



Comparación del perfil psicopatológico y adictivo de dos muestras de adictos en tratamiento: en prisión y en comunidad terapéutica

María José Casares-López (*Universidad de Oviedo, España*),
Ana González-Menéndez¹ (*Universidad de Oviedo, España*),
Mercedes Torres-Lobo (*Comunidad Terapéutica “El Valle”, España*),
Roberto Secades-Villa (*Universidad de Oviedo, España*),
José Ramón Fernández-Hermida (*Universidad de Oviedo, España*) y
María del Mar Álvarez (*Comunidad Terapéutica “El Valle”, España*)

RESUMEN. El objetivo del estudio descriptivo fue analizar diferencias entre reclusos ingresados en una unidad terapéutica intra-penitenciaria y pacientes de una comunidad terapéutica tanto en las áreas que mide el EuropASI como respecto al perfil psicopatológico. Se pretende, también elaborar un perfil de usuario para cada uno de los grupos con las características psicosociales de estos pacientes. La muestra se compuso de 174 pacientes que ingresaron en ambos recursos asistenciales durante el año 2006. Los resultados muestran que, en general, los usuarios del programa intra-penitenciario presentan un perfil de gravedad mayor en prácticamente todas las áreas evaluadas por el EuropASI, así como un número mayor de problemas asociados. El estado psicológico también aparece mucho más afectado en los toxicómanos ingresados en prisión, dado que el porcentaje de ellos con trastornos de personalidad es mucho mayor que en la comunidad terapéutica. Esto es así en todas las escalas del test MCMI-II, alcanzando significación estadística en 17 de las 22 escalas. Se discuten las implicaciones clínicas de los resultados.

PALABRAS CLAVE. Patología dual. Comunidad terapéutica. Prisión. Perfil de gravedad de la adicción. Estudio descriptivo mediante encuesta.

¹ Correspondencia: Facultad de Psicología. Plaza Feijoo, s/n. 33003 Oviedo (España). E-mail: anagon@uniovi.es

ABSTRACT. The goal of this descriptive study was to analyze the differences between patients in a therapeutic community and inmates in a drug free unit in prison in several areas measured by the EuropASI test. It was also intended to develop a user profile for each of the groups, with the psychosocial characteristics of these patients as well as the psychopathological profile. The sample was made up of 174 patients and inmates who requested treatment for drug addiction during 2006 at one Therapeutic Community and at a Drug Free Unit in a prison. The results show that, in general, the drug free program users present greater severity in the areas measured by the EuropASI and suffer more problems than external program users. The psychiatric state of the incarcerated patients also seems much more affected than the others, since the percentage of prisoners with personality disorders is much greater than in the therapeutic community at all scales of the MCMI-II test, reaching statistical significance in 17 of the 22 scales. The results are discussed and the clinical implications of them analyzed.

KEYWORDS. Dual diagnosis. Therapeutic community. Prison. Addiction severity index. Survey descriptive study.

La última encuesta estatal sobre salud y consumo de drogas a los internados en instituciones penitenciarias (ESDIP) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006), que analiza los cuestionarios realizados a 4.934 internos de los 61.054 reclusos internados en las cárceles españolas, arroja un perfil en el que la mayoría de los reclusos son varones jóvenes (el 40% tiene menos de 40 años), con carencias socioeconómicas notables y con un nivel de estudios y una cualificación profesional prácticamente inexistentes. El consumo de drogas antes de entrar en prisión también es una realidad palpable en una elevada proporción de reclusos. En el año previo al ingreso, el 46,6% había consumido cannabis, el 44,8% cocaína y el 27,1% heroína. El 42% de los reclusos había consumido heroína alguna vez en la vida y el 59% cocaína, lo que en términos absolutos representa una cifra de 36.000 y 26.000 internos con consumos previos de heroína y cocaína, respectivamente. Al mismo tiempo, la presencia de trastornos de la personalidad en personas con problemas de consumo de drogas se ha convertido recientemente en un tema de interés no sólo por la alta prevalencia de estos problemas sino también por la necesidad de tenerlo en cuenta en el momento de organizar y estructurar la intervención. Sin embargo, esta variable se ha obviado en la mayoría de investigaciones anteriores realizadas en los centros penitenciarios de nuestro país.

Numerosos estudios corroboran la elevada ocurrencia de psicopatología concomitante en sujetos adictos (Nocon, Berge, Astals, Martín-Santos y Torrens, 2007; Sánchez, Tomás y Morales, 2000; Schneider *et al.*, 2001; Schulte, Meier, Stirling y Berry, 2008), y muchos de ellos se centran en tratar de establecer la prevalencia específica de los trastornos de personalidad en personas toxicómanas (Cervera, Valderrama, Bolinches, Salazar y Martínez, 1999; Pirkis, 2004; Sánchez, Tomás y Climent, 1999). Algunos trabajos han puesto de manifiesto que la presencia de psicopatología asociada es un factor de

mal pronóstico en los tratamientos para el abuso de sustancias (Kranzler, Del Boca y Rounsaville, 1996), y el pronóstico se ensombrece más aún cuando el trastorno comórbido es un trastorno de personalidad (Hunter *et al.*, 2000; McMahon y Enders, 2009; Van den Bosch y Verheul, 2007; Wölver, Burtscheid, Redner, Schwartz y Gaebel, 2001). En España, los resultados del estudio de Fernández-Montalvo *et al.* (2004) señalaron que tres de cada cuatro ingresados en una Comunidad Terapéutica (el 76,5%) presentaba, al menos, un trastorno de personalidad, siendo el más frecuente el trastorno antisocial que llegó a observarse en el 42,9% de los pacientes estudiados. Los estudios internacionales corroboran estos datos y señalan que los trastornos de personalidad más diagnosticados entre consumidores de drogas son, en primer lugar, el límite y el antisocial, seguidos del trastorno por evitación, del pasivo-agresivo y del trastorno obsesivo-compulsivo (San, 2004; Skinstad y Swain, 2001).

