}=3,983$; $p=0,022$; $\eta^2=0,080$), *Cambio en el tiempo* ($F_{(2,98)}=9,035$; $p=0,0001$; $\eta^2=0,164$), *Componente físico* ($F_{(2,98)}=7,418$; $p=0,0001$; $\eta^2=0,131$) y *Componente mental* ($F_{(2,98)}=5,517$; $p=0,005$; $\eta^2=0,101$) (ver Figura 26).

Para la escala de *Rol físico* las diferencias vienen determinadas por los grupos dual y TMS ($p=0,014$), siendo éstos últimos los que aportaron un menor afectación de los problemas físicos en la calidad de vida. En relación a la escala de *Función social* se

hallaron también puntuaciones superiores del grupo TMS en comparación con los grupos dual ($p=0,003$) y TUS ($p=0,015$), lo que revela también una menor interferencia de los problemas de salud en las actividades sociales para el grupo TMS. La escala de *Rol emocional* presentó mayor grado de interferencia de los problemas emocionales entre los pacientes duales en comparación con el grupo TMS ($p=0,006$). La escala de *Cambio en el tiempo* mostró puntuaciones superiores en el grupo TUS respecto al grupo dual ($p=0,0001$) y al grupo TMS ($p=0,002$). Por último, en cuanto a las escalas de *Componente físico* y de *Componente mental*, el grupo dual es el que peor funcionamiento y deterioro tanto físico como mental presenta en comparación a los grupos TUS ($p<0,04$) y TMS ($p<0,004$). En la tabla 34 se presentan los resultados obtenidos en el SF-36 según los grupos de pacientes.

Escalas cuestionario calidad de vida

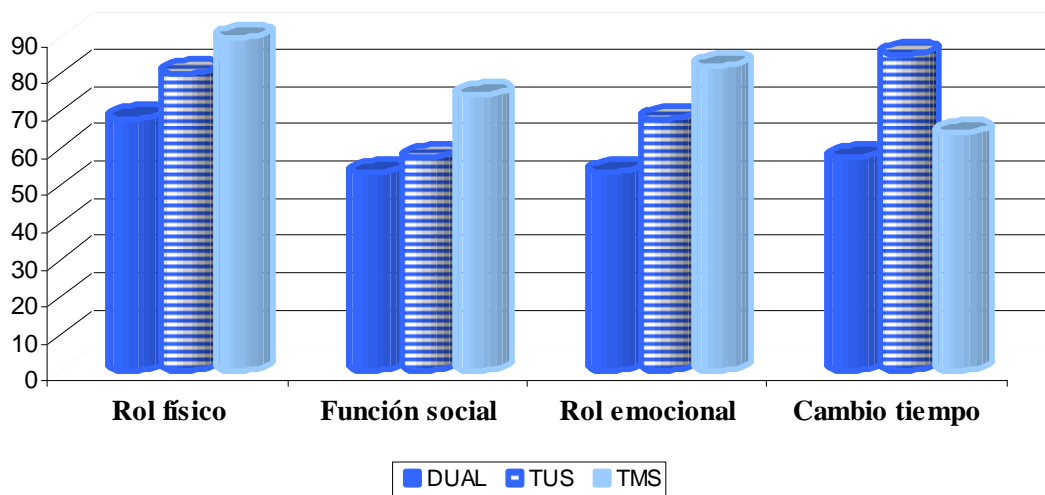


Figura 26: Puntuaciones para las escalas Rol físico, Función social, Rol emocional y Cambio en el tiempo del cuestionario de calidad de vida SF-36 según los grupos de pacientes (Dual; TUS: Trastorno por uso de sustancias; TMS: Trastorno mental severo).

SF-36 Calidad de vida

	DUAL	TUS	TMS	Baremos poblacionales *
Función física	89,17±1,74	94,63±1,71	92,69±1,65	84,70±24
Rol físico	67,96±6,29	80,10±6,20	89,63±5,98	83,20±36,20
Dolor corporal	37,04±6,63	39,37±6,53	57,69±6,31	79±27,90
Salud general	61,15±3,50	67,86±3,45	56,57±3,33	68,30±22,30
Vitalidad	55,93±3,25	61,25±3,21	52,17±3,09	66,90±22,10
Función social	53,32±4,91	57,32±4,84	74,18±4,67	90,10±20
Rol emocional	53,42±7,32	67,69±7,21	81,91±6,96	88,60±30,10
Salud mental	58,72±3,24	64,04±3,19	62,66±3,08	73,30±20,10
Cambio tiempo	57,39±4,83	85,12±4,76	64,08±4,59	-
Componente físico	63,38±2,06	73,88±2,10	72,14±2,09	-
Componente mental	53,04±3,11	61,92±3,17	67,63±3,16	-

Tabla 34: Puntuaciones medias y error tipo para las escalas del cuestionario de calidad de vida SF-36 según los grupos de pacientes (Dual; TUS: Trastorno por uso de sustancias; TMS: Trastorno mental severo) y los baremos poblacionales.

*Las puntuaciones de los baremos poblaciones se expresan en media y desviación típica.

Para las escalas *Función física* ($F_{(2,98)}=2,565$; $p=0,082$; $\eta^2=0,053$), *Dolor corporal* ($F_{(2,98)}=3,076$; $p=0,051$; $\eta^2=0,063$) y *Salud general* ($F_{(2,98)}=2,704$; $p=0,072$; $\eta^2=0,056$) no se alcanzaron diferencias estadísticamente significativas pero se puede apreciar cierta tendencia en todas ellas. En la escala *Función física* se detecta menor limitación de los problemas físicos para el grupo TUS en comparación con el grupo

dual. En relación a la escala *Dolor corporal* se manifiesta mayor percepción de dolor en los grupos dual y TUS al compararlos con el grupo TMS. Por último, la *Salud general* reveló que el grupo TUS hacia una mejor valoración personal de la salud en comparación con el grupo TMS.

En relación al **diagnóstico clínico**, la escala *Dolor corporal* ($F_{(1,65)}=8,586$; $p=0,005$; $\eta^2=0,123$) mostró que los sujetos con depresión presentaban una menor percepción de dolor en comparación con los psicóticos y la escala *Componente físico* ($F_{(1,65)}=7,571$; $p=0,008$; $\eta^2=0,107$) donde se observa que los depresivos tienen un funcionamiento físico mejor que los que padecen esquizofrenia (ver figura 27).

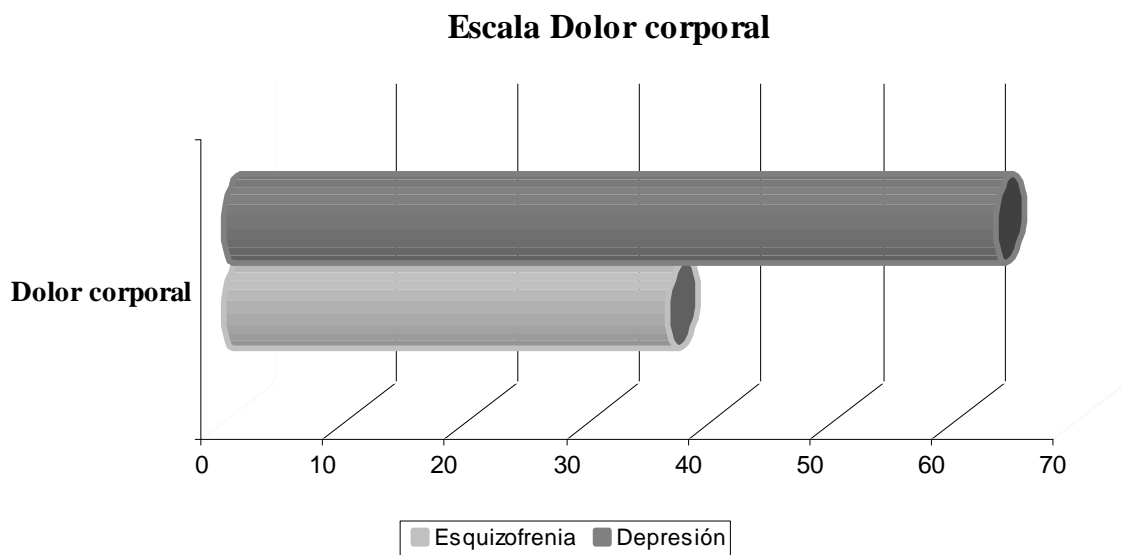


Figura 27: Puntuaciones para la escala Dolor corporal del cuestionario de calidad de vida SF-36 según el diagnóstico clínico.

Se hallaron diferencias significativas en el efecto **interactivo** entre diagnóstico clínico y presencia o ausencia de TUS comórbido para la escala de *Dolor corporal* ($F_{(1,63)}=7,235$; $p=0,009$; $\eta^2=0,109$), donde se observa que las puntuaciones son superiores en los depresivos sin TUS en comparación con el resto de grupos, incluso con los depresivos duales. También fue significativa la interacción en la escala de *Vitalidad* ($F_{(1,63)}=4,317$; $p=0,042$; $\eta^2=0,068$) con puntuaciones superiores entre los

depresivos con TUS en comparación con los depresivos sin TUS, sin diferencias entre los esquizofrénicos con o sin TUS (ver figura 28). En la tabla 35 pueden observarse los estadísticos descriptivos para los pacientes duales según sea su diagnóstico de esquizofrenia o depresión.

Escalas SF-36 según el diagnóstico

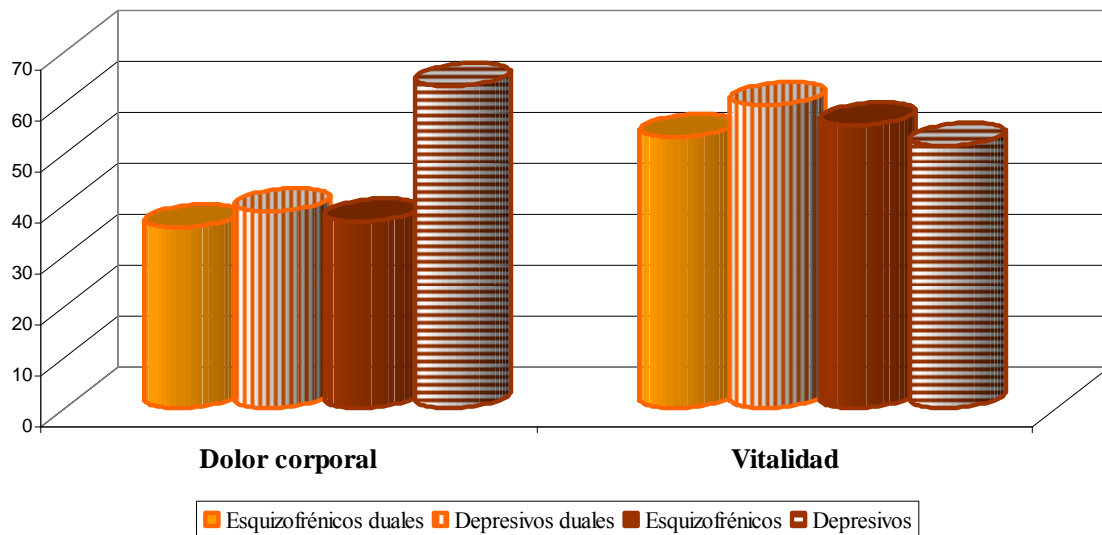


Figura 28: Puntuaciones para las dimensiones Dolor corporal y Vitalidad del SF-36 según el diagnóstico de TMS con o sin TUS comórbido.

SF-36 Calidad de vida según el diagnóstico

	Esquizofrénico dual	Depresivo dual	Esquizofrénico	Depresivo
Función física	86,40±2,57	92,71±2,91	89,19±1,56	93,52±1,83
Rol físico	60,33±8,29	80,21±9,40	74,25±5,82	86,34±6,81
Dolor corporal	35,65±8,10	38,76±9,18	36,59±5,88	63,39±6,89
Salud general	58,76±5,12	64,34±5,80	57,92±3,18	59,87±3,72
Vitalidad	53,30±4,45	59,58±5,04	55,60±2,94	51,69±3,44

Función social	58,32±6,73	47,71±7,63	63,34±4,66	65,55±5,46
Rol emocional	47,06±10,08	59,68±11,42	67,72±6,90	69,29±8,08
Salud mental	58,78±5,05	59,41±5,72	61,30±2,94	60,10±3,44
Cambio tiempo	61,66±6,81	53,34±7,71	63,79±4,37	56,95±5,11
Componente físico	59,92±2,78	66,10±3,15	65,24±1,78	72,89±2,13
Componente mental	54,17±4,13	56,67±4,68	56,80±2,70	58,15±3,23

Tabla 35: Puntuaciones medias y error tipo de las escalas del SF-36 según el diagnóstico de TMS con o sin TUS comórbido.

En comparación con los **baremos poblacionales**, todos los grupos reflejaban peor calidad de vida en todas las dimensiones en comparación con la media poblacional. Especialmente relevante es esta diferencia en la escala *Dolor corporal*, donde se aprecia que los duales tienen mayor conciencia de dolor y malestar de igual manera que los que padecen esquizofrenia en comparación con los depresivos, así como en la escala *Función social* donde los duales y adictos presentan peor funcionamiento en comparación con los baremos poblacionales. En la escala *Rol emocional* los pacientes duales son los que tiene más dificultades para conseguir el equilibrio emocional.

Discusión

El presente estudio ha pretendido investigar las características sociodemográficas y clínicas, el patrón de personalidad, las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de pacientes con PD en tratamiento, con un período de abstinencia del TUS de mínimo 6 meses y estabilizados del TMS (esquizofrenia y depresión). La inclusión de un grupo de pacientes sólo con diagnóstico de TUS y otro sólo con diagnóstico de TMS (esquizofrenia y depresión) nos permite delimitar la contribución que la enfermedad mental o la adicción aportan a las características observadas en la PD. En ambos casos con los mismos criterios de inclusión para la abstinencia y la estabilización del trastorno mental. Son muy escasos los estudios precedentes con este diseño metodológico, el cual nos parece el más adecuado para profundizar en la caracterización de la PD.

La PD implica la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por uso de sustancias. En la actualidad no existen criterios clínicos unificados ni para diagnosticar la PD, ya que el término no está integrado en los sistemas nosológicos tradicionales como el DSM-5 o la CIE-10 (Baena & López, 2006; Bizzarri et al., 2007), ni para dilucidar si el trastorno mental comórbido es primario o secundario al consumo, lo cual suele entrañar dificultades (Torrens et al., 2011). Aunque existe un creciente volumen

de estudios en el campo, las principales líneas de investigación se han centrado en aspectos epidemiológicos como delimitar la prevalencia de los trastornos comórbidos o la tipología de sustancias consumidas (Arias et al., 2013; Araos et al., 2014; Baquero et al., 2015; Szerman, 2015), así como en aspectos clínicos vinculados a las complicaciones clínicas y el pronóstico de los pacientes (Arias et al., 2013; Borge et al., 2013; Timko et al., 2013; Araos et al., 2014). Si bien en la última década se ha potenciado el interés por estudiar otros factores que pueden resultar de gran influencia y relevancia clínica en el origen y desarrollo de la PD como son los déficits cognitivos junto a sus correlatos neuroestructurales y/o neurofuncionales (Rubio et al., 2002; Barea et al., 2010; Haro et al., 2010), el diseño de intervenciones clínicas más eficaces (Mueser & Gingerich, 2013; Araos et al., 2014; Szerman et al., 2014) o la identificación de rasgos de personalidad premórbidos que predispongan al desarrollo de la comorbilidad (Pompili et al., 2009; Latalova et al., 2013; Marquez-Arrico & Adan, 2013), los resultados existentes son heterogéneos y no permiten establecer conclusiones robustas.

El presente estudio fue diseñado con el objetivo de superar algunas de las limitaciones observadas en la revisión del estado actual de conocimiento existente. Así, nos propusimos estudiar la personalidad mediante el uso de modelos teóricos con suficiente base científica y de base psicobiológica como son el modelo de Cloninger y el de los cinco factores alternativos de Zuckerman-Kuhlman junto al estudio más concreto de la impulsividad mediante el modelo de Dickman. Además evaluamos las estrategias de afrontamiento relacionadas con el tratamiento mediante el Inventario desarrollado por Tobin et al. (1989) y la calidad de vida relacionada con la salud con el SF-36. Nuestro estudio es pionero en la investigación de la PD tanto por la completa evaluación de las características de personalidad como por incluir los dos grupos sin comorbilidad, TUS y TMS, y limitar el tipo de trastorno mental severo a esquizofrenia y depresión mayor.

Los resultados obtenidos confirman datos precedentes y añaden información sobre la presencia de determinadas características de personalidad en pacientes con PD

en comparación con aquellos que sólo presentan diagnóstico de TUS o sólo diagnóstico de TMS. Los pacientes duales se caracterizan por una elevada presencia de búsqueda de sensaciones, impulsividad, hostilidad, evitación del daño y baja dependencia a la recompensa y autodirección. Esto es un perfil diferenciado en el que se hallan presentes características tradicionalmente asociadas al TUS y otras asociadas al TMS que se han mostrado predictoras de una menor adherencia al tratamiento y mayor riesgo de recaídas. Presumiblemente dichas características son premórbidas pero el desarrollo de la patología las puede haber exacerbado. Con respecto a las estrategias de afrontamiento, nuestro estudio evidencia la tendencia de los pacientes con PD a utilizar estrategias centradas en la emoción y, principalmente inadecuadas, como la evitación de problemas.

Considerando la calidad de vida relacionada con la salud, se confirma que los pacientes duales, a pesar del tiempo que llevan en tratamiento y abstinencia, muestran peor salud física y emocional. La comorbilidad produce una mayor interferencia de la vida diaria lo que va en detrimento de adherirse al tratamiento y, consecuentemente, supone un peor pronóstico del paciente. Incorporar en el tratamiento el manejo de los rasgos extremos de personalidad y de las estrategias inadecuadas de afrontamiento, así como actividades que se conoce repercuten positivamente en la salud física y emocional (hábitos horarios regulares, ejercicio físico,...) pueden resultar muy beneficiosos.

También hemos pretendido determinar si la presencia del tipo de diagnóstico clínico de trastorno mental severo (esquizofrenia o depresión) resultaba un factor relevante en las distintas variables estudiadas y en el perfil observado en la PD. Aunque el diagnóstico clínico se ha mostrado menos determinante que la comorbilidad en las características de personalidad, las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes, podemos realizar algunas matizaciones. La mayor búsqueda de sensaciones, impulsividad y dependencia a la recompensa de los pacientes duales viene especialmente determinada por aquellos con diagnóstico de esquizofrenia mientras que el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas como la evitación de problemas por aquellos con diagnóstico de depresión. Los datos enfatizan la necesidad de un

tratamiento con elementos individualizados en los pacientes con PD atendiendo al TMS comórbido que sufran.

A continuación vamos a profundizar en los resultados obtenidos organizándolos según los distintos objetivos que se han propuesto y en relación tanto con los datos precedentes como con sus posibles implicaciones clínicas.

Datos sociodemográficos y clínicos

En los pacientes con PD predomina la soltería y la convivencia con la familia de origen (Kessler et al., 1994; Tortajada et al., 2012; Araos et al., 2014) aunque si lo comparamos con el resto de grupos, son los que padecen una enfermedad mental los que mayor tendencia a no tener pareja tienen, especialmente los diagnosticados de esquizofrenia, enfermedad con una sintomatología grave que impide en muchos casos establecer un vínculo emocional con otra persona. Los pacientes con TUS son en cambio los que más tienden a mantener la convivencia con sus padres, incluso más que el grupo TMS, debido probablemente a la necesidad de supervisión constante que requieren por parte de su entorno con el fin de evitar recaídas en el consumo. En nuestro caso, era más frecuente entre los depresivos la convivencia con la familia de origen en comparación con los psicóticos si bien la posible razón de ello sea que parte de nuestra muestra con TMS vivía en una residencia tutelada.

Los pacientes duales muestran dificultades para poder desarrollar una vida laboral de forma similar al grupo diagnosticado de TMS. Así, el peso de la enfermedad mental se ve reflejado en el impedimento de poder desarrollar una actividad laboral con la asunción de las responsabilidades, hábitos y relaciones interpersonales que ésta conlleva. Por ello la mayoría de pacientes duales tienen asignada una pensión de discapacidad (Tyler & Moos, 2009; Xie et al., 2010; Magidson et al., 2013). El grupo de pacientes con TUS, en cambio, es el que se mantiene más activo laboralmente, si bien con un elevado porcentaje de desempleados. Ello corrobora que la no presencia de la enfermedad mental inhabilita en menor grado para la vida laboral. Al comparar el

diagnóstico clínico, tanto en esquizofrenia como en en depresión es mayoritaria la condición de pensionista pero en especial entre los depresivos duales.