Stinson *et al.* (2005) también señalaron cómo el 44% de las personas con trastornos por consumo de sustancias presentaba un trastorno de personalidad comórbido y en el *Epidemiological Catchment Area (ECA)* del *National Institute of Mental Health* de Estados Unidos, realizado con 20.291 participantes, se observó que el 42,7% de sujetos con abuso o dependencia de la cocaína cumplía los criterios diagnósticos para el trastorno de personalidad antisocial. En el caso de los consumidores de heroína, la prevalencia se situó en torno al 37% en los de cannabis en un 14,7% y en el caso de los consumidores de alcohol en un 14,3% (Regier *et al.*, 1990). Para Weiss, Mirin, Griffin, Gunderson y Hufford (1993) el 74% de los consumidores de cocaína en tratamiento presentaba al menos un trastorno de personalidad, y el 69% de estos se mantenía en el diagnóstico incluso tras largos períodos de abstinencia.

El volumen de estudios que se ocupa de la valoración de este fenómeno en población penitenciaria es más reducido. Butler *et al.* (2006) evaluaron el estado psicopatológico de 916 reclusos ingresados en el sistema penitenciario australiano, utilizando como muestra de comparación los datos de la Encuesta Nacional Australiana de Salud Mental y Bienestar en población general ($N = 8.168$). En general, observaron que la prevalencia de patología dual ascendía hasta el 80% en las personas encarceladas, frente al 31% observado en la comunidad.

Con el propósito de analizar la asociación entre delincuencia y problemas psicológicos, Elonheimo *et al.* (2007) evaluaron una muestra de varones adolescentes compuesta por 2.712 personas. El estudio determinó, durante un período de 4 años de evaluación, que el 22% de los adolescentes había cometido al menos un acto delictivo que terminó en detención y que el 49% de los mismos también presentaba un trastorno psicopatológico asociado. Recientemente, Ortiz-Tallo, Cardenal, Blanca, Sánchez y Morales (2007) evaluaron las puntuaciones en el MCMI de 70 reclusos condenados por delitos violentos en nuestro país y encontraron una estrecha relación entre la comisión de estos delitos y la presencia de dos trastornos de personalidad: el antisocial y el dependiente.

Con todo, Butler *et al.* (2006) resaltaron la dificultad de realizar estimaciones sobre la salud mental en las personas encarceladas, dado que hasta la fecha existen muy pocos estudios que comparen el estatus psicopatológico de los toxicómanos que reci-

ben tratamiento en la comunidad con el de las personas encarceladas, al estar estos últimos generalmente excluidos de las encuestas basadas en la comunidad. Obviamente, la evaluación de los perfiles psicopatológico y adictivo al inicio del tratamiento debería redundar en la selección de estrategias de intervención adaptadas y particularizadas a cada caso (French, Salome, Sindelar y McLellan, 2002), algo que sin ninguna duda optimizaría los resultados de los tratamientos disponibles.

Así las cosas y de acuerdo a la línea de investigación planteada por Butler *et al.* (2006), el principal objetivo de este estudio descriptivo (Montero y León, 2007), redactado según las normas establecidas por Ramos-Álvarez, Moreno-Fernández, Valdés-Conroy y Catena (2008), fue comparar el perfil adictivo y psicopatológico en dos muestras de adictos en tratamiento en contextos diferentes: la prisión y la comunidad.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 174 varones toxicómanos que comenzaron a recibir tratamiento para sus problemas adictivos durante el año 2006. De éstos, 85 fueron sujetos encarcelados que ingresaron por vez primera en una unidad libre de drogas intra-penitenciaria, conocida con el nombre de Unidad Terapéutica y Educativa (UTE) y ubicada en el Establecimiento Penitenciario (CP) de Villabona (Asturias, España). El resto de la muestra estuvo formada por 89 sujetos que comenzaron un tratamiento en la Comunidad Terapéutica (CT) asturiana “El Valle” (APTAS). Los criterios de inclusión en el estudio fueron ser varón, mayor de edad e ingresar por primera vez en la UTE del CP de Villabona (en el caso de los reclusos) o, en el caso de la CT, ingresar en el programa durante el año de duración del estudio. La mayoría de los participantes ingresaron voluntariamente en ambos programas. Cuatro sujetos del subgrupo de la CT extra-penitenciaria acudieron a tratamiento como medida alternativa a prisión, con lo que su ingreso no fue voluntario. El ingreso del resto de participantes fue voluntario en todos los casos.

La media de edad del total de la muestra era de 33,79 años ($DT = 7,9$), con un rango entre 18 y 53 años. La mayoría eran solteros, policonsumidores y con antecedentes delictivos. En general, o bien no trabajaban, o lo habían hecho en empleos sin cualificar. Aunque el 74,4 % tenía estudios primarios, la mayoría no había alcanzado el Graduado Escolar. Una única persona incluida en el subgrupo de la CT, tenía estudios universitarios. Respecto al estado de salud de la muestra, un alto porcentaje recibía tratamiento para distintos tipos de enfermedades crónicas (52,9%), y en menor medida, medicación psiquiátrica (36,2%). Otras características sociodemográficas de la muestra pueden observarse en la Tabla 1.

TABLA 1. Características sociodemográficas de la muestra.

<i>Datos sociodemográficos</i>	<i>Total (N = 108)</i>	<i>UTE (n = 85)</i>	<i>C.T. (n = 87)</i>
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>
Edad	33,7 (7,9)	31,9 (8,4)	35,5 (7,1)
Número de cargos que resultaron en condena	3,3 (8,3)	5,5 (11)	1,1 (3,2)
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Estado civil			
Soltero	98 (56,6)	46 (54,1)	52 (59,1)
Casado	24 (13,9)	18 (21,2)	6 (6,8)
Separado/divorciado	44 (25,5)	17 (20)	27 (30,7)
En pareja	6 (3,5)	4 (4,7)	2 (2,3)
Viudo	1 (0,6)	0	1 (1,1)
Estudios			
Primarios	125 (74,4)	74 (91,4)	51 (58,6)
Bachiller	31 (18,5)	7 (8,6)	24 (27,6)
Técnicos (FP-II)	11 (6,5)	0	11 (12,6)
Universidad	1 (0,6)	0	1 (1,1)
Patrón empleo (vida)			
Desempleado	18 (10,5)	7 (8,2)	11 (12,6)
Empleo sin cualificar	92 (53,5)	42 (49,4)	50 (57,5)
Profesional por cuenta ajena	58 (33,7)	35 (41,2)	23 (26,4)
Profesional por cuenta propia	2 (1,2)	1 (1,2)	1 (1,1)
Profesional liberal	2 (1,2)	0	2 (2,3)
Otros datos de interés			
Problemas médicos crónicos	83 (47,7)	43 (50,6)	40 (44,9)
Tratamiento farmacológico			
Médico	92 (52,9)	22 (25,9)	70 (78,7)
Psiquiátrico	63 (36,2)	42 (49,4)	21 (23,6)
Sustancia de consumo principal			
Heroína	12 (6,9)	8 (9,4)	4 (4,5)
Cocaína	33 (19,9)	21 (24,7)	12 (13,5)
Alcohol	20 (11,5)	9 (10,6)	11 (12,4)
Cannabis	3 (1,7)	3 (3,5)	0
Policonsumidor	93 (53,4)	37 (43,5)	56 (62,9)
Heroína y cocaína (mezcla)	13 (7,5)	7 (8,2)	6 (6,7)

NOTA. UTE: Unidad Terapéutica y Educativa; CT: Comunidad Terapéutica.

Instrumentos

- Versión europea del *Addiction Severity Index (EuropASI)*; Kokkevi y Hartgers, 1995) (Versión española realizada por Bobes, González, Sáiz y Bousoño, 1996). Es una entrevista semiestructurada cuyo propósito es recoger de forma estandarizada información relevante sobre aspectos de la vida del paciente, que pudieran haber contribuido a su proceso de abuso-dependencia de alcohol y otras drogas. Dicha entrevista explora las siguientes áreas: situación médica, empleo y soportes, uso de alcohol, uso de drogas, situación legal, relaciones familiares y sociales, estado psiquiátrico. En cada una de las áreas, el entrevista-

dor, teniendo en cuenta la impresión subjetiva del paciente, establece un índice de gravedad que oscila entre 0 (*No existe problema real, el tratamiento no está indicado*) y 9 (*Problema extremo, el tratamiento es absolutamente necesario*). En el contexto del *EuropASI* se define gravedad como la necesidad de tratamiento en el caso de que éste no exista o como la implementación de tratamiento adicional. En definitiva, esta entrevista proporciona un perfil con la gravedad que el paciente presenta en cada una de las áreas exploradas. Las propiedades psicométricas del *ASI* han sido contrastadas en numerosos estudios (Chermack *et al.*, 2000; Leonhard, Mulvey, Gastfriend y Shwartz, 2000; Scheurich *et al.*, 2000) por lo que se puede afirmar que se trata de un instrumento válido y fiable.

- El Inventario Multiaxial de Millon (MCMI-II; Millon, 1997). Se trata de un cuestionario clínico autoaplicado de evaluación de la personalidad y de distintos síndromes clínicos. Está compuesto por 175 ítem de respuesta dicotómica (*Verdadero / Falso*), que proporcionan información sobre diez escalas básicas de personalidad (*Esquizoide, Fóbica, Dependiente, Histriónica, Narcisista, Anti-social, Agresivo-sádica, Compulsiva, Pasivo-agresiva y Autodestructiva*), tres escalas de personalidad patológica (*Esquizoide, Límite y Paranoide*), seis síndromes clínicos de gravedad moderada (*Ansiedad, Histeriforme, Hipomanía, Distimia, Abuso de alcohol y Abuso de drogas*) y tres síndromes clínicos de gravedad severa (*Pensamiento psicótico, Depresión mayor y Trastorno delirante*). Además, consta de escalas de control en cuanto a la *Validez, Alteración, Sinceridad y Deseabilidad*. Una puntuación Tasa base (TB) > 74 indica sospecha de presencia de un trastorno y una TB > 84 indica sospecha de presencia y gravedad de dicho trastorno. Ante la falta de acuerdo entre estudios con respecto al punto de corte utilizado para el diagnóstico de un trastorno de personalidad en el MCMI-II (tasa base de 75 o de 85), hemos optado por el criterio propuesto por el propio Millon (1998, 1999) al tomar en todas las escalas la puntuación de TB > 74 como la línea de corte superior que correspondería al porcentaje de pacientes que presentaban algún trastorno.

Procedimiento

Tras un primer contacto con los sujetos en los que se les realizó una breve entrevista para recabar información demográfica y que coincidió con su primer día de ingreso en tratamiento, se les administró el *EuropASI*. Con el propósito de eliminar la sintomatología abstinencial (Millon, 1997), la administración del MCMI-II tuvo lugar al cabo de entre uno y dos meses tras el ingreso. Ambos cuestionarios fueron administrados por psicólogos entrenados y familiarizados con las pruebas empleadas y en todos los casos se contó con el consentimiento informado de los pacientes. El tiempo de aplicación, que varió en función del estado de cada paciente, duró entre una y dos horas.

Para la evaluación de la gravedad de la adicción se tomó como criterio la otorgada por el entrevistador. Este índice proporciona una valoración de la gravedad entendida como ‘necesidad de tratamiento adicional’, en cada una de las áreas comúnmente

relacionadas con el consumo de drogas. La gravedad de cada una de las dimensiones medidas por el *EuropASI* se puntúa de forma individual e independiente a través de la combinación de ítems objetivos y subjetivos ubicados en cada escala. De este modo, para cada dimensión es posible calcular una puntuación VGE ('Valoración de la Gravedad por el Entrevistador') que deriva de una valoración clínica global que hace el entrevistador sobre la gravedad o nivel de deterioro del paciente en un área determinada y que es evaluado a través de una escala con rango de 0 a 9. Para la determinación de esta puntuación VGE, el entrevistador ha de seguir un procedimiento sistemático y estandarizado. La versión del *EuropASI* y la Guía-Manual de Entrenamiento y Administración de la misma utilizados en este estudio se corresponden con la adaptación coordinada por investigadores españoles (Bobes *et al.*, 1996). Se ha optado por la utilización de estas puntuaciones en lugar de los *composite scores* dado que la falta de adaptación del instrumento al contexto penitenciario nos impide obtener informaciones correctas de los ítems relativos al período temporal del último mes (la situación de privación de libertad de los internos de la UTE impide valorar, por ejemplo, la situación laboral y la familiar en ese período temporal).