La formación académica predominante en los pacientes duales eran los estudios secundarios, dato coincidente con investigaciones precedentes tanto en población española como anglosajona (Sánchez-Peña et al., 2012; Arias et al., 2013; Lev-Ran et al., 2013), e incluso cerca del 15% habían cursado estudios universitarios. El grupo TMS, aunque con un porcentaje nada despreciable de pacientes con estudios secundarios, fue el que presentaba menor formación académica. Ello podría explicarse tomando en consideración la vulnerabilidad biológica hacia la patología mental, que en el caso de los pacientes duales puede ser menor que en los TMS o compensada mediante el consumo precoz de sustancias (Roncero et al., 2010; Sánchez-Peña et al., 2012). Ello podría mantener el funcionamiento mental más conservado en la PD, pero sólo en las primeras décadas de la vida ya que con posterioridad se añadirían los problemas neurotóxicos del consumo. En relación al diagnóstico clínico, los pacientes psicóticos de nuestra muestra alcanzaron mejor nivel de formación que los depresivos, pudiendo ello fundamentarse en que los primeros no habían tenido muchos brotes y no estaban gravemente deteriorados, como muestra su ICG y la PANSS.

Los pacientes duales aportaron la tasa superior de intentos de suicidio (Craig et al., 2008; Healey et al., 2009; Araos et al., 2014), la menor la presentaron los TUS y los TMS se situaron en una posición intermedia, si bien no se alcanzaron diferencias significativas. El dato va en la dirección de que la comorbilidad se asocia a una mayor inestabilidad psicológica especialmente constatada entre los depresivos duales. Ello puede relacionarse con el elevado consumo de psicofármacos en el grupo dual (Mueser et al., 1998; Mueser & Gingerich, 2013), necesario para poder controlar ambas patologías. La constatación de que la totalidad de pacientes TMS consumen psicofármacos mientras que éste es considerablemente menor en los pacientes TUS nos indica la preponderancia de la enfermedad mental en la necesidad de tratamiento psicofarmacológico. Si a este dato añadimos que el ICG de los duales es peor que la del resto de grupos podemos aquí destacar que la historia de uso de drogas suma perjuicios

clínicos en estos pacientes respecto a los afectados por sólo una patología (Moore et al., 2009; Roncero et al., 2013). El diagnóstico clínico de esquizofrenia, como bien han demostrado numerosos trabajos, es causa de mayor deterioro (Miquel et al., 2011; Szerman, 2015) en comparación con la depresión, de ahí que en nuestra muestra los psicóticos consuman más psicofármacos y estén más deteriorados.

Bien conocida es la relación entre la enfermedad mental y el consumo de nicotina (Roncero et al., 2010; López et al., 2011). Entre los pacientes con PD el consumo de cigarrillos, el índice de dependencia a la nicotina y la cantidad de años del consumo son más elevados (Benaiges et al., 2012) incluso en comparación con el grupo TMS y en concreto con los que padecen esquizofrenia, lo que va en la línea del uso de la misma como vía para estabilizar la sintomatología clínica, reducir los déficits cognitivos de la esquizofrenia y los efectos adversos de la medicación antipsicótica (Keizer et al., 2009; López et al., 2011). Se confirma la asociación entre la esquizofrenia y el consumo de nicotina, nuestros pacientes con diagnóstico de esquizofrenia consumen más cigarrillos y presentan mayor nivel de dependencia que aquellos con diagnóstico de depresión, siendo ello más acusado en los esquizofrénicos duales.

La cantidad de horas de sueño fue una variable con claras diferencias entre los grupos. Los pacientes con TMS son quienes más horas duermen seguidos de cerca de los duales, pudiendo en ello subyacer el tratamiento psicofarmacológico con efectos hipnóticos/sedantes. También apreciamos una tendencia a consumir más xantinas (cafeína) entre los pacientes duales, especialmente los diagnosticados de esquizofrenia. Ello se fundamenta probablemente en los efectos paliativos que la cafeína puede producir en determinados síntomas de la enfermedad y en los efectos adversos de la medicación antipsicótica (Paton & Beer, 2001; Baethge et al., 2009; Benaiges et al., 2012) si bien a medio o largo plazo el incremento de la liberación de catecolaminas puede agravar los síntomas psicóticos, siendo necesario un ajuste al alza de las dosis de psicofármacos con el consecuente riesgo de incrementar sus efectos adversos (Paton & Beer, 2001; Baethge et al., 2009).

En relación a la sintomatología clínica de los pacientes con TMS en el momento de la evaluación, si bien se hallaban estables en todos los casos, los diagnosticados de esquizofrenia con TUS comórbido mostraban menos sintomatología positiva que aquellos con sólo diagnóstico de esquizofrenia. En la misma línea, la sintomatología depresiva era superior en los pacientes que sólo tenían diagnóstico de depresión que en los duales depresivos. Este resultado es congruente con los trabajos que apuntan la presencia de una menor vulnerabilidad al TMS en los pacientes duales atendiendo a su mejor funcionamiento premórbido, lo que se ha sugerido en relación a la psicosis (Schnell et al., 2009) y probablemente es extensible al trastorno depresivo a tenor de nuestras observaciones.

Los datos de consumo nos aportaron un patrón mayoritario de policonsumo, más prevalente en el grupo con TUS que en el de PD (Baena & López, 2006; Torrens & Martínez-Sanvisens, 2009; Peris & Balaguer, 2010; Sáiz et al., 2011). Los pacientes duales muestran más número de recaídas (Vega et al., 2009; Timko et al., 2013) y un inicio más precoz del consumo (Jiménez-Castro et al., 2010; Arias et al., 2011; Miquel et al., 2011; Araos et al., 2014) con una edad media de 14 años en comparación con la de 17 años de los pacientes TUS. El inicio precoz de consumo puede indicar un uso precoz de drogas como primer mecanismo terapéutico ante la aparición de los primeros síntomas clínicos en la línea de la teoría de la automedicación (Benaiges et al., 2012; Arias et al., 2013; Araos et al., 2014) y de una posible mayor vulnerabilidad de éstos a desarrollar un trastorno mental. Las sustancias más consumidas en nuestros pacientes fueron el alcohol, la cocaína y el cannabis tanto en el grupo de PD como en el grupo TUS, en consonancia con lo hallado en numerosos trabajos previos (Torrens & Martínez-Sanvisens, 2009; Peris & Balaguer, 2010; Sáiz et al., 2011). En el grupo dual se observa una mayor de uso de drogas que podría relacionarse no sólo con la necesidad de vivir nuevas experiencias, característica que comparten con los adictos, sino también por la búsqueda de drogas que tengan los efectos esperados en la regulación de la sintomatología clínica de la enfermedad mental.

Personalidad e Impulsividad

La presencia de determinados rasgos de personalidad influyen en la adquisición y el desarrollo de los TUS y de diversas patologías mentales como la esquizofrenia o la depresión (Rae et al., 2002; Lukasewicz et al., 2009; Dervaux et al., 2010; Zhornitsky et al., 2012). Además, pueden también interferir en el adecuado seguimiento del tratamiento y, consecuentemente, en la evolución y pronóstico de los pacientes.

Nuestro estudio ha confirmado la asociación entre una elevada búsqueda de sensaciones y el TUS (Sigurdsson, 1995; Leventhal, 2007), en especial cuando existe PD o comorbilidad (Bizarri et al., 2007; Kim, 2007). Esta característica de personalidad, caracterizada por la necesidad de aventura, la voluntad de asumir riesgos y la evitación activa de la frustración, posee una base biológica funcional en los circuitos neurales dopaminérgicos relacionados también inequívocamente con la adicción (Chico, 2000; Roberti, 2004; Ortin et al., 2012; Kaynak et al., 2013). Aunque sin encontrar diferencias en nuestra muestra, observamos puntuaciones superiores de este rasgo en los pacientes esquizofrénicos que en los depresivos, independientemente de que exista o no comorbilidad con TUS. La elevada presencia de búsqueda de sensaciones es un factor de riesgo para desarrollar un TUS, en especial para las personas que ya poseen una patología mental (Dervaux et al., 2010; Zhornitsky et al., 2012). La necesidad de asumir riesgos juntamente con la presencia de sintomatología clínica severa, como ocurre en la esquizofrenia, propician el uso de las drogas como vía para paliar los síntomas. Ante un diagnóstico de TMS se hace aconsejable evaluar este rasgo de personalidad ya que puede participar como factor de riesgo para iniciar el consumo de sustancias y desarrollar un TUS.

La búsqueda de sensaciones también se caracteriza por la toma impulsiva de decisiones, evitando actitudes reflexivas ante las problemas (Gana & Trouillet, 2003; Orengo et al., 2007; Montaña et al., 2009) lo que la relaciona estrechamente con la impulsividad. La asociación de la búsqueda de sensaciones e impulsividad la evidenció y recogió Zuckerman en su modelo de cinco factores alternativos considerando ambas

como una dimensión principal (Zuckerman et al., 1993; Gomà-i-Freixanet et al., 2004; Rossier et al., 2012). La presencia de elevada impulsividad es un factor de riesgo para desarrollar una adicción (Clark et al., 2006; Chamberlain & Sahakian, 2007; Magid et al., 2007; Hopwood et al., 2011; Carroll & Wu, 2014; Leeman et al., 2014) y se relaciona también con trastornos mentales severos (Kaladjian et al., 2011; Piko & Pinczés, 2014; Wilbertz et al., 2014; Lijffjt et al., 2015). Si bien constatamos puntuaciones superiores de impulsividad entre los grupos Dual y TUS respecto al grupo TMS y a los datos normativos, tanto considerando la subdimensión de impulsividad del ZKPQ como la impulsividad disfuncional de Dickman, dichas diferencias no alcanzaron niveles significativos. Una explicación posible de ello es que ciertamente la elevada impulsividad subyace especialmente al diagnóstico de TUS (Hopwood et al., 2011; Malmberg et al., 2012; Carroll & Wu, 2014) y en menor medida al TMS (Gut-Fayand et al., 2001; Dougherty et al., 2004; Meade et al., 2008; Dervaux et al., 2010; Arias et al., 2013; Borge et al., 2013), pero que las diferencias se establecen de forma patente cuando se comparan pacientes y sujetos controles como han señalado numerosos trabajos precedentes (Kjome et al., 2010; Goudriaan et al., 2011; Leeman et al., 2014; Black et al., 2015; Gilman et al., 2015; Ross et al., 2015).

De forma contraintuitiva no hemos hallado que el tipo de diagnóstico clínico (esquizofrenia o depresión) resulte relevante en la impulsividad, a pesar de que la puntuación de los esquizofrénicos fue superior en especial en aquellos con TUS comórbido. La esquizofrenia se caracteriza por presentar más activación del córtex prefrontal durante las respuestas de inhibición lo que se traduce en un detrimento de los procesos de inhibición y aumento de la impulsividad (Enticott et al., 2008; Duva et al., 2011; Kaladjian et al., 2011; Zhorstnsky et al., 2012). Puede que determinadas características de los pacientes de nuestra muestra, como el hallarse estabilizados y el tiempo de tratamiento de la adicción en los duales, hayan contribuido a disminuir la impulsividad de los pacientes esquizofrénicos, todo y que sigue siendo superior en comparación con los depresivos. Atendiendo a la conceptualización de la impulsividad desde el modelo de Dickman, en la que se pone interés tanto en la impulsividad funcional como disfuncional, nuestros datos aportan niveles superiores asociados al

TUS, sin diferencias atendiendo a la comorbilidad. Tanto los pacientes duales como TUS muestran niveles elevados en ambas dimensiones de impulsividad, indicando la posibilidad de beneficiarse de la toma de decisiones rápidas y eficaces a la vez que también corren el riesgo de tomar decisiones irreflexivas y desordenadas en comparación con el grupo TMS. Dickman relacionó la impulsividad con los mecanismos de atención (Brunas-Wagstaff et al., 1995; Dickman, 1990; Figueroa, 2013) confirmando que las diferencias entre alta o baja impulsividad radican en el grado en que la atención permanece fijada. Las personas con elevada impulsividad tendrían facilidad para cambiar el foco de atención dificultando la toma de decisiones a pesar que en los periodos breves son mejores que los menos impulsivos (Claes et al., 2000; Whiteside & Lynam, 2001; Squillace et al., 2011). Por otro lado, los sujetos que presentan baja impulsividad tendrían dificultades en dicha flexibilidad, facilitando el éxito en la toma de decisiones pero no en las situaciones rápidas. De esta manera, los pacientes duales y adictos tendrían mayor flexibilidad para cambiar el foco de atención en contraposición con los TMS (psicóticos o depresivos). La falta de flexibilidad cognitiva asociada a la toma de decisiones eficaz puede afectar al éxito terapéutico y la adherencia al mismo (Goudriaan et al., 2011; Leeman et al., 2014; Black et al., 2015; Gilman et al., 2015; Ross et al., 2015).

La asociación entre la búsqueda de sensaciones-impulsividad y los intentos de suicidio está mediada por el consumo de sustancias, a mayor presencia del rasgo comórbido con patología mental, especialmente la depresión y consumo de sustancias, se incrementa el riesgo autolítico desestabilizando la PD y aumentando las recaídas y reduciendo el tiempo de abstinencia (Corruble et al., 2003; Swann et al., 2008; Cano et al., 2011; Ortin et al., 2012; Van de Wetering & Franken, 2013; Piko & Pinczés, 2014). Nuestros pacientes duales confirman dicha relación con la presencia de mayores tasas de intentos de suicidio, más recaídas, mayor prevalencia de policonsumo y niveles superiores de búsqueda de sensaciones. De la misma forma, existe una asociación entre búsqueda de sensaciones-impulsividad y el factor edad en el desarrollo de un TUS. La búsqueda de sensaciones y la impulsividad tienen su pico más alto durante la adolescencia-primera juventud para ir paulatinamente descendiendo hasta etapas adultas

(Cauffman et al., 2010; Vaidya et al., 2010; Harden & Tucker, 2011; Kaynak et al., 2013; Quinn & Paige, 2013), siendo en este período del ciclo vital cuando su contribución a la etiología del TUS puede ser mayor. La edad de inicio del trastorno en los pacientes duales y TUS incluidos en nuestro estudio confirma dicha asociación, especialmente precoz entre los primeros.

En relación al modelo de los cinco factores alternativos de personalidad, éste se ha mostrado muy sensible en diferenciar entre los distintos grupos de pacientes considerados y en la caracterización de un perfil en la PD (Turiano et al., 2012; Boschloo et al., 2013), más allá de la dimensión de búsqueda de sensaciones-impulsividad ya comentada. El TUS, en especial si existe comorbilidad, se asocia con niveles elevados de agresividad-hostilidad lo que apunta a una tendencia a mostrarse más groseros, impacientes y hostiles. Asimismo, los grupos dual y TMS comparten un nivel de menor actividad, tanto atendiendo a la actividad general como al esfuerzo. Esto es, una menor capacidad de trabajo, de energía diaria y de asumir nuevos retos. El peso de la enfermedad mental crónica puede ser el denominador común en la afectación de la actividad, mientras que ésta se halla más preservada en los pacientes con TUS quizás debido a las pautas que el propio tratamiento tanto residencial como ambulatorio impone (Adan, 2013). La menor sociabilidad observada en el grupo dual indica que en éstos existe mayor dificultad para establecer lazos afectivos, evitar la soledad y mostrarse más cooperativos y, consecuentemente, que su circunstancia patológica aumenta las limitaciones en el área social en comparación con los grupos TUS y TMS. En relación a la presencia de neuroticismo, nuestros resultados evidencian que la comorbilidad en los pacientes con PD se relacionan con un estado de mayor angustia, inseguridad y tensión, como algunos autores han confirmado desde diferentes modelos teóricos (Reno, 2004; Boschloo et al., 2013; Roncero et al., 2014). Esto es, una mayor inestabilidad emocional. Los trabajos precedentes sugieren que el rasgo de neuroticismo, evaluado con otros modelos de personalidad, se halla estrechamente relacionado tanto con la patología mental como con la adicción (Tcheremissine et al., 2003; Sutin et al., 2013). La consideración del tipo de trastorno mental nos permite

apuntar que el mayor neuroticismo de los pacientes con comorbilidad se produce especialmente en los diagnosticados de esquizofrenia.

El modelo de Cloninger es el más utilizado para estudiar el perfil de personalidad característico de la PD, en comparación bien con la presencia de TUS (Benito et al., 2012; Ando et al., 2014; Bozkurt et al., 2014; Huang et al., 2014) o con la de TMS (Di Nicola et al., 2010; Mandelli et al., 2012). Más allá de la asociación con la búsqueda de sensaciones ya comentada, podemos afirmar que las diferencias entre los grupos de pacientes se producen mayoritariamente en las dimensiones de temperamento. Es decir en aquellas de base más biológica (Le Bon, 2004; Kim, 2007; Lukasiewicz et al., 2009), con sólo la dependencia a la recompensa sin diferencias significativas. El grupo dual muestra junto con el grupo TMS puntuaciones más elevadas de evitación del daño, lo que implica una mayor tendencia a evitar los estímulos aversivos, anticipar problemas futuros con un elevado temor a la incertidumbre y pesimismo. Ello se halla más marcado en los pacientes con depresión que en los esquizofrénicos (Le Bon, 2004; Kim et al., 2007; Mandelli et al., 2012). De la misma manera, los grupos dual y TMS muestran menor persistencia lo que implica una falta de perseverancia en su comportamiento, escasos deseos de superación y baja tolerancia a la frustración (Lukasiewicz et al., 2009; Marquez-Arrico & Adan, 2013) en comparación con los adictos y similar a los TMS. Aunque sin alcanzar diferencias significativas en dependencia a la recompensa, los duales tienden a mostrarse más independientes, no responden a los estímulos sociales y tienen mayores dificultades para establecer relaciones sociales. Si bien estudios previos observan tanto en pacientes TUS como TMS una menor aproximación a estímulos sociales respecto a controles (Ritsner & Susser, 2004; Kurs et al., 2005), nuestro trabajo permite añadir que ello se incrementa con la presencia de comorbilidad y en especial si el diagnóstico clínico es la esquizofrenia. Finalmente, y en relación a las dimensiones de carácter, el grupo Dual presenta menor autodirección comparado con los grupos TUS y TMS lo que puede implicar mayor dificultad en admitir errores, tendencia a culpar a los demás de sus problemas, más inmadurez y baja autoestima (Cloninger, 2006; Spalletta et al., 2007; Terracciano et al., 2008; Di Nicola et al., 2010; Mandelli et al., 2012). En comparación

con los datos normativos para las dimensiones de temperamento, el grupo con PD muestra mayor evitación del daño y menor dependencia a la recompensa y persistencia, con resultados similares al grupo con TMS, mientras que el grupo TUS presenta mayor dependencia a la recompensa y persistencia en comparación a los baremos poblacionales pudiendo ello relacionarse con el trabajo terapéutico del tratamiento. En cuanto a las dimensiones de carácter, todos los grupos, en especial el Dual, muestran menor autodirección y cooperación y mayor autotranscendencia.

Resumiendo, hemos confirmado y ampliado el conocimiento sobre el perfil de rasgos de personalidad que presentan los pacientes con PD en tratamiento, en el que constatamos una configuración diferencial respecto a aquellos con sólo TUS o sólo TMS. Dicho perfil comporta la presencia de una elevada búsqueda de sensaciones, agresión-hostilidad y evitación del daño, junto a una baja persistencia y autodirección. Nuestro diseño no nos permite dilucidar la existencia premórbida de estos rasgos, si bien son numerosos los trabajos precedentes que no sólo lo sustentan sino que los consideran factores de riesgo a integrar en un modelo explicativo tanto de la adicción como de los trastornos mentales (Martínez et al., 2009; Peris & Balaguer, 2010; Arias et al., 2013). Los resultados adquieren interés en relación al momento de evaluación, ya que la presencia de algunos de ellos dificulta la adherencia al tratamiento y la consecución y mantenimiento de la abstinencia y/o la remisión sintomática del diagnóstico clínico. Esto es, son factores de riesgo tanto para el fracaso terapéutico como para las recaídas. Y en esta línea, parece adecuado proponer la evaluación de los rasgos de personalidad y no exclusivamente la de los trastornos de personalidad, para integrar en caso necesario estrategias terapéuticas específicas de cambio relacionadas con los perfiles extremos.

Estrategias de afrontamiento

Las EA son recursos cognitivos y conductuales que una persona realiza orientados a resolver un problema o reducir la respuesta emocional que le acompaña

(Bernal, 2009; Salguero & Márquez, 2010). En nuestra investigación hemos observado diferencias en el uso de las estrategias según los grupos (Dual, TUS y TMS) y el diagnóstico clínico (esquizofrenia y depresión), con diferencias tanto en el tipo de estrategia como en la intensidad de uso. Los resultados más relevantes se observan en el grupo TUS y en menor medida en el dual, lo que confirma la relevancia de las EA desadaptativas en el consumo de sustancias (Monras et al., 2010; Urbanosky et al., 2012).

La autocrítica se trata de una EA orientada a la autoinculpación y el autocuestionamiento como consecuencia de la situación estresante y como forma de enfrentarse a ella. En nuestra muestra, los grupos con adicción y especialmente el TUS, son los que mayor uso hacen de esta estrategia en comparación con el grupo TMS. Los trabajos precedentes han determinado que el uso de estrategias inadecuadas como ésta aumentan las probabilidades de consumir sustancias como método para hacer frente a la emoción que acompaña al problema (Kiluk et al., 2011; Coriale et al., 2012). Nuestros datos permiten añadir que los pacientes siguen manteniendo este patrón a pesar de hallarse adheridos al tratamiento y sin consumir por un período mínimo de seis meses. Según el diagnóstico clínico, se observa una mayor tendencia a usar esta estrategia en los sujetos depresivos en comparación con los esquizofrénicos, independientemente que sean adictos o no, lo que señala el peso de esta patología mental en el uso de la autocrítica. La autocrítica favorece la sintomatología propia de la depresión, basada en distorsiones cognitivas y pensamientos negativos sobre si mismo y los demás. En general, todos nuestros pacientes utilizan más la EA de autocrítica que la población normal, siendo ello más acusado entre los adictos depresivos.

Otra EA desadaptativa usada por el grupo con PD es el pensamiento desiderativo. Los pacientes duales tienden a utilizar un tipo de afrontamiento en el que desearían que el problema no existiera o no fuera estresante. A pesar de no hallar diferencias significativas al comparar el peso del TMS y la adicción, se observa una mayor tendencia al pensamiento mágico entre los adictos, independientemente de la presencia de depresión o esquizofrenia, lo que revela que el consumo de sustancias tiene

mayor influencia en el uso de esta EA. Todo lo contrario ocurre con la reestructuración cognitiva, una estrategia adecuada que con mayor tendencia está presente entre el grupo TMS, principalmente entre los depresivos, quienes tienden en mayor grado a modificar el significado de la situación estresante. Sería interesante averiguar si esa modificación va encaminada a aumentar la autocritica, también elevada en depresivos como anteriormente hemos remarcado.

La evitación de problemas consiste en la tendencia a negar y evitar los pensamientos o actos relacionados con el estresor. Nuestro estudio muestra mayor uso de ella entre el grupo TMS en comparación con los grupos dual y TUS. A pesar que se trata de una estrategia que por ser desadaptativa debería ser más empleada en los grupos adictos, en nuestra muestra los resultados van en la línea de confirmar el efecto positivo que existe entre el desuso de EA desadaptativas y la reducción del consumo derivado del tratamiento, especialmente en el grupo TUS que presenta un funcionamiento similar al baremo poblacional. Los tratamientos de nuestros pacientes integraban el manejo en resolución de problemas y en la adquisición de estrategias para ello. La observación de que la estrategia de evitación de problemas no sea usada en exceso ni en los pacientes TUS ni en los duales sustenta el logro del tratamiento en este aspecto, siendo un factor protector que ayuda a la recuperación y al mantenimiento de la abstinencia (Herrick & Elliot, 2001; Ritchie et al., 2010; Hasking et al., 2011). Las EA influyen más en la evolución de la adicción que en la eliminación de la sintomatología clínica (Stappenbeck et al., 2014) de ahí que nuestros pacientes con TMS mantengan el uso de la evitación de problemas, independientemente de que sufran esquizofrenia o depresión o de que tengan o no comorbilidad (Tucker et al., 2005; Forys et al., 2007; Corbin et al., 2013).

La EA de retirada social ha aportado puntuaciones elevadas en todos los grupos, aunque sin diferencias entre ellos. Existen diversos estudios que han constatado carencias en las habilidades sociales y en las relaciones interpersonales tanto en pacientes con PD (Graella et al., 2010; Timko et al., 2013) como con TUS y TMS (Herrero et al., 2008; Benito et al., 2012; Mandelli et al., 2012; Bozkurt et al., 2014) Por

esta razón, no es de extrañar que entre los grupos no existan apenas diferencias y se alejen del funcionamiento normativo del baremo poblacional. La adquisición de EA adecuadas facilita y mejora el ajuste y las relaciones sociales en general (Rohsenow et al., 2004; Corbin et al., 2013), pero considerando los datos obtenidos podemos afirmar que la retirada social requiere de un tiempo dilatado de tratamiento ya que los pacientes siguen con un patrón no normalizado a pesar de hallarse en una fase avanzada de éste.

En cuanto a la preferencia por el manejo de estrategias centradas en el problema o en la emoción (escalas secundarias de EA), existen diferencias relevantes según los grupos. En general, hace una mayor manejo de las estrategias centradas en el problema el grupo TMS en comparación con los grupos TUS y dual, quienes tienen preferencia por las EA basadas en la emoción (Herrick & Elliot, 2011). Las estrategias centradas en el problema están asociadas con la reducción de complicaciones y aparecen ante aquellas situaciones que el sujeto se siente confiado de poder resolver, mientras que las basadas en la emoción incrementan el riesgo de padecer depresión, ansiedad, abuso de sustancias y se pondrían en marcha cuando el sujeto interpreta que la situación es incontrolable o que no tiene habilidades para resolverla (Dashora et al., 2011; Scott et al., 2013).

El mayor uso de EA centradas en el problema entre el grupo TMS en comparación con el grupo TUS puede relacionarse con la preferencia en este segundo por la utilización de las sustancias como método para reducir la emoción negativa del estrés. A pesar de no hallar diferencias significativas, si se aprecia un mayor uso de EA centradas en la emoción entre los grupos con adicción en comparación con el grupo TMS sin que ello se halle modulado por padecer esquizofrenia o depresión. Parece confirmarse la eficacia que tiene el trabajo en EA en las adicciones pero escaso en la psicopatología tanto con como sin TUS comórbido (Kiluk et al., 2011; Stappenbeck et al., 2014).

Queda confirmado el menor uso de EA adecuadas entre el grupo TUS. La principal consecuencia de esta tendencia es una mayor dificultad a enfrentarse a

situaciones estresantes, lo que se puede relacionar tanto con el aumento del deseo de consumir, la reducción de la adherencia al tratamiento y el aumento de las recaídas (Monras et al., 2010; Coriale et al., 2012) como con el riesgo incrementado de intentos de suicidio (Rizvie et al., 2011). Mediante un programa terapéutico que facilitara la adquisición de EA centradas en el problema y la eliminación de las EA inadecuadas adquiridas, estas complicaciones clínicas podrían verse minimizadas.

Calidad de vida

La CVRS es un concepto multidimensional y complejo que engloba diferentes dimensiones como la salud física, psicológica y un componente social (Pedrero et al., 2008; Best et al., 2013; Makai et al., 2014). En nuestra investigación, centrada en evaluar la CVRS hemos observado que es el grupo de pacientes duales el que peor CV presenta (Hernan et al., 2004; Xie et al., 2005; Lev-Ran et al., 2012) en sus dimensiones física, social y emocional. Ello parece consecuencia de la comorbilidad, ya que los pacientes TUS aportan mejor CVRS todo y que ambos grupos se hallaban abstinentes en el momento de la evaluación. Existen diversos trabajos que han señalado la ausencia de consumo como un factor clave en el aumento de la CV en adictos (Becker et al., 2011; Marini et al., 2013; Essex et al., 2014) y, si bien no disponemos de mediciones previas al tratamiento para saber el impacto de éste en la calidad de vida de nuestros pacientes, parece plausible apuntar a la enfermedad mental comórbida de los pacientes duales como elemento explicativo de su peor CVRS. La cantidad de psicofármacos consumidos y los efectos adversos de la medicación se halla acreditado que reducen la CV (Kasckow et al., 2007; Martínez et al., 2010; Zeng, Xu & Wang, 2013), lo que va en la dirección de que los pacientes esquizofrénicos muestren peor CVRS que los depresivos, con independencia de la comorbilidad.

Las diferencias en CVRS entre los grupos son especialmente remarcables en la dimensión de rol físico, siendo el grupo dual el que tiene más problemas físicos que interfieren en el desarrollo de las actividades de la vida diaria (Margolese et al., 2006;

Saatcioglu et al., 2008; Ralevsky et al., 2014). La presencia de PD suele incrementar la vulnerabilidad a padecer otras enfermedades médicas como VIH, hepatitis o sufrir accidentes (Mueser et al., 1998; Borge et al., 2013; Mueser & Gingerich, 2013) que pueden ser causa de un mayor deterioro de la salud física en comparación con los pacientes con sólo diagnóstico de TUS y sólo con diagnóstico de TMS. En cuanto al diagnóstico clínico, entre los esquizofrénicos existe mayor deterioro físico en comparación con los depresivos, pudiendo ser ocasionado por las consecuencias de la medicación antipsicótica como son los efectos extrapiramidales (Ritsner et al., 2012; Zeng et al., 2013).

La función social es una dimensión que se encuentra perjudicada en todos los grupos en comparación con el baremo poblacional y en mayor medida en los pacientes con PD (Margolese et al., 2006; Saatcioglu et al., 2008; Ralevsky et al., 2014). La comorbilidad interfiere en la vida social de estos pacientes dificultando mantener unas relaciones interpersonales estables y normalizadas. Su funcionamiento social es más similar al grupo TUS que al TMS lo que sugiere que el deterioro de las relaciones sociales puede verse más relacionado con la adicción y sus consecuencias que con la sintomatología de la patología mental, incluso en el caso de trastornos severos como la esquizofrenia y la depresión donde la alteración en el área social es un criterio diagnóstico. Características clínicas como el inicio precoz del consumo y las consecuencias que comportan como la inestabilidad emocional, recaídas e intentos de suicidio pueden ser también factores asociados al deterioro social (Xie et al., 2005; Karow et al., 2011).

En la misma línea, el rol emocional aportó puntuaciones peores en los pacientes duales apuntando la presencia de una mayor interferencia de sus problemas emocionales en su CVRS (Bizarri et al., 2005; Benaiges et al., 2012; Lev-Ran et al., 2012). En cambio el grupo TMS no muestra afectación del rol emocional, sin influir si el diagnóstico es esquizofrenia o depresión, probablemente debido a la estabilidad de la sintomatología clínica que les proporciona la adherencia al tratamiento psicofarmacológico. Las consecuencias neurobiológicas del consumo crónico

combinadas con la condición clínica comórbida en el grupo Dual pueden subyacer a sus problemas emocionales.

Los pacientes con adicción, especialmente el grupo dual, experimentan una mayor percepción de dolor corporal así como mayor dificultad para gestionarlo. Ello puede ser ocasionado tanto por el predominio de ciertos rasgos de personalidad como la elevada evitación del daño y la baja dependencia a la recompensa así como por alteraciones neuropsicológicas producidas por el consumo o los psicofármacos sobre los centros reguladores de placer y dolor. En relación a la patología mental, los depresivos muestran mayor tolerancia al dolor físico, especialmente los que no tienen TUS comórbido, en comparación con los esquizofrénicos con o sin TUS.

La percepción más positiva sobre la salud general la realizaban los pacientes adictos, principalmente aquellos sin comorbilidad y la menos positiva los pacientes TMS. La presencia de patología mental severa, como la esquizofrenia o la depresión, repercute en las expectativas futuras de recuperación y en la esperanza de mejorar la CVRS (Kurs et al., 2005; Victor et al., 2011; Renwick et al., 2012). Hemos apreciado que la percepción de salud es mejor en los pacientes depresivos que en los esquizofrénicos, sin importar la presencia o no de TUS comórbido. Los mismos resultados se hallan en la dimensión cambio a lo largo del tiempo donde los adictos se muestran más satisfechos con la mejoría en su salud, seguramente porque una vez mantenida la abstinencia sus consecuencias se reducen considerablemente y pueden mantener un funcionamiento psicológico y social mejor que aquellos que padecen una enfermedad mental de manera crónica. Los pacientes duales son los que menor percepción de mejoría presentan posiblemente debido a la comorbilidad psiquiátrica y el uso de psicofármacos que ésta requiere, así como al elevado consumo de cafeína y/o nicotina (Xie et al., 2005; Astals et al., 2008; Kilbourne et al., 2009; Benaiges et al., 2012).

La vitalidad, entendida como sentimiento de energía y fortaleza, se halla más presente entre los pacientes con adicción, especialmente en el grupo TUS en

comparación con los duales, producido probablemente por el mantenimiento de la abstinencia y la reducción de las complicaciones que le acompañan. Los duales depresivos son los que mayor vitalidad presentan en relación a los que no padecen TUS comórbido o a los esquizofrénicos con o sin TUS, pudiendo ser ello explicado por las mismas razones que en el grupo TUS, el mantenimiento de la abstinencia y la minimización de las consecuencias del consumo.

La CVRS del SF-36 presenta un componente global físico y otro mental, los resultados muestran que en ambas dimensiones es el grupo dual el que mayor afectación tiene. Lo que es congruente con datos precedentes que observan limitaciones en las actividades de la vida diaria (Herman et al., 2004; Margolese et al., 2006; Saatcioglu et al., 2008; Ralevsky et al., 2014), menor motivación por el cambio y mayor dificultad en la adherencia al tratamiento (Baena & López, 2006; Arias et al., 2013; Borge et al., 2013) en PD. El grupo TUS muestra mejor funcionamiento físico en comparación con el grupo TMS, mientras que este segundo presenta mejor componente mental que el primero. Ambos datos pueden explicarse probablemente por la medicación psicofarmacológica administrada al grupo TMS, que por un lado puede limitar su funcionamiento físico debido a los efectos secundarios pero por otro lado estabiliza la enfermedad mental de origen. Finalmente, el funcionamiento tanto físico como emocional de los pacientes con depresión es mejor que el de los esquizofrénicos con independencia de que haya o no TUS comórbido.

Limitaciones y perspectivas futuras

La investigación en el campo de estudio de la PD es escasa comparada con la que se desarrolla en otras patologías mentales, quizás ello se deba a la mayor dificultad en la selección y control de variables en estos pacientes y la elevada heterogeneidad que presentan. No hay que olvidar, sin embargo, que la prevalencia de TUS es cada día mayor, tanto en población general como especialmente en población psiquiátrica (Torrens, 2008; Moore et al., 2009; Tyler & Moos, 2009; Mueser & Gingerich, 2013; Araos et al., 2014). De ahí estriba la importancia de esta investigación, la cual de los múltiples aspectos a valorar centró su atención en el estudio de las características de personalidad, las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con PD comparados con pacientes sólo con TUS y sólo con TMS. Dada la multiplicidad de trastornos mentales severos comórbidos, limitamos los diagnósticos a dos de los más prevalentes: esquizofrenia y trastorno depresivo mayor. Sin embargo, debemos ser cautos con los resultados obtenidos puesto que no se hallan exentos de limitaciones y aquellos para los que no existía investigación previa es necesario considerarlos como preliminares.

Entre las principales limitaciones de nuestro trabajo podemos mencionar el reducido número de pacientes incluidos en cada grupo ($n=34$) y la consideración sólo del sexo masculino, lo que dificulta la generalización de los resultados obtenidos. Si bien la prevalencia del sexo masculino en la PD es elevada (Jiménez-Castro et al., 2010; Sánchez-Peña et al., 2012; Lev-Ran et al., 2013), sería interesante no sólo replicar este estudio con mujeres sino también abordar en investigaciones futuras el sexo como variable independiente para valorar posibles diferencias entre sexos en las variables estudiadas. Una tercera limitación metodológica es la falta de un grupo control con sujetos sanos. Se ha hecho uso de los baremos poblacionales de los cuestionarios utilizados para superar esta limitación, pero se carece de información “normativa” en relación a los datos clínicos y de consumo. El resultado de poder comparar el perfil sociodemográfico y de consumo entre población normal y población clínica podría aportar información de interés, como por ejemplo la presencia de determinada sintomatología o de consumo de cafeína y/o nicotina para poder circunscribir los datos de los pacientes en su contexto social. En relación a este punto, sin embargo, cabe mencionar la enorme dificultad de conseguir muestras de controles sanos que tengan características similares (edad, sexo, nivel educativo,...) a las de los pacientes.

También cabe señalar como limitación la falta de registro de la presencia de trastornos de personalidad comórbidos en la muestra, a pesar de su elevada prevalencia en la PD y la influencia que puede tener en las variables evaluadas (Bricolo et al., 2002; Hasin et al., 2011; Szerman et al., 2011; Sánchez-Peña et al., 2012). Debido a la gran heterogeneidad en la tipología de trastornos de personalidad, y valorando que su inclusión extralimitaba los objetivos de esta tesis, prescindimos de este dato. En la misma línea, debemos referirnos a los trastornos mentales, que se han limitado a la esquizofrenia y la depresión por tratarse de dos de los trastornos más prevalentes en PD (Grant et al., 2004; Adamson et al., 2006; Torrens & Martínez-Sanvisens, 2009; Vega et al., 2009; Roncero et al., 2010; Miquel et al., 2011; Lev-Ran et al., 2013) y también en los centros derivadores. La inclusión de un número distinto de pacientes según el diagnóstico en los grupos dual y TMS (20 esquizofrénicos y 14 depresivos) atiende a la prevalencia de ambos trastornos en la clínica, pero es otra limitación de nuestro trabajo.

Probablemente los datos de los pacientes esquizofrénicos sean más robustos que los de los depresivos. En el futuro deberán llevarse a cabo investigaciones para abordar el impacto de otros trastornos mentales comórbidos (trastornos de ansiedad, trastorno bipolar, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, etc.) en la caracterización de la PD y poder avanzar en conocimiento que pueda ser de utilidad para la práctica clínica.

Diversos aspectos relacionados con el consumo de los pacientes con diagnóstico de TUS no se han podido controlar adecuadamente. El tipo de sustancia consumida es una variable que puede estar influyendo en los resultados obtenidos, pero debido a la heterogeneidad de nuestra muestra no hemos creído conveniente realizar análisis separados atendiendo a la sustancia (alcohol, cannabis, cocaína, heroína,...) ya que ello suponía trabajar con muestras todavía más reducidas de pacientes duales y TUS. Controlar esta variable se convierte en todo un reto tanto en la adicción como en PD donde el predominio del policonsumo es una constante (Torrens & Martínez-Sanvisens, 2009; Peris & Balaguer, 2010; Roncero et al., 2010; Sáiz et al., 2011), si bien los pacientes suelen tener un diagnóstico asociado a la sustancia principal de dependencia. Ello hubiera requerido incrementar considerablemente el número de pacientes y establecer criterios de qué sustancias se incluían o excluían aunque siempre considerando la categoría de policonsumo. Igualmente, no se registró el grado de severidad de la adicción que puede ser un factor muy relevante en los resultados (Marquez-Arrico & Adan, 2015) y que a partir del nuevo criterio diagnóstico unidimensional de TUS del DSM-5 ha adquirido mayor interés. Su consideración en el futuro, mediante por ejemplo el Test de Screening de Abuso de Drogas (DAST-20; Skinner, 1982), pueden resultar un factor explicativo muy esclarecedor de las diferencias observadas en los pacientes con diagnóstico de TUS. Por otro lado, aunque consideramos el criterio de 6 meses de abstinencia para incluir a los pacientes, no se ha evaluado la influencia del tiempo de abstinencia en los resultados. No cabe duda de que el mayor o menor tiempo de abstinencia puede ser una variable moduladora del estado de los pacientes y los datos obtenidos. Si bien la mayoría de trabajos precedentes tampoco realizan un análisis en función del período de abstinencia, en el futuro sería

muy interesante establecer al menos un punto de corte atendiendo a los criterios DSM-5 de remisión inicial (menos de 12 meses) y de remisión continuada (más de 12 meses).