Análisis de datos

En primer lugar se ha realizado un estudio descriptivo de las variables cuantitativas (edad, número de cargos judiciales, puntuaciones del perfil de gravedad de la adicción, etc.) donde se examinaron la media, desviación típica y correlaciones para el total de la muestra. Con posterioridad, se abundó en este análisis en función de la categoría "grupo de pertenencia" (pacientes de la CT o reclusos de la UTE).

Se han cruzado todas las variables cualitativas de dos en dos para averiguar si se trataba de variables estadísticamente independientes o no haciendo uso de tablas de Contingencia. En ellas, observamos las frecuencias observadas para cada nivel de una variable en el conjunto de todos los niveles de la otra variable y también las habidas en el cruce de categorías de ambas variables. Se observaron los residuos tipificados para comparar la relación entre distintas categorías. Para poner a prueba la hipótesis nula de la independencia aplicamos la prueba χ^2 de Pearson y la razón de verosimilitud χ^2 cuando las variables tenían categorías diferentes; y la corrección de Yates cuando ambas variables tenían dos categorías.

Por último, para observar las diferencias entre grupos en función de las variables de clasificación iniciales se realizaron tablas de contingencia. Para examinar la existencia o no de diferencias con respecto a las variables cuantitativas, en primer lugar se observó tanto la homocedasticidad (prueba *F* de Levene) como la adecuación a la normalidad. Cuando los supuestos resultaron satisfactorios se analizaron las diferencias entre ambos grupos con el estadístico paramétrico *t* de Student. En caso contrario se utilizó un estadístico no paramétrico (*U* de Mann-Whitney) cuando no fue pertinente usar pruebas paramétricas, en general porque la muestra no satisfacía los supuestos de normalidad, homogeneidad, etc. El análisis de los datos fue realizado con el paquete estadístico SPSS (v.15.0).

Resultados

Área de salud

Un alto porcentaje de personas del conjunto de la muestra padecían algún problema médico crónico. Existen diferencias estadísticamente significativas en el número de personas infectadas por el virus del VIH ($\chi^2 = 15,10$; $p = 0,02$), siendo mayor en la CT que en la UTE, aunque debe señalarse que uno de los requerimientos de ingreso en la CT suponía la realización previa de ciertos exámenes médicos (prueba VIH, Mantoux, etc.). Este requerimiento no existía en la unidad intra-penitenciaria en el momento del estudio. Asimismo, el porcentaje de sujetos que siguen medicación para algún problema físico es mayor en la CT (78,7%) que en el módulo terapéutico de Villabona (25,9%). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($\chi^2 = 48,58$; $p < 0,001$).

TABLA 2. Comparación en áreas EuroASI.

<i>Puntuaciones en Área Situación Médica</i>			
Variable	n, %		Comparación Entre grupos
	UTE	UTE	
Problema médico crónico	43 (50,6)	40 (44,9)	$\chi^2 = 0,55$; $p = 0,45$
Ha dado positivo en VIH	8 (11,8)	14 (15,7)	$\chi^2 = 15,1$; $p = 0,02$
Toma medicación prescrita para un problema médico	22 (25,9)	70 (78,7)	$\chi^2 = 48,5$; $p < 0,001$
<i>Puntuaciones en Área Empleo/Soportes</i>			
Nivel de estudios:			
Primarios	78 (91,8)	52 (59,1)	$\chi^2 = 14$; $p < 0,001$
Bachiller	7 (8,2)	24 (27,3)	
Técnicos- Universidad	0	12 (13,6)	
Ocupación habitual:			
Desempleado	7 (8,2)	11 (12,6)	$\chi^2 = 4$; $p = 0,13$
Empleo sin cualificar	42 (49,4)	50 (57,5)	
Profesional por cuenta ajena	35 (41,2)	23 (26,4)	
Profesional por cuenta propia	1 (1,2)	1 (1,1)	
Profesional liberal	0	2 (2,3)	
Patrón de empleo en los últimos 3 años:			
Desempleado	7 (8,2)	10 (11,5)	$\chi^2 = 4,2$; $p = 0,12$
Tiempo completo	56 (65,9)	37 (42,5)	
Tiempo parcial	17 (20)	22 (25,3)	
Estudiante	1 (1,2)	0	
Retirado/Invalidez	2 (2,4)	16 (18,4)	
Ambiente protegido (centro, prisión)	2 (2,4)	2 (2,3)	
Fuente de ingresos:			
Empleo- subsidio paro	16 (16,5)	19 (12,4)	$\chi^2 = 21,8$; $p = 0,001$
Ayuda Social	10 (11,8)	4 (4,5)	
Pensión o seguridad social	7 (8,2)	31 (38,4)	
Familiares, compañeros...	44 (51,8)	28 (31,5)	
Ilegal/otros	8 (9,5)	5 (5,6)	
<i>Puntuaciones en Área Relaciones Familiares</i>			
Estado civil:			
Soltero	46 (54,1)	52 (59,8)	$\chi^2 = 7,9$; $p = 0,02$
Casado o en pareja	21 (24,7)	8 (9,2)	
Separado/divorciado	18 (21,2)	27 (31)	
Viudo	0	1 (1,1)	