Nuestra investigación es un estudio retrospectivo y, consecuentemente, basado en el recuerdo de los participantes. Ello puede haber influido en especial en los datos clínicos y de consumo (cantidad de intentos de suicidio, edad de inicio del consumo, tipo de sustancias consumidas, etc.) así como en las estrategias de afrontamiento empleadas en relación al tratamiento. Esta información siempre se intentó contrastar y/o completar con el equipo terapéutico y con la historia clínica del paciente del centro, pero se halla sujeta a distorsión y sesgo tanto por el efecto del propio recuerdo como voluntariamente por parte de los participantes. Ello puede estar afectando a los resultados y conclusiones obtenidas.

Otra de limitación del presente trabajo hace referencia al tipo de tratamiento que estaban recibiendo en los distintos centros derivadores. Nuestros participantes provienen de diferentes centros de salud mental (CAS, centros de día, residencias) y de drogodependencias (programas ambulatorios y comunidades terapéuticas). Cada uno de estos recursos asistenciales realiza un tipo de tratamiento diferente, con objetivos específicos y distintas estrategias terapéuticas que sin duda pueden estar influyendo en los resultados obtenidos. La diversidad de recursos atiende a la realidad asistencial de nuestro entorno, pero sería necesario analizar las diferencias de sus pacientes ya que la propia derivación a un recurso u otro se basa en las características clínicas de los pacientes pudiendo comportar distinto perfil de personalidad, de estrategias de afrontamiento y de calidad de vida.

Existen asociaciones de suficiente entidad entre el consumo de sustancias y/o el trastorno mental comórbido y las variables consideradas en nuestro trabajo, si bien son necesarios estudios encaminados a aclarar qué factores pueden ser causa y cuáles consecuencia. Un primer paso lo habríamos podido realizar con análisis de correlación y posteriormente de regresión lineal o logística, aspecto que hemos dejado para desarrollar en un futuro inmediato. Pero sólo con la puesta en marcha de un estudio

multicéntrico longitudinal en el que se incluyeran además mediciones biológicas (polimorfismos genéticos, neuroimagen funcional,...) y neurocognitivas se conseguiría el objetivo de forma robusta. Y ello supera con creces las posibilidades materiales y temporales de una tesis doctoral. En esta línea, las investigaciones futuras deberían encaminarse a esclarecer aspectos todavía no resueltos en materia de consumo de drogas y patología mental comórbida. Entre ellos la identificación de los factores de riesgo biopsicosociales, crear instrumentos de evaluación que faciliten el diagnóstico y diseñar intervenciones terapéuticas de mayor éxito que ayuden a evitar el mal pronóstico social y clínico de la PD. Afortunadamente, en la actualidad diversos grupos de investigación clínica referentes mundiales en PD, entre los que destacan algunos españoles, se hallan muy activos con el objetivo de conseguir avances tanto en la prevención como en el tratamiento de la PD. Nuestro deseo es el de continuar este trabajo, con la humildad de reconocer que es sólo una pequeña aportación al estudio de la PD, con algunos ajustes metodológicos que superen las actuales limitaciones.

III. CONCLUSIONES FINALES

Nuestra investigación aporta información novedosa y relevante en el estudio de las características clínicas, la personalidad, las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes con PD. Un punto fuerte del trabajo realizado ha sido la consideración de tres grupos de pacientes (Dual, TUS y TMS) con el objetivo de poder dilucidar qué influencia tiene el TUS y el TMS en la comorbilidad, ya que existen muy pocos estudios precedentes con este diseño.

Existe un perfil de rasgos de personalidad asociado a la PD característico y diferenciado del que presentan los pacientes con sólo TUS o sólo TMS, que por primera vez se ha estudiado con dos modelos biológicos de la personalidad (Cloninger y Zuckerman) y limitando el tipo de trastorno mental comórbido a la esquizofrenia y la depresión. Además se ha constatado que los pacientes duales tienen una peor situación social y clínica, usan estrategias de afrontamiento al tratamiento más desadaptativas y muestran peor calidad de vida relacionada con la salud en comparación con aquellos sólo diagnosticados de TUS o sólo de TMS. Ello a pesar de hallarse en tratamiento y abstinentes de consumo durante un mínimo de 6 meses. Los resultados confirman la gravedad de la comorbilidad y alientan a seguir en esta línea de trabajo con el objetivo

de aportar nuevo conocimiento que pueda ser de utilidad en el manejo terapéutico de los pacientes duales.

En las características clínicas de los pacientes duales podemos destacar la presencia de más intentos de suicidio, mayor necesidad de consumo de psicofármacos y más consumo de cafeína y de nicotina (con mayor dependencia) en comparación con aquellos que sólo padecen TUS. El consumo de cafeína y/o nicotina es una estrategia bien conocida en estos pacientes encaminada a estabilizar los déficits de la patología mental y los efectos adversos de la medicación, principalmente la antipsicótica. La PD se asocia a más presencia de policonsumo y un inicio más temprano del consumo de sustancias, con una media de 14 años en nuestra muestra, pudiendo ser ello el primer recurso terapéutico ante la patología mental. De igual modo, los pacientes duales aportan mayor número de recaídas y peor ICG.

Hemos confirmado la existencia de un perfil de rasgos de personalidad en la PD con elevada búsqueda de sensaciones e impulsividad, considerando a ambos como factores de riesgo para la aparición tanto de TUS como de enfermedad mental. También se perfila como propio en la PD la elevada evitación del daño conjuntamente con una escasa persistencia, capacidad para dirigir su conducta hacia una meta y dependencia a la recompensa así como mayor hostilidad y menor actividad y esfuerzo. Esto se traduce en dificultades para tolerar la frustración y la tendencia a evitar los estímulos aversivos, lo que a su vez se ha relacionado con una menor habilidad para recuperarse de enfermedades, repercutiendo en una reducción de su CV.

Las EA son otro campo de interés en esta investigación donde se confirma el uso de estrategias más desadaptativas, especialmente centradas en la emoción, entre los pacientes duales. La PD se relaciona con la evitación social y la creencia que no tienen las habilidades suficientes para afrontarse a los problemas, desestabilizando todavía más la enfermedad mental y el consumo. Todo ello aumenta el deterioro en la CV de los pacientes duales, tanto en su componente físico como mental, con mayores

interferencias de la comorbilidad en la vida diaria y disminuyendo las expectativas futuras de recuperación.

Se han hallado diferencias entre diagnóstico clínico de esquizofrenia y depresión atendiendo a su comorbilidad con TUS, pero en menor medida de lo esperable por el tipo de trastornos estudiados. La presencia de esquizofrenia, especialmente en los duales se ha relacionado con rasgos de personalidad más extremos como la elevada búsqueda de sensaciones, dependencia a la recompensa e impulsividad y menor capacidad para responsabilizarse de sus propias decisiones así como una mayor afectación en su CVRS en relación al componente físico y a la mayor percepción de dolor corporal sin hallarse diferencias según el diagnóstico en cuanto al uso de EA.

Aunque este estudio supone un progreso en la caracterización de la PD en relación a la personalidad, estrategias de afrontamiento y calidad de vida, se requieren investigaciones futuras que mediante un diseño longitudinal y la incorporación de medidas más objetivas (genéticas, neuroimagen, neuropsicología) permitan establecer factores de vulnerabilidad previos al desarrollo del trastorno y aquellos posteriores a su aparición. Ello, sin duda, supondrá en un futuro no muy lejano un avance en la mejora de los programas tanto de prevención como de tratamiento de estos pacientes.

IV. REFERENCIAS

- Abraham, K., Miller, C., Birgenheir, D., Lai, Z. & Kilbourne, A. (2014). Self-efficacy and quality of life among people with bipolar disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202 (8), 583-588.
- Adan, A., Natale, V., Caci, H. & Prat, G. (2010). Relationship between circadian typology and functional and dysfunctional impulsivity. *Chronobiology International*, 27, 606-619.
- Adan, A. (2012). Impulsividad funcional y disfuncional en jóvenes con consumo intensivo de alcohol (*binge drinking*). *Adicciones*, 24 (1), 17-22.
- Adan, A. (2013). A chronobiological approach to addiction. *Journal of Substance Use*, 18 (3), 171-183.
- Adams, Z., Kaiser, A., Lynam, D., Charnigo, R. & Milichi, R. (2012). Drinking motives as mediators of the impulsivity-substance use relation: Pathways for negative urgency, lack of premeditation, and sensation seeking. *Addictive Behaviors*, 37, 848-855.
- Adamson, S.J., Todd, F.C., Sellman, J.D., Huriwai, T. & Porter, J. (2006). Coexisting psychiatric disorders in a New Zealand outpatient alcohol and other drug clinical population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 164-170.
- Aigner, M., Förster, S., Prause, W., Freidl, M., Weiss, M. & Bach, M. (2006). What does the WHOQOL-BREF measure? *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 41, 81-86.
- Alonso, J., Prieto, L. & Anto, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- Aluja, A. & Blanch, A. (2002). Relaciones entre la estructura del 16PF-5 y el modelo de cinco grandes factores de personalidad. *Boletín de Psicología*, 75, 7-18.
- Aluja, A. & Blanch, A. (2004). Replicability of first-order 16PF-5 factors: An analysis of three parcelling methods. *Personality and Individual Differences*, 37, 667-677.

- Aluja, A., Rossier, J., García, L., Angleitner, A., Kuhlman, M. & Zuckerman, M. (2006). A cross-cultural shortened form of the ZKPQ (ZKPQ-50-CC) adapted to English, French, German, and Spanish languages. *Personality and Individual Differences*, 41, 619-628.
- Aluja, A. & Blanch, A. (2011). Neuropsychological Behavioral Inhibition System (BIS) and Behavioral Approach System (BAS) Assessment: A shortened Sensitivity to Punishment and Sensivity to Reward Questionnaire Version (SPSRQ-20). *Journal of Personality Assessment*, 93 (6), 628-636.
- Aluja, A. & Blanch, A. (2011). The Five and Seven Factors Personality Models: Differences and similitude between the TCI-R, NEO-FFI-R and ZKPQ-50-CC. *The Spanish Journal of Psychology*, 14 (2), 659-666.
- Antúnez, J.M., Navarro-Humanes, J.F. & Adan, A. (2014). Tipología circadiana y problemas de salud mental. *Anales de Psicología*, 30 (3), 971-984.
- Agrawal, A., Jacobson, K., Prescott, C. & Kendler, K. (2004). A twin study of personality and illicit drug use and abuse/dependence. *Twin Research & Human Genetics*, 7, 72-81.
- Amory, W. (2014). The impact of personality disorders on legally supervised community treatment: A systematic literature review. *Community Mental Health Journal*, 50, 664-672.
- Ando, B., Rózsa, S., Kurgyis, E., Szkaliczki, A., Demeter, I., Szikszay, P., Demetrovics, Z., Janca, Z. & Álmos, P. (2014). Direct and indirect symptom severity indicators of alcohol dependence and the personality concept of the biosocial model. *Substance Use & Misuse*, 49, 418-426.
- Anglin, D., Corcoran, C., Brown, A., Chen, H., Lighty, Q., Brook, J. & Cohen, P. (2012). Early cannabis use and schizotypal personality disorder symptoms from adolescence to middle adulthood. *Schizophrenia Research*, 137, 45-49.
- APA (2000). In American Psychiatric Association (Ed.). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders*. (4^o rev. ed). Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Araos, P., Vergara-Moragues, E., Pedraz, M., Pavón, F.J., Campos, R., Calado, M., Ruiz, J.J., García-Marchena, N., Gornemann, I., Torrens, M. & Rodríguez, F. (2014). Comorbilidad psicopatológica en consumidores de cocaína en tratamiento ambulatorio. *Adicciones*, 26 (1), 15-26.
- Arenas, F., Ariza, M.A., Campos, R., Castillo, A., Fernández, G., Fernández, G., Jiménez, J.H., Mongil, J.M., Luque, F., Ramírez, J.F., Valmisa, E. & Zambrana, J.M. (2012). *Protocolo de actuación conjunta entre unidades de salud mental comunitaria y centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F. & Babín, F. (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*, 25 (2), 118-127.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F. & Babín, F. (2013). Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6 (3), 121-128.
- Astals, M., Domingo, A., Castillo, C., Tato, J., Vázquez, J.M., Martín, R. & Torrens, M. (2008). Impact of substance dependence and dual diagnosis on the quality of life of heroin users seeking treatment. *Substance Use & Misuse*, 43, 612-632.
- Baena, M.R. & López, J. (2006). Trastornos duales. Mecanismos etiopatogénicos. *Trastornos Adictivos*, 8 (3), 176-181.
- Baethge, C., Tondo, L., Lepri, B. & Baldessarini, R. (2009). Coffee and cigarette use: Association with suicidal acts in 352 Sardinian bipolar disorder patients. *Bipolar Disorders*, 11, 494-503.
- Ball, S.A. (2005). Personality traits, problems, and disorders: Clinical applications to substance use disorders. *Journal of Research in Personality*, 39, 84-102.
- Baquero, A., Ballester, R., Haro, G., Benito, A., Calvo, G. & Real, M. (2015). Trastornos de personalidad, trastornos por uso de sustancias y transeuntismo. *Revista de Patología Dual*, 2 (5), 1-7.

- Bardeen, J., Dixon-Gordon, K.L., Tull, M.T., Lyons, J.A. & Gratz, K.L. (2014). An investigation of the relationship between borderline personality disorder and cocaine-related attentional bias following trauma cue exposure: The moderating role of gender. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 113-122.
- Barea, J., Benito, A., Real, M., Mateu, C., Martín, E., López, N. & Haro, G. (2010). Estudio sobre aspectos etiológicos de la patología dual. *Adicciones*, 22 (1), 15-24.
- Barnes, A., Murphy, M., Fowler, C. & Rempfer, M. (2012). Health-related quality of life and overall life satisfaction in people with serious mental illness. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2012, 1-6.
- Barratt, E., Stanford, M.S., Kent, T.A. & Felthous, A. (1997). Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. *Society of Biological Psychiatry*, 41, 1045-1061.
- Baumann, M., Bonnetain, F., Briançon, S. & Alla, F. (2004). Quality of life and attitudes towards psychotropics and dependency: Consumers vs. non-consumers aged 50 and over. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 29, 405-415.
- Becerra, J.A. (2010). Actividad de los sistemas de aproximación e inhibición conductual y psicopatología. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 6, 61-65.
- Becker, S., Curry, J. & Yang, C. (2011). Factors that influence trajectories of change in frequency of substance use and quality of life among adolescents receiving a brief intervention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41, 294-304.
- Becoña, E. & Vázquez, F. (1998). The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports*, 83, 1455-1458.
- Benaiges, I., Prat, G. & Adan, A. (2012). Health-related quality of life in patients with dual diagnosis: Clinical correlates. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 106-117.
- Benítez, S., Guàrdia, J. & Urzúa, A. (2014). Factorial structural analysis of the Spanish versión of WHOQOL-BREF: An exploratory structural equation model study. *Quality of Life Research*, 23, 2205-2212.

- Benito, A., Haro, G., Orengo, T., González, M., Fornés, T. & Mateu, C. (2012). Dependencia de opiáceos tipo II o antisocial: Utilidad del modelo Psicobiológico de Cloninger en adicciones. *Adicciones*, 24 (2), 131-138.
- Bergman, B., Greene, M., Slaymaker, V., Hoepfner, B. & Kelly, J. (2014). Young adults with co-occurring disorders: Substance use disorder treatment response and outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46, 420-428.
- Bernal, C., Lemos, M., Medina, L.E., Ospina, J. & Torres, Y. (2009). Estrategias de afrontamiento y presión arterial. *Revista CES Psicología*, 2 (2), 1-11.
- Best, D., Savic, M., Beckwith, M., Honor, S., Karpusheff, J. & Lubman, D. (2013). The role of abstinence and activity in the quality of life of drug users engaged in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45, 273-279.
- Bizarri, J., Rucci, P., Valotta, A., Girelli, M., Scandolari, A., Zerbetto, E., Sbrana, A., Iagher, C. & Dellantonio, E. (2005). Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. *Substance Use & Misuse*, 40, 1765-1776.
- Bizarri, J., Sbrana, A., Rucci, P., Ravani, L., Massei, G., Gonnelli, C., Spagnoli, S., Doria, M., Raimondi, F., Endicott, J., Dell'Osso, L. & Cassano, G. (2007). The spectrum of substance abuse in bipolar disorder: Reasons for use, sensation seeking and substance sensitivity. *Bipolar Disorders*, 9, 213-220.
- Black, A., McMahon, T., Potenza, M., Fiellin, L. & Rosen, M. (2015). Gender moderates the relationship between impulsivity and sexual risk-taking in a cocaine-using psychiatric outpatient population. *Personality and Individual Differences*, 75, 190-194.
- Blanch, A., Aluja, A. & Biscarri, J. (2002). Síndrome de quemarse en el trabajo (Burnout) y estrategias de afrontamiento: un modelo de relaciones estructurales. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 18 (1), 57-74.
- Bobes, L., González, M.P., Sáiz, P.A. & Bousoño, M. (1996). Índice europeo de severidad de la adicción: EuropASI. Versión española. *Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría*, 201-218.

- Bobes, J., Bulbena, A., Luque, A., Dal-Ré, R., Ballesteros, J., Ibarra, N. & Grupo de validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP) (2003). Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Medicina Clínica*, 120 (18), 693-700.
- Borge, L., Helge, O. & Rossberg, J.I. (2013). Learning through cognitive milieu therapy among inpatients with dual diagnosis: A qualitative study of interdisciplinary collaboration. *Issues in Mental Health Nursing*, 34, 229-239.
- Boschloo, L., Vogelzangs, N., Brink, W., Smit, J., Beekman, A. & Penninx, B. (2013). The role of negative emotionality and impulsivity in depressive/anxiety disorders and alcohol dependence. *Psychological Medicine*, 43, 1241-1253.
- Bowling, A. (2009). The psychometric properties of the older people's quality of life questionnaire, compared with the CASP-19 and the WHOQOL-OLD. *Current Gerontology and Geriatric Research*, 1-12.
- Bowman, S., Álvarez, M., Wade, D., Howie, L. & McGorry, P. (2014). The impact of first episode psychosis on sibling quality of life. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 49, 1071-1081.
- Bozkurt, M., Evren, C., Can, Y., Evren, B., Cetingok, S. & Yilmaz, A. (2014). Relationships of personality dimensions with impulsivity in alcohol-dependent inpatient men. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68, 316-322.
- Bradizza, C., Maisto, S., Vincent, P., Stasiewicz, P., Connors, G. & Mercer, N. (2009). Predicting post-treatment-initiation alcohol use among patients with severe mental illness and alcohol use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (6), 1147-1158.
- Bricolo, F., Gomma, M., Bertani, M.E. & Serpelloni, G. (2002) Prevalencia de trastornos de personalidad en una muestra de 115 clientes con trastornos por uso de drogas. *Adicciones*, 14 (4), 491-496.
- Brocke, B., Beauducel, A. & Tasche, K. (2008). Biopsychological bases and behavioral correlates of sensation seeking: Contributions to a multilevel validation. *Personality and Individual Differences*, 26, 1103-1123.

- Brody, N. & Ehrlichman, H. (2000). *Psicología de la personalidad*. Madrid: Prentice Hall.
- Brunas-Wagstaff, J., Bergquist, A., Richardson, P. & Connor, A. (1995). The relationships between functional and dysfunctional impulsivity and the Eysenck personality questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 18 (5), 681-683.
- Brunelle, C., Douglas, R., Pihl, R. & Stewart, S. (2009). Personality and substance use disorders in female offenders: A matched controlled study. *Personality and Individual Differences*, 46, 472-476.
- Brunette, M.F., Drake, R.E., Woods, M. & Hartnett, T. (2001). A comparison of long-term and short-term residential treatment programs for dual diagnosis patients. *Psychiatric Services*, 52 (4), 526-528.
- Caseras, X., Ávila, C. & Torrubia, R. (2003). The measurement of individual differences in Behavioural Inhibition and Behavioural Activation Systems: A comparison of personality scales. *Personality and Individual Differences*, 34, 999-1013.
- Cale, E.M. (2006). A quantitative review of the relations between the “big 3” higher order personality dimensions and antisocial behavior. *Journal of Research in Personality*, 40, 250-284.
- Calvete, E. & Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, 21 (1), 49-56.
- Cano, F.J., Rodríguez-Franco, L. & García-Martínez, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 (1), 29-39.
- Cano, G., Araque, F. & Cándido, A. (2011). Adicción, impulsividad y curvas temporales de deseo. *Adicciones*, 23 (2), 141-148.
- Carroll, S. & Wu, L. (2014). Suicide and substance use among female veterans: A need for research. *Drug and Alcohol Dependence*, 136, 1-10.

- Cauffman, E., Shulman, E., Steinberg, L., Claus, E., Banich, M. & Graham, S. (2010). Age differences in affective decision making as indexed by performance on the Iowa Gambling Task. *Developmental Psychology*, 46, 193-207.
- Chamberlain, S. & Sahakian, B. (2007). The neuropsychiatry of impulsivity. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 255-261.
- Chen, Y., Ping, Y., Kuen, M. & Hsing, T. (2011). Subjective quality of life in patients with chronic schizophrenia: Relationships between psychosocial and clinical characteristics. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 171-180.
- Chen, K., Banducci, A., Guller, L., Macatee, R., Lavelle, A., Daughters, S. & Lejuez, C. (2011). An examination of psychiatric comorbidities as a function of gender and substance type within an inpatient substance use treatment program. *Drug and Alcohol Dependence*, 118, 92-99.
- Cherbuin, N., Windsor, T., Anstey, K., Maller, J., Meslin, C. & Sachdev, P. (2008). Hippocampal volume is positively associated with behavioural inhibition (BIS) in a large community-based sample of mid-life adults: the PATH through study. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 3, 262-269.
- Chicharro, J. (2005). Variables indicadoras del tratamiento y evolución en pacientes drogodependientes. Su relación con rasgos de personalidad. *Psicología*, 9 (2), 22-30.
- Chico, E. (2000). Relación entre la impulsividad funcional y disfuncional y los rasgos de personalidad de Eysenck. *Anuario de Psicología*, 31 (1), 79-87.
- Chico, E. (2000). Búsqueda de sensaciones. *Psicothema*, 12 (2), 229-235.
- Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14 (3), 544-550.
- Chico, E., Tous, J.M., Lorenzo, U. & Vigil-Colet, A. (2003). Spanish adaptation of Dickman's impulsivity inventory: its relationship to Eysenck's personality questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 35, 1883-1892.

- Claes, L., Vertommen, H. & Braspenning, N. (2000). Psychometric properties of the Dickman Impulsivity Inventory. *Personality and Individual Differences*, 29, 27-35.
- Clark, L., Robbins, T., Ersche, K. & Sahakian, B. (2006). Reflection impulsivity in current and former substance users. *Biological Psychiatry*, 60 (5), 515-522.
- Cloninger, C.R. (1999). *The temperament and character inventory-revised*. St. Louis MO: Center for Psychobiology of the Personality, Washington University.
- Cloninger, S.C. (2000). *Teorías de la personalidad*. 3ªed. Mexico: Prentice Hall.
- Cloninger, C.R., Svrakic, D.M. & Przybeck, T.R. (2006). Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects. *Journal of Affective Disorders*, 92, 35-44.
- Cohen, L.J., Gertmenian-King, E., Kunik, L., Weaver, C., London, E.D. & Galynker, I. (2005). Personality measures in former heroin users receiving methadone or in protracted abstinence from opiates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 149-158.
- Connell, J., Brazier, J., O’Cathain, A., Lloyd-Jones, M. & Paisley, S. (2012). Quality of life of people with mental health problems: A synthesis of qualitative research. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 138-154.
- Connell, J., O’Cathain, A. & Brazier, J. (2014). Measuring quality of life in mental health: Are we asking the right questions? *Social Science & Medicine*, 120, 12-20.
- Corbin, W., Farmer, N. & Nolen, S. (2013). Relations among stress, coping strategies, coping motives, alcohol consumption and related problems: A mediated moderation model. *Addictive Behaviors*, 38, 1912-1919.
- Coriale, G., Bilotta, E., Leone, L., Cosimi, F., Porrari, R., De Rosa, F. & Ceccanti, M. (2012). Avoidance coping strategies, alexithymia and alcohol abuse: A mediation analysis. *Addictive Behaviors*, 37, 1224-1229.

- Corr, P. (2002). J.A. Gray's reinforcement sensitivity theory: Tests of the joint subsystems hypothesis of anxiety and impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 33, 511-532.
- Corruble, E., Benyamina, A., Bayle, F., Falissard, B. & Hardy, P. (2003). Understanding impulsivity in severe depression? A psychometrical contribution. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 27, 829-833.
- Cortés, M.J., Gutiérrez-Zotes, A., Valero, J., Jariod, M. & Labad, A. (2010). Delirios y su relación con el temperamento y carácter en pacientes con trastorno psicótico. *Psicothema*, 22 (1), 84-91.
- Craig, T.K., Johnson, S., McCrone, P., Afuwape, S., Hughes, E., Gournay, K., White, I., Wanigaratne, S., Leese, M. & Thornicroft, G. (2008). Integrated care for co-occurring disorders: Psychiatric symptoms, social functioning, and service costs at 18 months. *Psychiatric Services*, 59 (3), 276-282.
- Cramer, V., Torgersen, S. & Kringlen, E. (2006). Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 178-184.
- Creemers, H., Marieke, J., Van Lier, P., Keijsers, L., Meeus, W., Koot, H. & Huizink, A. (2015). Early onset of cannabis use: Does personality modify the relation with changes in perceived parental involvement? *Drug and Alcohol Dependence*, 146, 61-67.
- Dashora, P. Erdem, G. & Slesnick, N. (2011). Better to bend than to break: Coping strategies utilized by substance-abusing homeless youth. *Journal of Health Psychology*, 16 (1), 158-168.
- Davis, G., Compton, M., Wang, S., Levin, F. & Blanco, C. (2013). Association between cannabis use, psychosis, and schizotypal personality disorder: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and related conditions. *Schizophrenia Research*, 151, 197-202.
- De Fruyt, F., Van De Wiele, L. & Van Heeringen, C. (2000). Cloninger's Psychobiological Model of Temperament and Character and the Five-Factor Model of Personality. *Personality and Individual Differences*, 29, 441-452.

- Del Valle, C., González, M.M., Díez, M.A., Vilda, B. & Llorca, G. (2003). Estudio de las estrategias de afrontamiento a través de las diferentes fases del proceso de trasplante de médula ósea autólogo. *Psicología Conductual*, 11 (2), 293-306.
- De Maeyer, J., Vanderplasschen, W. & Broekaert, E. (2010). Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, 21, 364-380.
- Dervaux, A., Laqueille, X., Bourdel, M.C., Olié, J.P. & Krebs, M.O. (2010). Impulsivity and sensation seeking in alcohol abusing patients with schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 135 (1), 1-4.
- Dervaux, A., Goldberger, C., Gourion, D., Bourdel, M.C., Laqueille, X., Lôo, H., Olié, J.P. & Krebs, M.O. (2010). Impulsivity and sensation seeking in cannabis abusing patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 123, 278-280.
- De Wit, H. (2008). Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: A review of underlying processes. *Addiction Biology*, 14, 22-31.
- Dey, M., Landolt, M. & Mohler-Kuo, M. (2012). Health-related quality of life among children with mental disorders: A systematic review. *Quality of Life Research*, 21, 1797-1814.
- Dickman, S.J. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity: Personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 95-102.
- Dickman, S.J. (2000). Impulsivity, arousal and attention. *Personality and Individual Differences*, 28, 563-581.
- Di Nicola, M., Tedeschi, D., Mazza, M., Martinotti, G., Harnic, D., Catalano, V., Bruschi, A., Pozzi, G., Bria, P. & Janiri, L. (2010). Behavioural addictions in bipolar disorder patients: Role of impulsivity and personality dimensions. *Journal of Affective Disorders*, 125, 82-88.
- Di Pierro, R., Preti, E., Vurro, N. & Madeddu, F. (2014). Dimensions of personality structure among patients with substance use disorders and co-occurring personality disorders: A comparison with psychiatric outpatients and healthy controls. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1398-1404.

- Djapo, N., Kolenovic, J., Djokic, R. & Fako, I. (2011). Relationship between Cattell's 16PF and fluid and crystallized intelligence. *Personality and Individual Differences*, 51, 63-67.
- Dolcet, J. (2006). *Carácter y temperamento: similitudes y diferencias entre los modelos de personalidad de 7 y 5 factores*. Tesis doctoral. Departamento de pedagogía y psicología. Universidad de Lleida.
- Domínguez, J.A., Ruiz, M., Gómez, I., Gallego, E., Valero, J. & Izquierdo, M.T. (2012). Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. *Semergen*, 38 (1), 16-23.
- Dougherty, D., Mathias, C., Marsh, D., Moeller, F. & Swann, A. (2004). Suicidal behaviors and drug abuse: Impulsivity and its assessment. *Drug and Alcohol Dependence*, 76, 93-105.
- Drake, R.E. & Wallach, M.A. (2000). Dual Diagnosis: 15 years of progress. *Psychiatric Services*, 51 (9), 1126-1129.
- Dubey, C., Arora, M., Gupta, S. & Kumar, B. (2010). Five factor correlates: A comparison of substance abusers and non-substance abusers. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 36 (1), 107-114.
- Dumais, A., Lesage, A., Phil, M., Alda, M., Rouleau, G., Dumont, M., Chawky, N., Roy, M., Mann, J.J., Benkelfat, C. & Turecki, G. (2005). Risk factors for suicide completion in major depression: A case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *The American Journal of Psychiatry*, 162 (11), 2116-2124.
- Duva, S., Silverstein, S. & Spiga, R. (2011). Impulsivity and risk-taking in co-occurring psychotic disorders and substance abuse. *Psychiatry Research*, 186, 351-355.
- Echeburúa, E., Bravo de Medina, R. & Aizpiri, J. (2008). Variables de personalidad, alteraciones psicopatológicas y trastornos de personalidad en pacientes con dependencia de alcohol en función de la tipología de Cloninger. *Psicothema*, 20 (4), 525-530.

- Elvira, L., Berrocoso, J. & Santos, J.A. (2007). *Protocolo de coordinación y atención a la Patología Dual*. Servicio Extremeño de Salud: Junta de Extremadura. Consejería de sanidad y dependencia.
- Enticott, P., Ogloff, J. & Bradshaw J. (2008). Response inhibition and impulsivity in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 157, 251-254.
- Erdle, S. & Rushton, J. (2010). The general factor of personality, BIS/BAS, expectancies of reward and punishment, self-esteem, and positive and negative affect. *Personality and Individual Differences*, 48, 762-766.
- Ersche, K., Turton, A., Pradhan, S., Bullmore, E. & Robbins, T. (2010). Drug addiction endophenotypes: Impulsive versus sensation-seeking personality traits. *Biological Psychiatry*, 68, 770-773.
- Essex, H., White, I., Khadjesari, Z., Linke, S., McCambridge, J., Murray, E., Parrott, S., Godfrey, C. (2014). Quality of life among hazardous and harmful drinkers: EQ-5D over a 1-year follow-up period. *Quality of Life Research*, 23, 735-745.
- Eysenck, H.J. (1970). *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Barcelona: Fontanella.
- Eysenck, H.J. (1971). *Estudio científico de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Eysenck, M. & Folkard, S. (1980). Personality, time of day, and caffeine: Some theoretical and conceptual problems in Revelle et al. *Journal of Experimental Psychology*, 109 (1), 32-41.
- Eysenck, H.J. (1987). *Personality dimensions and arousal*. New York: Plenum Press, cop.
- Evren, C., Ozcetinkaya, S., Ulku, M., Cagil, D., Gokalp, P., Cetin, T. & Yigiter, S. (2012). Relationship of defense styles with history of childhood trauma and personality in heroin dependent inpatients. *Psychiatry Research*, 200, 728-733.

- Fang, J., Power, M., Lin, Y., Zhang, J., Hao, Y. & Chatterji, S. (2011). Development of short versions for the WHOQOL-OLD module. *The Gerontologist*, 52 (1), 66-78.
- Fassino, S., Abbate, G., Delsedime, N., Rogna, N. & Boggio, S. (2004). Quality of life and personality disorders in heroin abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 76, 73-80.
- Fawcett, J. (2001). *Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient*. Annals New York Academy of Sciences.
- Figuerola, M. (2013). *Evaluación conductual y psicofisiológica de la impulsividad y su relación con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Tesis doctoral, Universidad de Granada. Granada. Hera.ugr.es/tesiugr/21760949.pdf
- Fisher, J., Conrad, S., Clavarino, A., Kemp, R. & Najman, J. (2013). Quality of life of people who inject drugs: Characteristics and comparisons with other population samples. *Quality of Life Research*, 22, 2113-2121.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M. & Williams, J. *SCID-I Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV: guía del usuario, cuaderno de puntuaciones y cuaderno de aplicación*. Barcelona: Masson; 2000.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Williams, J.G.B. & Gibbon, M. *Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV: SCID-I*. Barcelona: Masson; 1999.
- Folkman, S. & Tedlie, J. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Folsom, D., Deep, C., Palmer, B., Mausbach, B., Golshan, S., Fellows, I., Cardenas, V., Patterson, T., Kraemer, H. & Jeste, D. (2009). Physical and mental health-related quality in life among older people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 108, 207-213.

- Ford, J., Gray, M., Whitfield, S., Turken, A., Glover, G., Faustman, W. & Mathalon, D. (2004). Acquiring and inhibiting prepotent responses in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 61, 119-129.
- Forys, K., McKellar, J. & Moos, R. (2007). Participation in specific treatment components predicts alcohol-specific and general coping skills. *Addictive Behaviors*, 32, 1669-1680.
- Fossati, A., Di Ceglie, A. & Barratt, E. (2001). Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in nonclinical subjects. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (6), 815-828.
- Franken, I. & Muris, P. (2006). Gray's impulsivity dimension: A distinction between reward sensitivity versus rash impulsiveness. *Personality and Individual Differences*, 40, 1337-1347.
- Gana, K. & Trouillet, R. (2003). Structure invariance of the Temperament and Character Inventory (TCI). *Personality and Individual Differences*, 35, 1483-1495.
- García, E. & LePage, J. (2010). Reliability and validity of the World Health Organization Quality of Life: Brief version (WHOQOL-BREF) in a homeless substance dependent veteran population. *Social Indicators Research*, 99, 333-340.
- Giacomuzzi, S.M., Riemer, Y., Ertl, M., Kemmler, G., Rössler, H. & Hinterhuber, H. (2005). Gender differences in health-related quality of life on admission to a maintenance treatment program. *European Addiction Research*, 11, 69-75.
- Gil, D., Bengochea, R., Arrieta, M., Fernández, M., Álvarez, A., Sánchez, R., Prat, R. & Arce, A. (2009). Validez del factor cognitivo de la PANSS como medida de rendimiento cognitivo en la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2 (4), 160-168.
- Gilman, J., Calderon, V., Curran, T. & Eden, A. (2015). Young adult cannabis users report greater propensity for risk-taking only in non-monetary domains. *Drug and Alcohol Dependence*, 147, 26-31.

- Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Puntí, J. & Zuckerman, M. (2004). Psychometric properties of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire in a Spanish sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 20 (2), 134-146.
- Gomà-i-Freixanet, M. & Valero, S. (2008). Spanish normative data of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire in a general population sample. *Psicothema*, 20 (2), 324-330.
- Gomà-i-Freixanet, M. Soler, J., Valero, S., Pascual, J.C. & Pérez, V. (2008). Discriminant validity of the ZKPQ in a sample meeting BPD diagnosis vs. normal-range controls. *Journal of Personality Disorders*, 22 (2), 178-190.
- González, C. (2014). Screening for personality disorder in drug and alcohol dependence. *Psychiatry Research*, 217, 121-123.
- Gotham, H., Brown, J.L., Comaty, J.E., McGovern, M.P. & Claus, R.E. (2013). Assessing the Co-occurring Capability of Mental Health Treatment Programs: The Dual Diagnosis Capability in Mental Health Treatment (DDCMHT) Index. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 40 (2), 234-241.
- Goudriaan, A., Grekin, E. & Sher, K. (2011). Decision making and response inhibition as predictors of heavy alcohol use: A prospective study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35 (6), 1050-1057.
- Granö, N., Virtanen, M., Vahtera, J., Elovainio, M. & Kivimäki, M. (2004). Impulsivity as a predictor of smoking and alcohol consumption. *Personality and Individual Differences*, 37, 1693-1700.
- Grant, B. F., Dawson, D. A. & Hasin, H. S. (2001). *The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-DSMIV version (AUDADIS-IV)*. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Grant, B., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Dufour, M.C., Compton, W., Pickering, R.P. & Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 61, 807-816.

- Grant, B., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Ruan, W.J. & Pickering, R.P. (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 61, 361-368.
- Graella, C., Stein, J.A., Weisner, C., Chi, F. & Moos, R. (2010). Predictors of longitudinal substance use and mental health outcomes for patients in two integrated service delivery systems. *Drug and Alcohol Dependence*, 110, 92-100.
- Gut-Fayand, A., Dervaux, A., Olié, J.P., Lôo, H., Poirier, M.F. & Krebs, M.O. (2001). Substance abuse and suicidality in schizophrenia: A common risk factor linked to impulsivity. *Psychiatry Research*, 102, 65-72.
- Gutiérrez-Zotes, J.A., Bayón, C., Monsterrat, C., Valero, J., Labad, A., Cloninger, C.R. & Fernández-Aranda, F. (2004). Inventario del Temperamento y el Carácter-Revisado (TCI-R). Baremación y datos normativos en una muestra de población general. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32 (1), 8-15.
- Hamilton, M. (1960). Rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23, 56-62.
- Harden, K. & Tucker, E. (2011). Individual differences in the development of sensation seeking and impulsivity during adolescence: Further evidence for a dual systems model. *Developmental Psychology*, 47, 739-746.
- Haro, G., Castellano, M., Pérez-Gálvez, B., Rodríguez, E., Cervera, G. & Valderrama, J.C. (2004). Revisión histórica de la impulsividad desde una perspectiva artística, filosófica y psicopatológica. Parte I. *Salud Mental*, 27 (5), 23-28.
- Haro, G., Bobes, J., Casas, M., Didia, J. & Rubio, G. (2010). *Tratado sobre Patología Dual: Reintegrando la salud mental*. Barcelona: Mra Ediciones.
- Harrison, M.L., Moore, K.A., Scott, M., Flink, D. & Ochshorn, E. (2008). Implementing the Comprehensive, Continuous, Integrated System of Care model for individuals with co-occurring disorders: Preliminary findings from a residential facility serving homeless individuals. *Journal of Dual Diagnosis*, 4 (3), 238-259.

- Hasin, D., Trautman, K., Miele, G., Samet, S., Smith, M. & Endicott, J. (1996). Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): Reliability for substance abusers. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1195-1201.
- Hasin, D., Fenton, M.C., Skodol, A., Krueger, R., Keyes, K., Geier, T., Greenstein, E., Blanco, C. & Grant, B. (2011). Personality disorders and the 3-year course of alcohol, drug and nicotine use disorders. *Archives of General Psychiatry*, 68 (11), 1158-1167.
- Hasking, P., Lyvers, M. & Carpio, C. (2011). The relationship between coping strategies, alcohol expectancies, drinking motives and drinking behaviour. *Addictive Behaviors*, 36, 479-487.
- Healey, C., Peter, S., Kinderman, P., McCracken, C. & Morriss, R. (2009). Reasons for substance use in dual diagnosis bipolar disorder and substance use disorders: A qualitative study. *Journal of Affective Disorders*, 113, 118-126.
- Heatherton, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C. & Fagerström, K.O. (1991). The Fagerström test for nicotine dependence: A revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86 (9), 1119-1127.
- Hecimovic, K., Barrett, S., Darrebeau, C. & Stewart, S. (2014). Cannabis use motives and personality risk factors. *Addictive Behaviors*, 39, 729-732.
- Herman, M. (2004). Neurocognitive functioning and quality of life among dually diagnosed and non-substance abusing schizophrenia inpatients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, 282-291.
- Hernández, Z.E. (2009). Variables que intervienen en la personalidad resistente y las estrategias de afrontamiento en adultos mayores. *Liberabit*, 15 (2), 153-161.
- Hernández, L. & Fernández, C. (2012). *Psicología de la personalidad y diferencial*. Madrid: CEDE.
- Herrero, M.J., Domingo-Salvany, A., Torrens, M., Brugal, M.T., Gutiérrez, F. & The itinere investigators. (2008). Personality profile in young current regular users of cocaine. *Substance Use & Misuse*, 43, 1378-1394.