Área de empleo/soportes

En el dominio social y laboral, las diferencias entre ambos subgrupos se ven incrementadas. Aparecen diferencias significativas en el nivel de estudios, donde se comprueba que los ingresados en la CT tienen un nivel de estudios superior, relacionado con un mayor número de años de escolarización. No existen diferencias entre grupos respecto al patrón de empleo anterior, donde la mayoría de usuarios de ambos grupos había trabajado antes a tiempo completo. Sí se observaron, en cambio, diferencias estadísticamente significativas tanto respecto a la fuente de ingresos que reciben como al número de personas que dependían de ellos por razones de manutención, alojamiento, etc. Por ejemplo, el 51,8 % de los reclusos tienen como principal fuente de ingresos el dinero que les llega de familia o amigos. En cambio, la fuente principal de ingresos para las personas que componen la CT de ingreso en la CT es el cobro de una pensión estatal. Respecto al número de personas dependientes de los usuarios evaluados, se ha observado que si bien la mayoría no están en esta situación, es en la UTE intra-penitenciaria donde un mayor número de sujetos tiene a alguien a su cargo.

Área familiar/social

La población ingresada en la comunidad terapéutica externa tiene más antecedentes familiares de uso de alcohol (un 79,4% tienen al menos uno) que la población ingresada en la UTE. Estas diferencias entre grupos fueron estadísticamente significativas. La historia de antecedentes psiquiátricos es, por el contrario, similar entre ambos subgrupos. Lo mismo puede decirse respecto al consumo de otras drogas (excluido el alcohol). Estos datos se detallan anteriormente en la Tabla 2.

Área psicológica

El estado de salud mental evaluado por el *EuropASI* se refiere a preguntas relativas tanto al último mes como a lo largo de la vida. Estos resultados se detallan en la Tabla 3. Se observan diferencias en la ideación y los intentos suicidas, siendo superiores en la muestra penitenciaria. También en este grupo se refieren más problemas para controlar las conductas violentas y en el que se observa cómo un número mayor de personas están utilizando tratamiento psiquiátrico para distintas patologías. Más específicamente, 22 internos del centro penitenciario, frente a tan sólo 5 pacientes de la comunidad terapéutica, habían realizado alguna tentativa suicida a lo largo de la vida, con una media cercana a 2 intentos/interno. Sin embargo, existe un mayor porcentaje de sujetos en la comunidad que declaran haber pensado seriamente en suicidarse (64%), mientras que en prisión el 35,5% del grupo estudiado refiere esta ideación. A lo largo de la vida, la muestra total ha manifestado que prácticamente una de cada cuatro personas ha experimentado alucinaciones sin estar bajo los efectos de las sustancias de consumo. Si bien este dato pueda llamar la atención, tal vez se vea incrementado por la dificultad de los sujetos para diferenciar si sus visiones o audiciones inexistentes, se produjeron bajo un estado de síndrome de abstinencia o de consumo prolongado. Cabría señalar también que el número de tratamientos recibidos para sus problemas psiquiátricos es significativamente mayor para los ingresados en la CT que para los usuarios encarcelados ($p < 0,001$).

TABLA 3. Estado psicológico subjetivo proporcionado mediante *EuropASI*.
Percepción del estado psicológico.

<i>Percepción del estado psicológico</i>						
Variable	Último mes			A lo largo de la vida		
	Porcentaje		Comparación	Porcentaje		Comparación
	UTE <i>n</i> (%)	CT <i>n</i> (%)		UTE <i>n</i> (%)	CT <i>n</i> (%)	
Depresión mayor	35 (41,1)	42 (47,2)	$\chi^2 = 0,6$; $p = 0,24$	66 (77,6)	63 (70,8)	$\chi^2 = 1$; $p = 0,30$
Ansiedad o tensión severa	41 (48,2)	43 (48,3)	$\chi^2 = 0,0$; $p = 0,99$	63 (7,11)	61 (69,7)	$\chi^2 = 0,6$; $p = 0,41$
Problemas para comprender/ recordar	40 (47,1)	46 (51,7)	$\chi^2 = 0,3$; $p = 0,54$	54 (63,5)	61 (68,5)	$\chi^2 = 0,4$; $p = 0,48$
Alucinaciones	3 (3,5)	7 (7,9)	$\chi^2 = 1,5$; $p = 0,22$	18 (21,2)	23 (25,8)	$\chi^2 = 0,5$; $p = 0,46$
Problemas para controlar conductas violentas	16 (18,8)	7 (7,9)	$\chi^2 = 4,5$; $p = 0,03$	45 (52,9)	23 (25,8)	$\chi^2 = 13,4$; $p < 0,001$
Medicación por problemas psiquiátricos	42 (49,4)	21 (23,6)	$\chi^2 = 12,5$; $p < 0,001$	47 (55,3)	45 (50,6)	$\chi^2 = 0,3$; $p = 0,53$
Ideación suicida	12 (14,1)	50 (56,2)	$\chi^2 = 32,7$; $p < 0,001$	32 (37,6)	57 (64)	$\chi^2 = 12,6$; $p = 0,002$
Otros datos						
Variable		UTE <i>n</i> (M)		CT <i>n</i> (M)		Significación
Intentos suicidas último mes		4		0		
Intentos suicidas a lo largo de la vida		22 (1,8)		5 (1)		$p = 0,18$
Tratamientos hospitalarios problemas psiquiátricos a lo largo de la vida		0,32 (0,8)		2,70 (3,1)		$p < 0,001$
Tratamientos ambulatorios problemas psiquiátricos a lo largo de la vida		1,21 (2,9)		3,72 (3,0)		$p < 0,001$

Área uso y abuso de sustancias

En la Tabla 4 se presentan datos sobre del patrón de consumo de los dos grupos que conforman este estudio. Realizando la comparación con el estadístico Chi cuadrado, vemos que hay diferencias estadísticamente significativas en la sustancia de abuso principal. La distribución es la siguiente: el 43,5% de los sujetos de la unidad terapéutica del centro penitenciario son poliadictos (consumen más de tres drogas), seguidos por el 24,7% que consumen cocaína, y ya en menor proporción les siguen los consumidores de alcohol, heroína, heroína mezclada con cocaína y por último cannabis solamente. Sin embargo, en la comunidad terapéutica son más los considerados policonsumidores (62,9%) seguidos por cocaína (13,5%), alcohol (12,6%), y se cambia el orden del consumo de *speedball*, siendo un poco más alto el porcentaje que consumen la combina-

ción de heroína más cocaína, que quienes consumen sólo heroína (6,7% y 4,5%, respectivamente).

TABLA 4. Diferencias en historia y patrón de consumo de sustancias psicoactivas.

<i>Historia de consumo</i>			
Sustancias de abuso principal	Porcentaje		Comparación
	UTE <i>n</i> (%)	CT <i>n</i> (%)	
Alcohol grandes dosis	7 (9,2)	11 (12,3)	$\chi^2 = 11,4; p = 0,04$
Heroína	8 (10,5)	4 (4,5)	
Cocaína	18 (23,7)	12 (13,5)	
Cannabis	3 (3,9)	0	
Heroína y cocaína	7 (9,2)	6 (6,7)	
Policonsumidor (3 ó más)	33 (43,4)	56 (62,9)	
Variable	Media		Comparación
	UTE <i>M</i> (<i>DT</i>)	CT <i>M</i> (<i>DT</i>)	
Meses abstinencia sustancia de consumo	9,7 (24,2)	13 (41,9)	$p = 0,52$
Veces <i>delirium tremens</i>	0,2 (1,1)	0,2 (0,7)	$p = 0,62$
Veces sobredosis por drogas	0,9 (1,8)	0,6 (1,5)	$p = 0,52$
Tratamientos residenciales para abuso drogas-alcohol	0,6 (1,0)	0 (0)	$p < 0,001$
Tratamientos ambulatorios para abuso drogas-alcohol	1,6 (0,4)	1,2 (0,4)	$p < 0,001$

Como vemos, no existen diferencias importantes respecto a los meses de abstinencia, ni respecto al número de veces en que el consumo abusivo haya desencadenado un *delirium tremens* o una sobredosis. Las diferencias se observan respecto al número de tratamientos que han recibido para el abuso de drogas y alcohol, con una proporción mayor de recursos recibidos por los internados en prisión frente a la muestra comunitaria.

Índices de gravedad en las diferentes áreas del EuropASI

La evaluación de las dimensiones medidas por el EuropASI se ha realizado de acuerdo a la puntuación de Valoración de la Gravedad por el Entrevistador (VGE), que oscila de 0 (*Ninguna necesidad de tratamiento adicional*) a 9 (*Máxima necesidad, necesidad imperiosa*). A continuación se presentan las medias y desviaciones típicas de cada grupo, así como la comparación entre ambos grupos a nivel inicial.

TABLA 5. Diferencias en puntuación gravedad evaluador.

<i>Perfil gravedad otorgado por el evaluador</i>			
Áreas perfil de gravedad	Cárcel	C.T.	Comparación
	M (DT)	M (DT)	
Necesidad de tratamiento médico	5,2 (3,6)	3,4 (3,4)	$U_{MW} = 811$ ($p = 0,001$)
Necesidad de asesoramiento para el empleo	6,8 (1,8)	3,4 (3,5)	$U_{MW} = 811$ ($p = 0,40$)
Necesidad del paciente de servicios legales o asesoramiento	9 (0)	2,2 (2,9)	$U_{MW} = 212,5$ ($p < 0,001$)
Necesidad de asesoramiento familiar	6,8 (2,6)	6 (1,9)	$U_{MW} = 2.201$ ($p < 0,001$)
Necesidad de tratamiento psiquiátrico o psicológico	6,8 (2,8)	6,7 (1,5)	$U_{MW} = 2.831$ ($p = 0,009$)
Necesidad de tratamiento para el alcohol	3,2 (3,8)	7,1 (2,5)	$U_{MW} = 1.552$ ($p < 0,001$)
Necesidad de tratamiento para las drogas	7,5 (2,4)	8,5 (1,7)	$U_{MW} = 2.470$ ($p < 0,001$)

El perfil de gravedad en las áreas del *EuropASI* otorgado por el evaluador señala la presencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Se percibe una necesidad mayor de tratamiento médico, asesoramiento legal, familiar y social en el grupo formado por los reclusos de la unidad libre de drogas intra-penitenciaria. Por el contrario, la necesidad de tratamiento para el abuso de drogas y alcohol parece mayor en los pacientes de la comunidad terapéutica externa. Como podemos ver en la Tabla 5, las diferencias entre grupos fueron estadísticamente significativas en ambos casos.

Puntuaciones en el MCMI-II

Con respecto a los resultados obtenidos tras la aplicación del Inventario Clínico de Personalidad MCMI-II (Millon, 1997) se han obviado para el análisis los datos de varios sujetos, bien porque no fueron capaces de realizar el autoinforme clínico, o bien lo realizaron pero quedó posteriormente invalidado (12 ó más ítems no contestados o puntuaciones en la escala de *Validez* mayores de 1). Por consiguiente, los resultados se ofrecen para una muestra de 165 varones en tratamiento para toxicomanías, de los que 76 formaban parte de la unidad terapéutica intra-penitenciaria y 89 personas residían en la CT externa. Hemos utilizado como criterio para este *screening* una puntuación superior en la Tasa base de 75 para incluir a los sujetos como “caso patológico” o no (Millon, 1997).

TABLA 6. Diferencias en puntuaciones MCMI-II.