- Herrick, S. & Elliot, T. (2001). Social problem-solving abilities and personality disorder characteristics among dual-diagnosed persons in substance abuse treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (1), 75-92.
- Heslin, K., Stein, J., Heinzerling, K., Pan, D., Magladry, C. & Hays, R. (2011). Clinical correlates of health-related quality of life among opioid-dependent patients. *Quality of Life Research*, 20, 1205-1213.
- Hittner, J. & Swickert, R. (2006). Sensation seeking and alcohol use: A meta-analytic review. *Addictive Behaviors*, 31, 1383-1401.
- Hopwood, C., Morey, L., Skodol, A., Sanislow, C., Grilo, C., Ansell, E., McGlashan, T., Markowitz, J., Pinto, A., Yen, S., Shea, M., Gunderson, J., Zanarini, M. & Stout, R. (2011). Pathological personality traits among patients with absent, current, and remitted substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 36, 1087-1090.
- Huang, W.L., Chang, L.R., Chen, Y.Z., Wu, H.C., Hsieh, M., Lin, C.H. & Lin, Y.H. (2014). The tridimensional personality of male heroin users treated with methadone in Twain. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1220-1226.
- Humphreys, M. & Revelle, W. (1984). Personality, motivation and performance: A theory of relationship between individual differences and information processing. *Psychological Review*, 91 (2), 153-184.
- Hyucksun, S., Grace, H. & Jeon, S.M. (2012). Personality and alcohol use: The role of impulsivity. *Addictive Behaviors*, 37, 102-107.
- Ibañez, M., Moya, J., Villa, H., Mezquita, L., Ruipérez, M.A. & Ortet, G. (2010). Basic personality dimensions and alcohol consumption in young adults. *Personality and Individual Differences*, 48, 171-176.
- Ibañez, A. (2014). Impulsividad, diferencias de género y patología dual en el juego patológico. *Revista de Patología Dual*, 1 (2), 8-14.
- Iraurgi, I., Póo, M. & Márkez, I. (2004). Valoración del índice de salud SF-36 aplicado a usuarios de programas de metadona. Valores de referencia para la Comunidad Autónoma Vasca. *Revista Española de Salud Pública*, 78, 609-621.

- James, L. & Taylor, J. (2007). Impulsivity and negative emotionality associated with substance use problems and cluster B personality in college students. *Addictive Behaviors*, 32, 714-727.
- Jayme, M. (2009). *Guía de psicología de la personalitat. Material docent de la UOC*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Jiménez-Castro, L., Hare, E., Medina, R., Raventos, H., Nicolini, H., Mendoza, R., Ontiveros, A., Jerez, A., Muñoz, R., Dassori, A. & Escamilla, M. (2010). Substance use disorder comorbidity with schizophrenia in families of Mexican and Central American Ancestry. *Schizophrenia Research*, 120, 87-94.
- Kaladjian, A., Jeanningros, R., Azorin, J.M., Anton, J.L. & Mazzola, P. (2011). Impulsivity and neural correlates of response inhibition in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 41, 291-299.
- Karow, A., Verthein, U., Krausz, M. & Schäfer, I. (2008). Association of personality disorders, family conflicts and treatment with quality of life in opiate addiction. *European Addiction Research*, 14, 38-46.
- Karow, A., Reimer, J., Schäfer, I., Krausz, M., Haasen, C. & Verthein, U. (2010). Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 112, 209-215.
- Karow, A., Verthein, U., Pukrop, R., Reimer, J., Haasen, C., Krausz, M. & Schäfer, I. (2011). Quality of life profiles and changes in the course of maintenance treatment among 1,015 patients with severe opioid dependence. *Substance Use & Misuse*, 46, 705-715.
- Kasckow, J., Montross, L., Golshan, S., Mohamed, S., Patterson, T., Sollanzano, E. & Zisook, S. (2007). Suicidality in middle aged and older patients with schizophrenia and depressive symptoms: Relationship to functioning and quality of life. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 1223-1228.
- Kay, S.R., Fiszbein, A. & Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13 (2), 261-276.

- Kaynak, O., Meyers, K., Caldeira, K., Vincent, K., Winters, K. & Arria, A. (2013). Relationships among parental monitoring and sensation seeking on the development of substance use disorder among college students. *Addictive Behaviors*, 38, 1457-1463.
- Keizer, I., Gex-Fabry, M., Eytan, A. & Bertschy, G. (2009). Smoking in psychiatric inpatients: Association with working status, diagnosis, comorbid substance use and history of suicide attempts. *Addictive Behaviors*, 34, 815-820.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U. & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-Month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Khan, S., Secades-Villa, R., Okuda, M., Wang, S., Pérez-Fuentes, G., Kerridge, B. & Blanco, C. (2013). Gender differences in cannabis use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 130, 101-108.
- Khantzian, E.J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.
- Khantzian, E.J., Suh, J., Ruffins, S., Robins, C. & Albanese, M. (2008). Self-medication hypothesis. Connecting affective experience and drug choice. *Psychoanalytic Psychology*, 25 (3), 518-532.
- Kilbourne, A., Perron, B., Mezuk, B., Welsh, D., Ilgen, M. & Bauer, M. (2009). Co-occurring conditions health-related quality of life in patients with bipolar disorder. *Psychosomatic Medicine*, 71, 894-900.
- Kiluk, B., Nich, C. & Carroll, K. (2011). Relationship of cognitive function and the acquisition of coping skills in computer assisted treatment for substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 114, 169-176.
- Kim, J., Kim, D., Park, S., Bin, H. & Chung, E. (2007). Novelty-seeking among schizophrenia patients with comorbid alcohol use. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 622-624.

- Kjome, K., Lane, S., Schmitz, J., Green, C., Ma, L., Prasla, I., Swann, A. & Moeller, F. (2010). Relationship between impulsivity and decision making in cocaine dependence. *Psychiatry Research*, 178, 299-304.
- Kornor, H. & Nordvik, H. (2007). Five-factor model personality traits in opioid dependence. *Biomedical Central Public Health*, 7, 1-6.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F. & Watson, D. (2010). Linking “Big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136 (5), 768-821.
- Krzemien, D., Urquijo, S. & Monchetti, A. (2004). Aprendizaje social y estrategias de afrontamiento a los sucesos críticos del envejecimiento femenino. *Psicothema*, 16 (3), 350-356.
- Krzemien, D. (2005). Estimulación sociocognitiva y cambios en las estrategias de afrontamiento de la crisis del envejecimiento femenino. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40 (5), 291-299.
- Kurs, R., Farkas, H. & Ritsner, M. (2005). Quality of life and temperament factors in schizophrenia: Comparative study of patients, their siblings and controls. *Quality of Life Research*, 14, 433-440.
- Laad, G. & Petry, N. (2003). Antisocial personality in treatment-seeking cocaine abusers: Psychosocial functioning and HIV risk. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 323-330.
- Laaksonen, M., Rahkonen, O., Martikainen, P., Karvonen, S. & Lahelma, E. (2006). Smoking and SF-36 health functioning. *Preventive Medicine*, 42, 206-209.
- Landabaso, M. (2001). Tratamientos psicoterapéuticos en las toxicomanías y patologías psiquiátricas asociadas. *Osasunaz*, 4, 211-220.
- Larse, R. & Buss, D. (2005). *Psicología de la personalidad*. 2ªed. Mexico: McGraw Hill.

- Latalova, K., Prasko, J., Kamaradova, D., Sedlackova, Z. & Ociskova, M. (2013). Comorbidity bipolar disorder and personality disorders. *Neuroendocrinology Letters*, 34 (1), 1-8.
- Laurens, K., Ngan, E., Bates, A., Kiehl, K. & Liddle, P. (2003). Rostral anterior cingulate cortex dysfunction during error processing in schizophrenia. *Brain*, 126, 610-622.
- Le Bon, O., Basiaux, P., Streel, E., Tecco, J., Hanak, C., Hansenne, M., Anseau, M., Pelc, I., Verbanck, P. & Dupont, S. (2004). Personality profile and drug of choice: A multivariate analysis using Cloninger's TCI on heroin addicts, alcoholics and a random population group. *Drug and Alcohol Dependence*, 73, 175-182.
- Leeman, R., Hoff, R., Krishnan-Sarin, S., Patock-Peckham, J. & Potenza, M. (2014). Impulsivity, sensation-seeking and part-time job status in relation to substance use and gambling in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 54, 460-466.
- Leese, M., Schene, A., Koeter, M., Meijer, K., Bindman, J., Mazzi, M., Puschner, B., Burti, L., Becker, T., Moreno, M., Celani, D., White, I. & Thonicroft, G. (2008). SF-36 scales, and simple sums of scales, were reliable quality-of-life summaries for patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61, 588-596.
- Leshem, R. & Glickshon, J. (2007). The construct of impulsivity revisited. *Personality and Individual Differences*, 43, 681-691.
- Leventhal, A.M., Waters, A.J., Boyd, S., Moolchan, E.T., Eximan, S.J., Lerman, C. & Pickworth, B. (2007). Association between Cloninger's temperament dimensions and acute tobacco withdrawal. *Addictive Behaviors*, 32, 2976-2989.
- Lev-Ran, S., Imtiaz, S., Taylor, B., Shield, K., Rehm, J. & Le Foll, B. (2012). Gender differences in health-related quality of life among cannabis users: Results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 123, 190-200.
- Lev-Ran, S., Le Foll, B., McKenzie, K., George, T.P. & Rehm, J. (2013). Cannabis use and cannabis use disorders among individuals with mental illness. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 589-598.

- Lev-Ran, S., Le Foll, B., McKenzie, K., George, T.P. & Rehm, J. (2013). Bipolar disorder and co-occurring cannabis use disorders: Characteristics, co-morbidities and clinical correlates. *Psychiatry Research*, 209, 459-465.
- Levy, B., Monzani, B., Stephansky, M. & Weiss, R. (2008). Neurocognitive impairment in patients with co-occurring bipolar disorder and alcohol dependence upon discharge from inpatient care. *Psychiatry Research*, 161, 28-35.
- Liebert, R.M. & Langenbach, L. (2000). *Personalidad. Estrategias y temas*. 8ªed. Mexico: International Thomson Editores.
- Lijffjt, M., Lane, S., Moeller, F., Steinberg, J. & Swann, A. (2015). Trait impulsivity and increased pre-attentional sensitivity to intense stimuli in bipolar disorder and controls. *Journal of Psychiatric Research*, 60, 73-80.
- Limonero, J., Tomás, J., Fernández, J. & Aradilla, A. (2008). *Relación entre estrategias de afrontamiento y felicidad: Estudio preliminar 1*. 9º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. http://www.researchgate.net/publication/262675376_Relacin_entre_estrategias_de_afrontamiento_y_felicidad_estudio_preliminar
- Liraud, F. & Verdoux, H. (2000). Which temperamental characteristics are associated with substance use in subjects with psychotic and mood disorders? *Psychiatry Research*, 93, 63-72.
- Litt, M., Kadden, R. & Kabela, E. (2009). Individualized assessment and treatment program for alcohol dependence: Results of an initial study to train coping skills. *Addiction*, 104, 1837-1848.
- Londoño, N.H., Henao, G.C., Puerta, I.C., Posada, S. Arango, D. & Aguirre, D.C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5 (2), 327-349.
- Londoño, N.H., Pérez, M. & Nelly, M. (2009). Validación de la Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento al Estrés en una muestra colombiana. *Informes Psicológicos*, 11 (13), 13-29.

- López, A. & Becoña, E. (2006). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema*, 18 (3), 578-583.
- López, C., Roncero, C., Miquel, L. & Casas, M. (2011). Fumar en las psicosis afectivas: revisión sobre el consumo de nicotina en el trastorno bipolar y esquizoafectivo. *Adicciones*, 23 (1), 65-75.
- Lozano, O., Rojas, A., Pérez, C., Apraiz, B., Sánchez, F. & Marín, A. (2007). Test para la evaluación de la calidad de vida en adictos a sustancias psicoactivas (TECVASP): estudios de fiabilidad y validez. *Trastornos Adictivos*, 9 (2), 97-107.
- Loyola, N. (2011). *Validez y confiabilidad de la escala de impulsividad de Barratt versión 11 (BIS-11) en mujeres encarceladas*. Tesis doctoral. Universidad católica del Perú. Lima. <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1174>
- Lucas, R. (2012). The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Quality of Life Research*, 21, 161-165.
- Lukasiewicz, M., Blecha, L., Falissard, B., Neveu, X., Benyamina, A., Reynaud, M. & Gasquet, I. (2009). Dual diagnosis: prevalence, risk factors and relationship with suicide risk in a nationwide sample of French prisoners. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33 (1), 160-168.
- Luquiens, A., Reynaud, M., Falissard, B. & Aubin, H.J. (2012). Quality of life among alcohol-dependent patients: How satisfactory are the available instruments? A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 125, 192-202.
- MacLean, J.C. & French, M. (2014). Personality disorders, alcohol use, and alcohol misuse. *Social Science & Medicine*, 120, 286-300.
- Magidson, J.F., Wang, S., Lejuez, C.W., Iza, M. & Blanco, C. (2013). Prospective study of substance-induced and independent major depressive disorder among individuals with substance use disorders in a nationally representative sample. *Depression and Anxiety*, 30, 538-545.

- Magid, V., MacLean, M. & Colder, C. (2007). Differentiating between sensation seeking and impulsivity through their mediated relations with alcohol use and problems. *Addictive Behaviors*, 32, 2046-2061.
- Makai, P., Brouwer, W., Koopmanschap, M., Stolk, E. & Nieboer, A. (2014). Quality of life instruments for economic evaluations in health and social care for older people: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 102, 83-93.
- Malmberg, M., Kleinjan, M., Vermulst, A., Overbeek, G., Monshhouwer, K., Lammers, J. & Engels, R. (2012). Do substance use risk personality dimensions predict the onset of substance use in early adolescence? A variable and person centered approach. *Journal of Youth Adolescence*, 41, 1512-1525.
- Mandelli, L., Mazza, M., Di Nicola, M., Zaninotto, L., Harnic, D., Catalano, V. & Serretti, A. (2012). Role of substance abuse comorbidity and personality disorder: Harm Avoidance influences medium-term treatment outcome. *Psychopathology*, 45, 174-178.
- Maremmani, I., Pani, P., Paccini, M. & Perugi, G. (2007). Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 91-98.
- Marini, M., Madruga, T., Bertassi, G., Bergozza, M. & Heldt, E. (2013). Quality of life determinants in patients of a psychosocial care center for alcohol and other drug users. *Issues in Mental Health Nursing*, 34, 524-530.
- Margolese, H., Negrete, J., Tempier, R. & Gill, K. (2006). A 12-month prospective follow-up study of patients with schizophrenia-spectrum disorders and substance abuse: Changes in psychiatric symptoms and substance use. *Schizophrenia Research*, 83, 65-75.
- Marquez-Arrico, J.E. & Adan, A. (2013). Patología dual y rasgos de personalidad: situación actual y líneas futuras de trabajo. *Adicciones*, 25, 195-202.
- Marquez-Arrico, J.E., Benaiges, I. & Adan, A. (2015). Strategies to cope with treatment in substance use disorders male patients with and without schizophrenia. *Psychiatry Research*, 228, 752-759.

- Marsh, D., Dougherty, D., Mathias, C., Moeller, F. & Hicks, L. (2002). *Personality and Individual Differences*, 33, 1291-1310.
- Martínez, J.M., Graña, J.L. & Trujillo, H. (2009). Influencia de los trastornos de personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. *Adicciones*, 21 (2), 105-112.
- Martínez, J.M., Graña, J.L. & Trujillo, H. (2010). La calidad de vida en pacientes con trastorno por dependencia al alcohol con trastornos de personalidad: Relación con el ajuste psicológico y el craving. *Psicothema*, 22 (4), 562-567.
- Martínez, J.M., Graña, J.L. & Trujillo, H. (2011). Estudio longitudinal sobre calidad de vida, craving y ajuste psicológico en pacientes dependientes del alcohol: Variaciones en función de los trastornos de la personalidad. *Adicciones*, 23 (3) 227-235.
- Martínez-Zaragoza, F.A. (2001). *Creatividad: Impulsividad, atención y arousal. Del rasgo al proceso*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia. Murcia. <http://hdl.handle.net/10803/11027>
- Mateos, J. & Mateos, M. (2005). Rasgos diferenciales del temperamento y el carácter en un grupo de alcohólicos vs. Población general. *Adicciones*, 17 (4), 325-335.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., & O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168 (1), 26-33.
- McPherson, A. & Martin, C. (2013). A review of the measurement properties of the 36-item short-form health survey (SF-36) to determinate its suitability for use in an alcohol-dependent population. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 114-123.
- Meade, C., Graff, F., Griffin, M. & Weiss, R. (2008). HIV risk behavior among patients with co-occurring bipolar and substance use disorders: Associations with mania and drug abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 92, 296-300.

- Megens, Y. & Van Meijel, B. (2006). Quality of life for long-stay patients of psychiatric hospitals: A literature study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 704-712.
- Miettunen, J., Kantojärvi, L., Veijola, J., Järvelin, M.R. & Joukamaa, M. (2006). International comparison of Cloninger's temperament dimensions. *Personality and Individual Differences*, 41, 1515-1526.
- Milia, L. (2013). A revised model of Dickman's Dysfunctional Impulsivity Scale. *Journal of Individual Differences*, 34 (3), 138-142.
- Miller, J., Flory, K., Lynam, D. & Leukefeld, C. (2003). A test of the four-factor model of impulsivity-related traits. *Personality and Individual Differences*, 34, 1403-1418.
- Miller, E., Joseph, S. & Tudway, J. (2004). Assessing the component structure of four self-report measures of impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 37, 349-358.
- Miquel, L., Roncero, C., López-Ortiz, C. & Casas, M. (2011). Diferencias de género epidemiológicas y diagnósticas según eje I en pacientes con patología dual. *Adicciones*, 23 (2), 165-172.
- Mitchell, J., Fields, H., D'Esposito, M. & Boettiger, C. (2005). Impulsive responding in alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29 (12), 2158-2169.
- Mobbini, S., Pearce, M., Grant, A., Mills, J. & Yeomans, M. (2006). The relationship between cognitive distortions, impulsivity, and sensation seeking in a non-clinical population sample. *Personality and Individual Differences*, 40, 1153-1163.
- Mobbini, S., Grant, A., Kaas, A. & Yeomans, M. (2007). Relationships between functional and dysfunctional impulsivity, delay discounting and cognitive distortions. *Personality and Individual Differences*, 43, 1517-1528.

- Moeller, F., Dougherty, D., Barratt, E., Schmitz, J., Swann, A. & Grabowski, J. (2001). The impact of impulsivity on cocaine use and retention in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 193-198.
- Molinero, O., Salguero, A. & Márquez, S. (2010). Propiedades psicométricas y estructura dimensional de la adaptación española del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento en competición deportiva. *Psicothema*, 22 (4), 975-982.
- Monras, M., Mondon, S. & Jou, J. (2010). Estrategias de afrontamiento en enfermos alcohólicos. Diferencias según el consumo de benzodiacepinas, los trastornos de personalidad y el deterioro cognitivo. *Adicciones*, 22 (3), 191-198.
- Montaño, M., Palacios, J. & Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad: un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 3 (2), 81-107.
- Moons, P., Budts, W. & De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 891-901.
- Morán, C., Landero, R. & González, M.T. (2009). COPE-28: Un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 543-552.
- Morales, F. (2007). *El efecto de la impulsividad sobre la agresividad y sus consecuencias en el rendimiento de los adolescentes*. Tesis doctoral. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. <http://hdl.handle.net/10803/8962>
- Morales-Manrique, C.C., Castellano-Gómez, M., Valderrama-Zurián, J.C. & Aleixandre-Benavent, R. (2006). Medición de la calidad de vida e importancia de la atención a las necesidades autopercebidas en pacientes drogodependientes. *Trastornos adictivos*, 8 (4), 212-221.
- Moore, K.A., Scott, M., Barrett, B. & Ochshorn, E. (2009). A 12-Month follow-up evaluation of integrated treatment for homeless individuals with co-occurring disorders. *Journal of Social Services Research*, 35, 322-335.