Categorías	Escalas diagnósticas	UTE (n = 76) n (%)	CT (n = 89) n (%)	Comparación	
Caso (Puntuación > 75)					
Patrones clínicos de personalidad	1	Esquizoide	15 (22,4)	11 (12,4)	n.s.
	2	Fóbica	20 (26,3)	15 (16,9)	n.s.
	3	Dependiente	32 (42,7)	10 (11,2)	$\chi^2 = 21,1; p < 0,001$
	4	Histriónica	14 (18,4)	8 (9)	n.s.
	5	Narcisista	19 (25)	9 (10,1)	$\chi^2 = 6,4; p = 0,01$
	6 A	Antisocial	36 (47,4)	20 (22,5)	$\chi^2 = 11,3; p = 0,001$
	6 B	Agresivo-sádica	13 (17,1)	13 (14,6)	n.s.
	7	Compulsiva	17 (22,4)	2 (2,2)	No factible
	8 A	Pasiva-agresiva	18 (23,7)	17 (19,1)	n.s.
	8 B	Autodestructiva	23 (30,3)	10 (11,2)	$\chi^2 = 0,9; p = 0,002$
Patología grave de personalidad	S	Esquizotípica	22 (28,9)	1 (1,1)	No factible
	C	Límite	18 (23,7)	6 (6,7)	
	P	Paranoide	19 (25)	3 (3,4)	
	A	Ansiedad	17 (23)	2 (2,2)	
Síndromes clínicos	H	Histeriforme	15 (20)	1 (1,1)	No factible
	N	Hipomanía	12 (15,8)	1 (1,1)	
	D	Distimia	12 (16,2)	2 (2,2)	
	B	Abuso del alcohol	37 (48,7)	28 (21,5)	$\chi^2 = 5; p = 0,02$
Síndromes graves	T	Abuso de drogas	38 (50)	13 (14,6)	$\chi^2 = 24; p < 0,001$
	SS	Pensamiento psicótico	20 (26,7)	3 (3,4)	No factible
	CC	Depresión mayor	17 (23)	1 (1,1)	
	PP	Trastorno delirante	30 (39,5)	8 (9)	$\chi^2 = 21,4; p < 0,001$

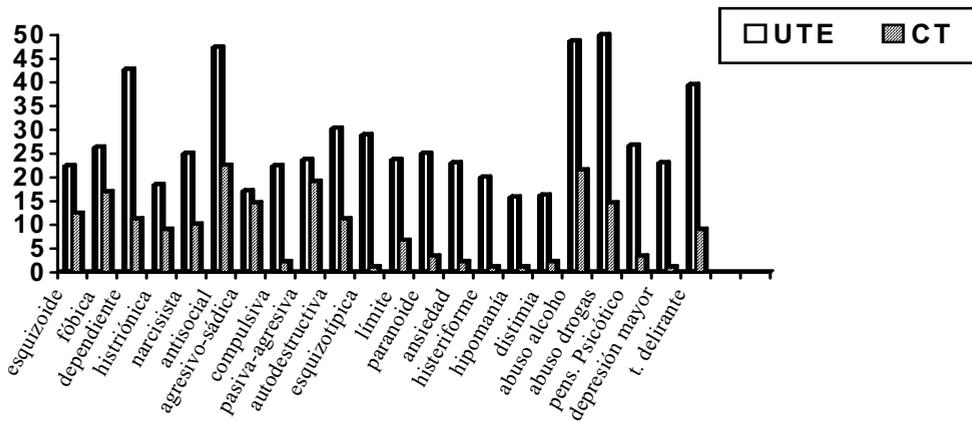
Como puede verse en la Tabla 6, el grupo de delincuentes penados presenta más rasgos de personalidad alterados, y trastornos de personalidad de mayor gravedad que el grupo de toxicómanos ingresados en la comunidad terapéutica. Es bastante mayor el porcentaje de sujetos de la UTE considerados “caso” en todas y cada una de las escalas del MCMI-II sin excepción, y estas diferencias entre grupos alcanzan significación estadística en 17 de las 22 escalas: cinco de las diez escalas básicas de personalidad (*Dependiente*, *Narcisista*, *Antisocial*, *Compulsiva* y *Autodestructiva*), las tres escalas de personalidad patológica (*Esquizoide*, *Límite* y *Paranoide*), los seis síndromes clínicos de gravedad moderada (*Ansiedad*, *Histeriforme*, *Hipomanía*, *Neurosis depresiva*, *Abuso de alcohol* y *Abuso de drogas*) y los tres síndromes clínicos de gravedad severa (*Pensamiento psicótico*, *Depresión mayor* y *Trastorno delirante*).

Los porcentajes más altos en el grupo penitenciario aparecen en el área de abuso de alcohol, donde un 48,7% se considera “caso”, así como en el patrón de personalidad antisocial y dependiente (47,4% y 42,7%, antisocial y dependiente respectivamente). En cuanto a los síndromes graves, el 39,5% de los casos puede recibir el diagnóstico de trastorno delirante, el 26,7% de trastorno del pensamiento del tipo psicótico y por último el 23% de los casos encajarían en el diagnóstico de depresión mayor.

En el grupo de pacientes de la comunidad terapéutica también se observa un porcentaje elevado de sujetos que presentan un patrón de personalidad antisocial (22,5%) y de síndrome de abuso de alcohol (21,5%), seguido por personalidad pasivo-agresiva (19,1%).

Vemos que el trastorno por abuso de alcohol y el patrón de personalidad antisocial son comunes a los dos grupos con altos porcentajes (véase la Figura 1).

FIGURA 1. Comparación del porcentaje de personas con un rasgo de personalidad alterado a través del MCMI-II: Comunidad Terapéutica ($n = 89$) vs. UTE ($n = 76$).



Discusión

El objetivo de este estudio era analizar similitudes y diferencias entre dos grupos de pacientes toxicómanos, uno de ellos formado por personas encarceladas que accedieron voluntariamente a una unidad libre de drogas intra-penitenciaria, y el otro formado por personas con trastornos por abuso de sustancias que ingresaron en un tratamiento de comunidad terapéutica. Además, se pretendía elaborar el perfil psicosocial y el perfil de gravedad de su adicción, así como realizar una estimación de los problemas psicopatológicos concomitantes en ambos grupos de adictos.