- Mueser, K.T., Drake, R.E. & Wallach, M.A. (1998). Dual diagnosis: A review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23 (6), 717-734.
- Mueser, K., Essock, S., Drake, R., Wolfe, R. & Frisman, L. (2001). Rural and urban differences in patients with a dual diagnosis. *Schizophrenia Research*, 48, 93-107.
- Mueser, K.T. & Gingerich, S. (2013). Treatment of co-occurring psychotic and substance use disorders. *Social Work in Public Health*, 28, 424-439.
- Muro, A. (2015). Age, sex and personality in early cannabis use. *European Psychiatry* (in press).
- Najt, P., Pérez, J., Sanches, M., Peluso, M., Glahn, D. & Soares, J.C. (2007). Impulsivity and bipolar disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 17, 313-320.
- Nava, C., Ollua, P., Vega, Z. & Soria, R. (2010). Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. *Psicología y Salud*, 20 (2), 213-220.
- Nuevo, R., Leighton, C., Dunn, G., Dowrich, C., Lehtinen, V., Dalgard, O., Casey, P., Vázquez, J.L. & Ayuso, J.L. (2010). Impact of severity and type of depression on quality of life in cases identified in the community. *Psychological Medical*, 40, 2069-2077.
- O'Connell, K., & Skevington, S. (2012). An international quality of life instrument to assess wellbeing in adults who are HIV-positive: A short form of the WHOQOL-HIV (31 items). *AIDS and Behavior*, 16, 452-460.
- Olatunji, B., Cisler, J. & Tolin, D. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 572-581.
- Orengo, T., González, M., Benito, A., Ballester, F., Cervera, G. & Haro, G. (2007). El modelo psicobiológico de Cloninger en dependientes a los opiáceos. *Trastornos Adictivos*, 9 (2), 108-115.

- Ortin, A., Lake, A., Kleinman, M. & Gould, M. (2012). Sensation seeking as risk factor for suicidal ideation and suicide attempts in adolescence. *Journal of Affective Disorders*, 143, 214-222.
- Ouzir, M. (2013). Impulsivity in schizophrenia: A comprehensive update. *Agression and Violent Behavior*, 18, 247-254.
- Palacios, J.R. (2015). Propiedades psicométricas del Inventario de Búsqueda de Sensaciones para adolescentes en México (IBS-Mx). *International Journal of Psychological Research*, 8 (1), 46-60.
- Paton, C. & Beer, D. (2001). Caffeine: The forgotten variable. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 5, 231-236.
- Pedrero, E.J. (2006). TCI-140: Propiedades psicométricas, relación con el TCI-R y con variables de personalidad. Estudio de una muestra de adictos en tratamiento. *Trastornos Adictivos*, 8 (3), 155-167.
- Pedrero, E.J., Olivar, A. & Chicharro, J. (2008). Cuestionario CAD-4: una medida biopsicosocial de la calidad de vida autopercebida en pacientes drogodependientes. *Trastornos Adictivos*, 10 (1), 17-31.
- Pedrero, E.J. & Rojo, G. (2008). Diferencias de personalidad entre adictos a sustancias y población general. Estudio con el TCI-R de casos clínicos con controles emparejados. *Adicciones*, 20, 251-262.
- Pedrero, E.J. (2009). Evaluación de la impulsividad funcional y disfuncional en adictos a sustancias mediante el Inventario de Dickman. *Psicothema*, 21 (4), 585-591.
- Pedrero, E.J., Ruiz-Sánchez de León, J.M., Rojo-Mota, G., Llanero-Luque, M. & Puerta-García, C. (2012). Caracterización neuropsicológica de la impulsividad funcional y disfuncional en adictos a sustancias: implicaciones clínicas. *Adicciones*, 24 (1), 51-58.
- Peluso, M., Hatch, J., Glahn, D., Monkul, E., Sanches, M., Najt, P., Bowden, C., Barratt, E. & Soares, J. (2007). Trait impulsivity in patients with mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 100, 227-231.

- Peñacoba, C., Carmona, F., Marín, D. & Naber, K. (2013). Coping strategies of Spanish pregnant women and their impact on anxiety and depression. *Research in Nursing & Health*, 36, 54-64.
- Peralta, V. & Cuesta, M.J. (1994). Validación de la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 22 (4), 171-177.
- Pereira, M., Martins, A., Alves, S. & Canavarro, M.C. (2014). Assessing quality of life in middle-aged and older adults with HIV: Psychometric testing of the WHOQOL-HIV-BREF. *Quality of Life Research*, 23, 2473-2479.
- Peris, L. & Balaguer, A. (2010). *Patología dual. Protocolos de intervención: trastornos de personalidad*. Barcelona: EdikaMed.
- Pérez, J., Siñol, N., Bañulus, E., Batlle, F., Tejero, A. & Trujols, J. (2010). Personality traits of cocaine-dependent patients associated with cocaine-positive baseline urine at hospitalization. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36, 52-56.
- Pérez, J., Menéndez, S. & Hidalgo, M.V. (2014). Estrés parental, estrategias de afrontamiento y evaluación del riesgo en madres de familias en riesgo usuarias de los Servicios Sociales. *Psychosocial Intervention*, 23, 27-32.
- Petry, N. (2001). Substance abuse, pathological gambling and impulsiveness. *Drug and Alcohol Dependence*, 63, 29-38.
- Pervin, L.A. (1998). *La ciencia de la personalidad*. Madrid: McGraw Hill.
- Pettinati, H.M., O'Brien, C.P., & Dundon, W.D. (2013). Current status of co-occurring mood and substance use disorders: A new therapeutic target. *American Journal of Psychiatric*, 170 (1), 23-30.
- Picci, R., Vigna-Taglianti, F., Oliva, F., Mathis, F., Salmaso, S., Ostacoli, L., Jaretti, A. & Furlan, P. (2012). Personality disorders among patients accessing alcohol detoxification treatment: Prevalence and gender differences. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 355-363.

- Piko, B. & Pinczés, T. (2014). Impulsivity, depression and aggression among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 69, 33-37.
- Polinder, S., Haagsma, J., Belt, E., Lyons, R., Erasmus, V., Lund, J. & Van Beeck, E. (2010). A systematic review of studies measuring health-related quality of life of general injury populations. *Biomedical Central Public Health*, 10, 783-795.
- Pompili, M., Innamorati, M., Lester, D., Akiskal, H., Rihmer, Z., Del Casales, A., Amore, M., Girardi, P. & Tatarelli, R. (2009). Substance abuse, temperament and suicide risk: Evidence from a case-control study. *Journal of Addictive Diseases*, 28, 13-20.
- Ponizovsky, A., Margolis, A., Heled, L., Rosca, P., Radomislensky, I. & Grinshpoon, A. (2010). Improved quality of life, clinical, and psychosocial outcomes among heroin-dependent patients on ambulatory buprenorphine maintenance. *Substance Use and Misuse*, 45, 228-313.
- Póo, F., Ledesma, R. & López, S. (2013). Versión transcultural del Cuestionario de Personalidad de Zuckerman-Kuhlman (ZKPQ-50-CC) en población argentina. *Escritos de Psicología*, 6 (1), 1-5.
- Power, M., Quinn, K. & Schmidt, S. (2005). World Health Organization Quality of Life –OLD Group. Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research*, 14, 2197-2214.
- Poy, R., Eixarch, M.C. & Ávila, C. (2004). On the relationship between attention and personality: Covert visual orienting of the attention in anxiety and impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 36, 1471-1481.
- Preau, M., Protopopescu, C., Spire, B., Sobel, A., Dellamonica, P., Moatti, J.P., Carrieri, M., & the MANIF-2000 study group. (2007). Health related quality of life among both current and former injection drug users who are HIV-infected. *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 175-182.
- Preuss, U.W., Johann, M., Fehr, C., Koller, G., Wodarz, N., Hesselbrock, V., Wong, W.M. & Soyka, M. (2009). Personality disorders in alcohol-dependent individuals: Relationship with alcohol dependence severity. *European Addiction Research*, 15, 188-195.

- Priebe, S., McCabe, R., Junghan, U., Kallert, T., Ruggeri, M., Slade, M. & Reininghaus, U. (2011). Association between symptoms and quality of life in patients with schizophrenia: A pooled analysis of changes over time. *Schizophrenia Research*, 133, 17-21.
- Quinn, P. & Paige, K. (2013). Differential changes in impulsivity and sensation seeking and the escalation of substance use from adolescence to early adulthood. *Development and Psychopathology*, 25, 223-239.
- Rae, A., Joyce, P., Luty, S. & Mulder, R. (2002). The effect of a history of alcohol dependence in adult major depression. *Journal of Affective Disorders*, 70, 281-290.
- Ralevsky, E., Gianoli, M., McCarthy, E. & Petrakis, I. (2014). Quality of life in veterans with alcohol dependence and co-occurring mental illness. *Addictive Behaviors*, 39, 386-391.
- Ramos-Brieva J.A. & Cordero A. (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 14, 324-334.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L. & Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *The Journal of the American Medical Association*, 264 (19), 2511-2518.
- Reid, R.C., Cyders, M.A., Moghaddam, J.F. & Fong, T.W. (2014). Psychometric properties of the Barratt Impulsiveness Scale in patients with gambling disorders, hypersexuality and methamphetamine dependence. *Addictive Behaviors*, 39, 1640-1645.
- Reise, S.P., Moore, T.M., Saab, F.W., Brown, A.K. & London, E.D. (2013). The Barratt Impulsiveness Scale-11: Reassessment of its structure in a community sample. *Psychological Assessment*, 25 (2), 631-642.
- Reno, R.M. (2004). Personality characterizations of outpatients with schizophrenia, schizophrenia with substance abuse, and primary substance abuse. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 672-681.

- Renwick, L., Jackson, D., Foley, S., Owens, E., Ramperti, N., Behan, C., Anwar, M., Kinsella, A., Turner, N., Clarke, M. & O'Callaghan, E. (2012). Depression and quality of life in first episode psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 451-455.
- Revelle, W., Humphreys, M., Simon, L. & Gilliland, K. (1980). The interactive effect of personality, time of day, and caffeine: A test of the Arousal Model. *Journal of Experimental Psychology*, 109 (1), 1-31.
- Ritchie, G., Weldon, S., MacPherson, G. & Laithwaite, H. (2010). Evaluation of a drug and alcohol relapse prevention programme in a special hospital: An interpretative phenomenological analysis. *British Journal of Forensic Practice*, 12 (3), 17-28.
- Ritchie, G., Weldon, S., Freeman, L., MacPherson, G. & Davies, K. (2011). Outcomes of a drug and alcohol relapse prevention programme in a population of mentally disordered offenders. *British Journal of Forensic Practice*, 13 (1), 32-43.
- Ritsner, M., Lisker, A. & Arbitman, M. (2012). Ten-year quality of life outcomes among patients with schizophrenia and schizoaffective disorders: I. Predictive value of disorder-related factors. *Quality of Life Research*, 21, 837-847.
- Rizvi, S., Dimeff, L., Skutch, J., Carroll, D. & Linehan, M. (2011). A pilot study of the DBT Coach: An interactive mobile phone application for individuals with borderline personality disorder and substance use disorder. *Behavior Therapy*, 42, 589-600.
- Roberti, J. (2004). A review of behavioral and biological correlates of sensation seeking. *Journal of Research in Personality*, 38, 256-279.
- Robinson, R. (2006). Health perceptions and health-related quality of life of substance abusers: A review of the literature. *Journal of Addictions Nursing*, 17, 159-168.
- Rodríguez-Jimenez, R., Aragüés, M., Jiménez-Arriero, M.A., Ponce, G., Muñoz, A., Bagny, A., Hoenicka, J. & Palomo, T. (2008). Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: Prevalencia y características generales. *Investigación Clínica*, 49 (2), 195-205.

- Roe, B., Beynon, C., Pieckering, L. & Duffy, P. (2010). Experiences of drug use and ageing: Health, quality of life, relationship and service implications. *Journal of Advance Nursing*, 1968-1979.
- Rohsenow, D., Monti, P., Martin, R., Colby, S., Myers, M., Gulliver, S., Brown, R., Mueller, T., Gordon, A. & Abrams, D. (2004). Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: Effects on substance use outcomes. *Addiction*, 99, 862-874.
- Roncero, C., Barral, C., Grau-López, L., Esteve, O. & Casas, M. (2010). *Patología Dual. Protocolos de intervención: esquizofrenia*. Barcelona: EdikaMed.
- Roncero, C., Gómez-Baeza, S., Vázquez, J.M., Terán, A., Szerman, N., Casas, M. & Bobes, J. (2013). Perception of Spanish professionals on therapeutic adherence of dual diagnosis patients. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41 (6), 319-329.
- Roncero, C., Daigre, C., Barral, C., Ros-Cucurull, E., Grau-López, L., Rodríguez-Cintas, L., Tarifa, N., Casas, M. & Valero, S. (2014). Neuroticism associated with cocaine-induced psychosis in cocaine-dependent patients: A cross-sectional observational study. *Public Library of Science*, 9 (9), 1-7.
- Roozen, H., Van de Wetering, B. & Franken, I. (2013). Does alcohol craving mediate the impulsivity-aggression relationship in recently detoxified alcohol-dependent patients? *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 39 (1), 57-60.
- Rosenzweig, S. & Fisher, S. (1997). Idiographic vis-à-vis idiodynamic in the historical perspective of personality theory: Remembering Gordon Allport, 1897-1997. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 33 (4), 405-419.
- Ross, J., Coxe, S., Schuster, R., Rojas, A. & González, R. (2015). The moderating effects of cannabis use and decision making on the relationship between conduct disorder and risky sexual behavior. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 37 (3), 1-13.
- Rossier, J., Hansenne, M., Baudin, N. & Morizot, J. (2012). Zuckerman's Revised Alternative Five-Factor Model: Validation of the Zuckerman-Kuhlman-Aluja Personality Questionnaire in four French-Spanish countries. *Journal of Personality Assessment*, 94 (4), 358-365.

- Rubio, G. (2000). ¿Qué es la patología dual? Alteraciones de conducta y abuso de sustancias. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2, 74-76.
- Rubio, G., López-Muñoz, F., Álamo, C., & Santo-Domingo, J. (2002). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid: Editorial médica Panamericana.
- Ruiz, V.M. & Jiménez, J.A. (2004). Estructura de la personalidad: ortogonalidad versus oblicuidad. *Anales de Psicología*, 20 (1), 1-13.
- Rushton, J.P. (2001). A scientometric appreciation of H.J. Eysenck's contribution to psychology. *Personality and Individual Differences*, 31, 17-39.
- Russo, P., Leone, L., Lauriola, M. & Lucidi, F. (2008). Impulsivity and reward sensitivity within the pen model: A test of discriminant hypothesis. *Personality and Individual Differences*, 45, 624-629.
- Sarni, S., Viertiö, S., Perälä, J., Koskinen, S., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. (2010). Quality of life of people with schizophrenia, bipolar disorder and other psychotic disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 386-394.
- Saatcioglu, O., Yapizi, A. & Cakmak, D. (2008). Quality of life, depression and anxiety in alcohol dependence. *Drug and Alcohol Review*, 27, 83-90.
- Saddki, N., Noor, M., Norbanee, T., Rusli, T., Norzila, M. & Zaharah, Z. (2009). Validity and reliability of the Malay version of WHOQOL-HIV BREF in patients with HIV infection. *AIDS Care*, 21, 1271-1278.
- Sáiz, J. & Martínez, I. (2010). Relación del tratamiento por dependencia de la cocaína con los valores personales de apertura al cambio y conservación. *Adicciones*, 22 (1), 51-58.
- Sáiz, P.A., Díaz, E.M., García-Portilla, M.P., Marina, P. & Bobes, J. (2011). *Patología Dual. Protocolos de intervención: ansiedad*. Barcelona: EdikaMed.
- Salvo, L. & Castro, A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 51 (4), 245-254.

- Sánchez, J.A. & López, A. (2005). Escalas diagnósticas y de evaluación que se utilizan en atención primaria para depresión y ansiedad. *Salud Global*, 3, 1-8.
- Sánchez-Peña, J., Álvarez-Cotoli, P. & Rodríguez-Solano, J.J. (2012). Psychiatric disorders associated with alcoholism: 2 year follow-up of treatment. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40 (3), 129-135.
- Schaub, M., Boesch, L. & Stohler, R. (2006). Association between aggressiveness, schizotypal personality traits and cannabis use in Swiss psychology students. *Psychiatry Research*, 143, 299-301.
- Schechter, D., Endicott, J. & Nee, J. (2007). Quality of life of “normal” controls: Association with lifetime history of mental illness. *Psychiatry Research*, 152, 45-54.
- Schmidt, S., Vilagut, G., Garin, O., Cunillera, O., Tresserras, R., Brugulat, P., Mompart, A., Medina, A., Ferrer, M. & Alonso, J. (2012). Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña. *Medicina Clínica*, 139 (14), 613-625.
- Schnell, T., Koethe, D., Daumann, J. & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2009). The role of cannabis in cognitive functioning of patients with schizophrenia. *Psychopharmacology*, 205, 45-52.
- Schulte, S., Meier, P.S. & Stirling, J. (2011). Dual diagnosis clients’ treatment satisfaction – a systematic review. *Biomedical Central Public Health*, 11, 64-73.
- Schultz, D.P. & Schultz, S.E. (2010). *Teorías de la personalidad*. 9ªed. Mexico: Cengage Learning.
- Scott, R., Hides, L., Allen, J. & Lubman, D. (2013). Coping style and ecstasy use motives as predictors of current mood symptoms in ecstasy users. *Addictive Behaviors*, 38, 2465-2472.
- Seelbach, G. (2013). *Teorías de la personalidad*. Red Tercer Milenio: Estado de México.

- Seibert, L., Miller, J., Pryor, L., Reidy, L. & Zeichner, A. (2010). Personality and laboratory-based aggression: Comparing the predictive power of the Five-Factor Model, BIS/BAS, and impulsivity across context. *Journal of Research in Personality*, 44, 13-21.
- Sher, K. & Bartholow, B. (2000). Personality and substance use disorders: A prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 818-829.
- Sigurdsson, J. & Gudjonsson, G. (1995). Personality characteristics of drug-dependent offenders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 49, 1.
- Simon, T., Swann, A., Powell, K., Potter, L., Kresnow, M. & O'Carroll, P. (2001). Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 32, 49-59.
- Singh, J., Mattoo, S., Sharan, P. & Basu, D. (2005). Quality of life and its correlates in patients with dual diagnosis of bipolar affective disorder and substance dependence. *Bipolar Disorders*, 7, 187-191.
- Skevington, S., Gunson, K. & O'Connell, K. (2013). Introducing the WHOQOL-SRPB BREF: Developing a short-form instrument for assessing spiritual, religious and personal beliefs within quality of life. *Quality of Life Research*, 22, 1073-1083.
- Skinner, H.A. (1982). The drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviors*, 7 (4), 363-371.
- Skinstad, A. & Swain, A. (2001). Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27 (1), 45-64.
- Skodol, A., Oldham, J. & Gallaher, P. (1999). Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 156 (5), 733-738.
- Skogen, J.C., Mykletun, A., Ferri, C.P., Bebbington, P., Brugha, T., Coid, J., Meltzer, H. & Stewart, R. (2011). Mental and personality disorders and abstinence from alcohol: Results from a national household survey. *Psychological Medicine*, 41, 809-818.

- Smillie, L. & Jackson, C. (2006). Functional impulsivity and reinforcement sensitivity theory. *Journal of Personality*, 74 (1), 47-84.
- Smillie, L., Yeo, G. & Lang, K. (2009). Impulsiveness and resource allocation: Testing Humphreys and Revelle's (1984) explanation of impulsive personality. *Journal of Research in Personality*, 43, 1083-1086.
- Smith, K. & Larson, M. (2003). Quality of life assessments by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29 (2), 323-335.
- Spalletta, G., Bria, P. & Caltagirone, C. (2007). Differences in temperament, character and psychopathology among subjects with different patterns of cannabis use. *Psychopathology*, 40, 29-34.
- Springgess, L. & Hides, L. (2015). Patterns of cannabis use, psychotic-like experiences and personality styles in young cannabis users. *Schizophrenia Research*, 165, 3-8.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K. & Williams, J.B. (1999). Validation and utility of a self report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *The Journal of the American Medical Association*, 282 (18), 1737-1344.
- Squillace, M., Picón-Janeiro, J. & Schmidt, V. (2011). El concepto de impulsividad y su ubicación en las teorías psicobiológicas de la personalidad. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 3 (1), 8-18.
- Stanford, M.S., Mathias, C.W., Dougherty, D.M., Lake, S.L., Anderson, N.E. & Patton, J.H. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences*, 47, 385-395.
- Stappenbeck, C., Luterek, J., Kaysen, D., Rosenthal, C., Gurrad, B. & Simpson, T. (2014). A controlled examination of two coping skills for daily alcohol use and PTSD symptom severity among dually diagnosed individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 66, 8-17.

- Stautz, K. & Cooper, A. (2013). Impulsivity-related personality traits and adolescent alcohol use: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 33, 574-592.
- Steinberg, L., Stanford, M.S. & Teten, A. (2013). New tricks for an old measure: The development of the Barratt Impulsiveness Scale-Brief (BIS-Brief). *Psychological Assessment*, 25 (1), 216-226.
- Sutin, A., Evans, M. & Zonderman, A. (2013). Personality traits and illicit substances: The moderating role of poverty. *Drug and Alcohol Dependence*, 131, 247-251.
- Swann, A.C., Bjork, J., Moeller, F. & Dougherty, D. (2002). Two models of impulsivity: Relationship to personality traits and psychopathology. *Society of Biological Psychiatry*, 51, 988-994.
- Swann A.C., Dougherty D.M., Pazzaglia P.J., Pham M. & Moeller F.G. (2004). Impulsivity: A link between bipolar disorder and substance abuse. *Bipolar Disorders*, 6, 204-212.
- Swann, A., Steinberg, J., Lijffijt, M. & Moeller, G. (2008). Impulsivity: Differential relationship to depression and mania in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 106, 241-248.
- Sylvia, L., Friedman, E., Kocsis, J., Bernstein, E., Brody, B., Kinrys, G., Kemp, D., Shelton, R., McElroy, S., Bobo, W., Kamali, M., McInnis, M., Tohen, M., Bowden, C., Ketter, T., Deckersbach, T., Calabrese, J., Thase, M., Reilly-Harrington, N., Singh, V., Rabideu, D. & Nierenberg, A. (2013). Association for exercise with quality of life and mood symptoms in a comparative effectiveness study of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 151, 722-727.
- Szerman, N., Arias, F., Vega, P., Babín, F., Mesías, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F. & Grupo de investigación del estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en la Comunidad de Madrid. (2011). Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones*, 23 (3), 249-255.
- Szerman, N., Vega, P., Grau-López, L., Barral, C., Basurte-Villamor, I., Mesías, B., Rodríguez-Cintas, L., Martínez-Raga, J., Casas, M. & Roncero, C. (2014). Dual diagnosis resource needs in Spain: A national survey of professionals. *Journal of Dual Diagnosis*, 10 (2), 84-90.

- Szerman, N. (2015). Patología dual en psicosis. *Revista de Patología Dual*, 2 (2), 1-3.
- Terracciano, A., Löckenhoff, C., Crum, R., Bienvenu, J. & Costa, P. (2008). Five-factor model personality profiles of drug users. *Biomedical Central Public Health*, 8, 22.
- Tenorio, J. & Marcos, J.A. (2000). Trastornos duales: Tratamiento y coordinación. *Papeles del Psicólogo*, 77, 1-6.
- Tcheremissine, O., Lane, S., Cherek, D. & Pietras, C. (2003). Impulsiveness and other personality dimensions in substance use disorders and conduct disorder. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 2, 1-7.
- Tiet, Q. & Mausbach, B. (2007). Treatments for patients with dual diagnosis: A review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31 (4), 513-536.
- Timko, C., Cronkite, R.C., McKellar, J., Zemore, S. & Moos, R.H. (2013). Dually diagnosed patients' benefits of mutual-help groups and the role of social anxiety. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44, 216-223.
- Ting Su, C., Son Ng, H., Lun Yang, A. & Ying Lin, C. (2014). Psychometric evaluation of the Short Form 36 Health Survey (SF-36) and the World Health Organization Quality of Life Scale Brief Version (WHOQOL-BREF) for patients with schizophrenia. *Psychological Assessment*, 26 (3), 980-989.
- Tobin D.L., Holroyd K.A., Reynolds R.V. & Kigal J.K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 343-61.
- Tolman, A. & Kurtz, M. (2012). Neurocognitive predictors of objective and subjective quality of life in individuals with schizophrenia: A meta-analytic investigation. *Schizophrenia Bulletin*, 38 (2), 304-315.
- Torrens, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20 (4), 315-320.

- Torrens, M. & Martínez-Sanvisens, D. (2009). *Patología Dual. Protocolos de intervención: depresión*. Barcelona: EdikaMed.
- Tortajada, S., Herrero, M.J., Domingo-Salvany, A., Molist, G., Barrio, G., De la Fuente, L., Brugal, M.T. & Grupo de investigación ITINERE. (2012). Psychiatric morbidity among cocaine and heroin users in the community. *Adicciones*, 24 (3), 201-210.
- Torrubia, R., Ávila, C., Moltò, J. & Caseras, X. (2001). The Sensitivity to Punishment and Sensivity to Reward Questionnaire (SPSRQ) as a measure of Gray's anxiety and impulsivity dimensions. *Personality and Individual Differences*, 31, 837-862.
- Tracy, E., Laudet, A., Min, M., Kim, H., Brown, S., Jun, M. & Singer, L. (2012). Prospective patterns and correlates of quality of life among women in substance abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 124, 242-249.
- Tucker, J., D'Amico, E., Wenzel, S., Golinelli, D., Elliot, M. & Williamson, S. (2005). A prospective study of risk and protective factors for substance use among impoverished women living in temporary shelter settings in Los Angeles County. *Drug and Alcohol Dependence*, 80, 35-43.
- Turiano, N., Whiteman, S., Hampson, S., Roberts, B. & Mrozzek, D. (2012). Personality and substance use in midlife: Conscientiousness as a moderator and the effects of trait change. *Journal of Research in Personality*, 46, 295-305.
- Tyler, M. & Moos, R. (2009). Dually diagnosed patients' responses to substance use disorder treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37, 335-345.
- Tziortzis, D., Mahoney, J., Kalechstein, A., Newton, T. & De la Garza, R. (2011). The relationship between impulsivity and craving in cocaine and methamphetamine dependent volunteers. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 98, 196-202.
- Urbanoski, K., Kelly, J., Hoepfner, B. & Slaymaker, V. (2012). The role of therapeutic alliance in substance use disorder treatment for young adults. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43, 344-351.

- Valderas, J.M., Ferrer, M. & Alonso, J. (2005). Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes. *Medicina Clínica*, 125 (1), 56-60.
- Vaidya, J., Latzman, R., Markon, K. & Watson, D. (2010). Age differences on measures of disinhibition during young adulthood. *Personality and Individual Differences*, 815-820.
- Vargas, S., Herrera, G., Rodríguez, L. & Sepúlveda, G. (2010). Confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12 (1), 7-24.
- Vega, W.A., Canino, G., Cao, Z. & Alegría, M. (2009). Prevalence and correlates of dual diagnosis in U.S. latinos. *Drug and Alcohol Dependence*, 100, 32-38.
- Verdejo-García, A., Lawrence, A. & Clark, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: Review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic associations studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32, 777-810.
- Vergés, A., Jackson, K., Bucholz, K., Trull, T., Lane, S. & Sher, J. (2014). Personality disorders and the persistence of substance use disorders: A reanalysis of published NESARC findings. *Journal of Abnormal Psychology*, 123 (4), 809-820.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16, 274-282.
- Victor, S., Jonhson, S. & Gotlib, I. (2011). Quality of life and impulsivity in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 13, 303-309.
- Vigil-Colet, A. & Codorniu-Raga, M.J. (2004). Aggression and inhibition deficits, the role of functional and dysfunctional impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 37, 1431-1440.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J.M., Santed, R., Valderas, J.M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A., Alonso, J. &

- Investigadores de la Red-IRYSS. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19 (2), 135-150.
- Vilagut, G., Valderas, J.M., Ferrer, M., Garin, O., López-García, E. & Alonso, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Medicina Clínica*, 130 (19), 726-735.
- Wallace, J., Malterer, M. & Newman, J. (2009). Mapping Gray's BIS and BAS constructs onto factor 1 and factor 2 of Hare's Psychopathy Checklist-Revised. *Personality and Individual Differences*, 47, 812-816.
- Walter, M., Degen, B., Treugut, C., Albrich, J., Oppel, M., Schulz, A., Schächinger, H., Dürsteler, K. & Wiesbeck, G. (2011). Affective reactivity in heroin-dependent patients with antisocial personality disorder. *Psychiatry Research*, 187, 210-213.
- Wan, C., Fang, J., Jiang, R., Shen, J., Jiang, D., Tu, X., Messing, S. & Tang, W. (2011). Development and validation of a quality of life instrument for patients with drug dependence: Comparisons with SF-36 and WHOQOL-100. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 1080-1095.
- Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30 (6), 473-483.
- Watson, H., Swan, A. & Nathan, P. (2011). Psychiatric diagnosis and quality of life: The additional burden of psychiatric comorbidity. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 265-272.
- Whiteside, S.P. & Lynam, D.R. (2001). The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30, 669-689.
- Whiteside, S.P., Lynam, D.R., Miller, J.D. & Reynolds, S.K. (2005). Validation of the UPPS Impulsive Behavior Scale: A four-factor model of impulsivity. *European Journal of Personality*, 19, 559-574.
- Whiteside, S.P. & Lynam, D.R. (2009). Understanding the role of impulsivity and externalizing psychopathology in alcohol abuse: Application of the UPPS

Impulsive Behavior Scale. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 1, 69-79.

Wilbertz, T., Deserno, L., Horstmann, A., Neumann, J., Villringer, A., Heinze, H., Boehler, C. & Schlagenhaut, F. (2014). Response inhibition and its relation to multidimensional impulsivity. *Neuroimage*, 103, 241-248.

Xie, H., McHugo, G., Helmstetter, B. & Rake, R. (2005). Three-year recovery outcomes for long-term patients with co-occurring schizophrenic and substance use disorders. *Schizophrenia Research*, 75, 337-348.

Xie, H., Drake, R.E., McHugo, G.J., Xie, L. & Mohandas, A. (2010). The 10-year course of remission, abstinence and recovery in dual diagnosis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29, 132-140.

Yang, M., Mamy, J., Zhou, L., Liao, Y.H., Wang, Q., Seewoobudul, V., Xiao, S.Y. & Hao, W. (2014). Gender differences in prevalence and correlates of antisocial personality disorder among heroin dependent users in compulsory isolation treatment in China. *Addictive Behaviors*, 39, 573-579.

Zhorstnsky, S., Rizkallah, E., Pampoulova, T., Chiasson, J.P., Lipp, O., Stip, E. & Potvin, S. (2012). Sensation-seeking, social anhedonia and impulsivity in substance use disorder patients with and without schizophrenia and in non-abusing schizophrenia patients. *Psychiatry Research*, 200, 237-241.

Zikos, E., Gill, K. & Charney, D. (2010). Personality disorders among alcoholic outpatients: Prevalence and course in treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55 (2), 65-73.

Zimmerman, M. & Mattia, J.L. (2001). The Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire: Development, reliability and validity. *Comprehensive Psychiatric*, 42 (3), 175-189.

Zeng, Q., Xu, Y. & Wang, W. (2013). Quality of life in outpatients with depression in China. *Journal of Affective Disorders*, 150, 513-521.

Zubaran, C. & Foresti, K. (2009). Quality of life and substance use: Concepts and recent tendencies. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 281-286.

Zuckerman, M., Kuhlman, M., Thornquist, M. & Kiers, H. (1991). Five (or three) robust questionnaire scale factors of personality without culture. *Personality and Individual Differences*, 12 (9), 929-941.

Zuckerman M. & Kuhlman D. (1993). *Norms for the Zuckerman–Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ)*. Unpublished manuscript.

Zuckerman, M., Kuhlman, M., Joreiman, J., Teta, P. & Kraft, M. (1993). A comparison of three structural models for personality: The Big Three, the Big Five, and the Alternative Five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65 (4), 757-768.

Zuckerman, M. & Kuhlman, M. (2000). Personality and risk-taking: Common biosocial factors. *Journal of Personality*, 68 (6), 999-1029.

V. ANEXOS

11.1. ANEXO 1. Entrevista clínica

Características rítmicas, de personalidad y rendimiento neuropsicológico en pacientes con patología dual

Historia clínica

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Estado civil:

Soltero/a Casado/a Divorciado/a-Separado/a Viudo/a

Número de hijos: _____

Pareja estable: Si No

Convivencia:

Solo/a Acompañado/a: ¿De quién? _____

Genograma:

Dominancia manual: Diestro Zurdo

Clase socioeconómica:

Alta Media-alta Media Media-baja Baja

Nivel académico:

No escolarizado

Estudios primarios incompletos

Estudios primarios completos

Estudios secundarios incompletos

Estudios secundarios completos

Estudios universitarios

Situación laboral:

Activo Profesión: _____

Inactivo: Parado Pensionista ILT

2. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES Y PERSONALES

Concomitancia de patología orgánica en la familia (diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular, alteración respiratoria, etc.): Si _____ No _____

¿Cuál?: _____

Presencia de trastorno psiquiátrico en algún familiar de primer grado: Si ____ No ____

Especificar: _____

Concomitancia de patología orgánica en el paciente (diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular, alteración respiratoria, etc.): Si _____ No _____

¿Cuál?: _____

Antecedente psiquiátricos personales:

Tipos de trastornos	Si	No
Psicóticos	___	___
Trast. Estado ánimo	___	___
Trast. Ansiedad	___	___
De inicio en la infancia	___	___

Otros trastornos (especificar): _____

Intentos previos de suicidio: Si No Número de intentos: _____

3. CARACTERÍSTICAS DEL DIAGNÓSTICO

Diagnóstico psiquiátrico (DSM/CIE) (*No relacionado con sustancias*)

Diagnóstico actual: _____

Inicio del trastorno: _____

Tratamiento farmacológico actual:

Nombre: _____ Cantidad: _____ Duración: _____

Nombre: _____ Cantidad: _____ Duración: _____

Nombre: _____ Cantidad: _____ Duración: _____

Otros fármacos: _____

Tratamiento psicológico actual:

Tipo de terapia psicológica: _____

Tratamientos farmacológicos anteriores:

Nombre: _____ Cantidad: _____ Duración: _____

Nombre: _____ Cantidad: _____ Duración: _____

Nombre: _____ Cantidad: _____ Duración: _____

Tratamientos psicológicos anteriores:

Tipo de terapia psicológica: _____

Diagnóstico relacionado con sustancias (DMS/CIE)

Diagnóstico de patología dual: Si No ¿Cuál? _____

Inicio del trastorno dual: _____

Diagnóstico Trastorno por consumo de sustancias: Abuso Dependencia

Sustancia principal: _____

Otras sustancias: _____

Tiempo de abstinencia: _____

Recaídas: Si No Número de recaídas: _____

Problemas legales: Si No Tipo: _____

Problemas familiares: Si No Tipo: _____

Problemas laborales: Si No Tipo: _____

Tratamiento farmacológico actual:

Nombre: _____ Cantidad: _____ Duración: _____

Nombre: _____ Cantidad: _____ Duración: _____

Nombre: _____ Cantidad: _____ Duración: _____

Otros fármacos: _____

Tratamiento psicológico actual:

Tipo de terapia psicológica: _____

Tratamientos farmacológicos anteriores:

Nombre: _____ Cantidad: _____ Duración: _____

Nombre: _____ Cantidad: _____ Duración: _____

Nombre: _____ Cantidad: _____ Duración: _____

Tratamientos psicológicos anteriores:

Tipo de terapia psicológica: _____

4. HÁBITOS

CICLO SUEÑO-VIGILIA

Hora de levantarse: _____ Hora de acostarse: _____

Siesta: Si No Tiempo aproximado: _____

¿Cuántas horas aproximadamente duerme al día? _____

CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS

¿Consumo de nicotina? Si No Cantidad de cigarros/día: _____

Tiempo que hace que es fumador: _____

¿Consumo de café? Si No Cantidad de cafés/día: _____

¿Consumo de te? Si No Cantidad de te/día: _____

¿Consumo de cafeína? Si No Cantidad de coca-cola/día: _____

¿Consumo de alguna otra sustancia? _____

5. IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL (ICG)

Gravedad de la enfermedad en la actualidad

0. No evaluado

1. Normal, ningún trastorno

2. Al límite de la enfermedad

3. Levemente enfermo

4. Moderadamente enfermo

5. Marcadamente enfermo

6. Gravemente enfermo

7. Extremadamente enfermo

11.2. ANEXO 2. Consentimiento informado

Proyecto de investigación: “Ritmicidad circadiana, rendimiento cognitivo y personalidad en pacientes con patología dual”

Apreciado/a sr/a,

Solicitamos su colaboración para participar en el proyecto de investigación “Ritmicidad circadiana, rendimiento cognitivo y personalidad en pacientes con patología dual”, perteneciente al Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona. Para considerar su participación es necesario que lea atentamente la siguiente información y nos plantee todas las cuestiones que crea necesarias.

Justificación/Objetivo

El objetivo de este estudio es el de profundizar en el conocimiento de las posibles características de funcionamiento rítmico, de rendimiento neuropsicológico y de rasgos de personalidad que se hallan presentes en los pacientes con patología dual. Los resultados podrán utilizarse para mejorar los abordajes tanto de prevención como de tratamiento de dichos pacientes.

¿En qué consiste su participación en el estudio?

En el transcurso del tratamiento o de la asistencia que recibe, se incluirán 3 o 4 días de exploración por parte de un profesional de la salud mental. En estas sesiones se le pasarán 8 cuestionarios que consisten en que le hagan algunas preguntas sobre su forma de pensar o actuar, así como el estado actual en el que se encuentra.

También deberá realizar 9 tareas de rendimiento, algunas de ellas presentadas en el ordenador y otras que se las pasará el profesional. El tercer día de exploración se le colocará un muñequera que lleva incorporado un aparato de registro de la temperatura corporal periférica y que llevará durante dos días sin que ello le impida realizar todas

sus actividades habituales (para ducharse puede colocar una bolsa de plástico por encima) y que devolverá el último día de exploración.

Se prevé que las sesiones de exploración duren entre 2,30 y 3h., dependiendo de la rapidez con la que se responda o ejecuten las tareas. Por último, se le recogerá una muestra de saliva de primera hora de la mañana para efectuar una determinación endocrina (melatonina) coincidiendo con una de las visitas programadas en su Centro de Salud Mental o unidad de referencia para el estudio. Las muestras de saliva sólo se utilizarán para la medición de sus niveles de melatonina.

Beneficios

El hecho de participar en el estudio no implica ningún beneficio directo o inmediato para Ud., pero permitirá mejorar su evaluación e incorporar mejoras en la atención no sólo a su persona sino a todas las personas afectadas por esta patología.

Compromiso de confidencialidad

Toda la información sobre usted y su enfermedad será tratada de forma confidencial y sólo podrán tener acceso a ella los profesionales responsables de su atención relacionados con el presente estudio.

De conformidad con lo que establece la **L.O. 15/1999, de 13 Diciembre y de Protección de Datos de Carácter Personal (artículo 3, punto 6 del Real Decreto 223/2004)**, declaro haber sido informado:

1. De la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información.
2. De la identidad y dirección del responsable del fichero de datos.
3. De la disponibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación y oposición dirigiéndome por escrito al titular del fichero de datos.

Voluntariedad

La participación en este estudio es totalmente voluntaria y se puede retirar de él en cualquier momento sin que deba dar explicaciones a nadie.

Más información

Si desea más información sobre este proyecto puede solicitarla a los profesionales de este estudio.

Consentimiento informado del paciente para participar en el estudio “Ritmicidad circadiana, rendimiento cognitivo y personalidad en pacientes con patología dual”

El sr/sra. (nombre y apellidos)
accedo a participar en la investigación “Ritmicidad circadiana, rendimiento cognitivo y personalidad en pacientes con patología dual” y declaro que:

1. He recibido y comprendido la información sobre el estudio en el que me proponen participar.
2. He recibido una hoja informativa que explica las características del estudio.
3. He sido informado de los riesgos y beneficios derivados de la participación.
4. Soy consciente de que la participación es voluntaria y que puedo retirarme cuando lo desee sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

De conformidad con lo que establece la **L.O. 15/1999, de 13 Diciembre y de Protección de Datos de Carácter Personal (artículo 3, punto 6 del Real Decreto 223/2004)**, declaro haber sido informado:

1. De la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información.
2. De la identidad y dirección del responsable del fichero de datos.

3. De la disponibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación y oposición dirigiéndome por escrito al titular del fichero de datos.

Y consiento que los datos clínicos referentes a mi enfermedad sean almacenados en un fichero automatizado, cuya información podrá ser manejada exclusivamente para fines científicos y referentes a este estudio. Y he expresado estar de acuerdo en participar en el estudio.

(Firma del paciente)

(Firma del investigador)

En, _____, _____ de _____ de 201

Anexo 3. Artículo publicado

11.3. ANEXO 3. Artículo publicado