El perfil de usuario que ingresa en la comunidad terapéutica no difiere, en general, del perfil del interno de la UTE en lo que a características sociodemográficas se refiere. Se trata mayoritariamente de un varón soltero con algún problema médico crónico, con un nivel educativo bajo (estudios primarios y algunas personas de la CT con Bachiller o Estudios Técnicos) y con baja cualificación profesional. Si se han encontrado diferencias reseñables respecto a la edad ($t = -3,05$; $p = 0,003$), con pacientes más jóvenes en prisión (3,6 años más jóvenes). Existe una proporción mucho mayor de personas en prisión sin ninguna titulación académica (47 de las 81 personas), mientras que en la CT la mayoría han alcanzado como nivel máximo de estudios el graduado escolar (51 personas). También observamos que 24 personas había finalizado estudios de bachiller y 11 algún título de Formación Profesional ($\chi^2 = 75,58$; $p < 0,001$). Por el contrario, estas diferencias se invierten si lo que se tiene en cuenta es el número de personas en tratamiento psiquiátrico de tipo medicamentoso, significativamente más frecuente en la Unidad intra-penitenciaria que en la Comunidad Terapéutica. No sorprende demasiado este dato, dado que algunas voces críticas han argumentado que la medicación psiquiá-

trica en los establecimientos penitenciarios se prescribe a menudo de manera excesiva e irracional, sin el acompañamiento de criterios adecuados de diagnóstico, y para los fines de control de conductas disruptivas y tratamiento sintomático, en lugar de para el tratamiento de patologías concretas y confirmadas (Sommers y Baskin, 1991).

La cocaína ha sido la sustancia de consumo principal para el conjunto de la muestra, seguida del consumo de alcohol en la CT y del consumo de heroína entre los internos de la UTE. En cualquier caso, y aunque una mayor proporción de sujetos de la CT se declararon policonsumidores (cerca del 63%), la poli-adicción ha sido un problema referido también por el 43% de los ingresados en prisión. Es precisamente el grupo de personas encarceladas quien ha recibido con anterioridad mayor número de servicios de tratamiento para sus problemas adictivos. No se han reflejado diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la edad de inicio de consumo de sustancias. Ambas muestras comenzaron a consumir la droga principal en la adolescencia y también en estas edades empezaron a combinar drogas, siendo policonsumidores. El consumo precoz, que se ha propuesto como factor de riesgo para el desarrollo de problemas más graves (Ciairano, Bosma, Miceli y Settanni, 2008), no ha resultado, en cualquier caso una variable diferenciadora entre nuestras submuestras, siguiendo la línea de lo propuesto por Oliva, Parra y Sánchez-Queija (2008).

Los resultados obtenidos en el área psicológica evaluada por el *EuropASI* confirman también la alta prevalencia de trastornos informados por la totalidad de la muestra. Un porcentaje no desdeñable de pacientes informa de problemas de depresión, ansiedad, dificultades para comprender e incluso de algunos síntomas positivos de psicosis. Entre grupos, las únicas diferencias aparecen respecto a la dificultad referida para controlar los comportamientos violentos (con una proporción significativamente mayor en la UTE), y respecto a la ideación e intentos suicidas anteriores, donde la proporción es significativamente mayor para los ingresados en la CT.

Cabe destacar también la ausencia de diferencias significativas entre ambas submuestras respecto a la presencia de antecedentes familiares de abuso de drogas o de trastornos psiquiátricos. Únicamente se ha constatado una diferencia entre ambos grupos respecto a los antecedentes familiares de consumo de alcohol, que fueron más frecuentes entre los miembros de la UTE intra-penitenciaria. Para autores como McCarthy y Anglin (1990), los antecedentes familiares de consumo junto con el tamaño de la unidad familiar, el orden de nacimiento o la ausencia de uno de los progenitores, tienen un efecto acumulativo que actúa como un importante factor de riesgo para el consumo de drogas y que aumenta la probabilidad de cometer delitos en la juventud. Con todo, el perfil de gravedad de la adicción otorgado por el entrevistador, depende claramente del área de evaluación. En general, este perfil se ensombrece entre las personas encarceladas cuando la evaluación se refiere a las áreas médica, familiar y legal. Por el contrario, cuando el área evaluada se refiere a la necesidad de tratamiento para la adicción, la gravedad informada es mayor entre los integrantes de la Comunidad Terapéutica externa. Las explicaciones a este dato son variadas y no concluyentes. Por un lado, no podemos descartar totalmente el hecho de que los profesionales que administraron el *EuropASI* en la Comunidad Terapéutica hayan dado más importancia al área de abuso de drogas, puesto que este es, en definitiva, el motivo principal de ingreso

en el centro de tratamiento. Por el contrario, los problemas familiares y legales derivados del propio ingreso en prisión son evidentes para cualquier observador. La mera “entrada en prisión” es un factor desestructurador de numerosas facetas de la vida, con lo que no sorprende que las necesidades de tratamiento en todas las áreas sean mayores para los sujetos encarcelados.

Respecto a los resultados obtenidos a través del MCMI-II, se observó que el mayor porcentaje de sujetos con puntuaciones elevadas en todas las categorías y escalas se encontraba entre las personas ingresadas en el centro penitenciario. Estas diferencias entre grupos (CT-UTE) fueron significativas en 17 de las 22 escalas evaluadas. A la vista de estos resultados se puede afirmar que el grupo de delincuentes penados presenta no sólo más rasgos de personalidad alterados, sino también trastornos de personalidad de mayor gravedad que el grupo de toxicómanos ingresados en la comunidad terapéutica. Los porcentajes más altos en el grupo penitenciario aparecen fundamentalmente en el patrón de personalidad antisocial (47% de casos) y en el patrón dependiente (42,7% de casos). En cuanto a los síndromes graves, el 39,5% puede diagnosticarse con un trastorno delirante, el 26,7% con un trastorno del pensamiento del tipo psicótico y por último el 23% con depresión mayor. En el grupo de pacientes de la comunidad terapéutica también se observaron porcentajes elevados en el patrón de personalidad antisocial (22,5% de casos) y pasivo-agresivo (19,1% de casos), pero las cifras de la CT fueron en todos los casos significativamente menores. En cuanto a la comorbilidad entre los diferentes trastornos de personalidad, el más prevalente entre todos los participantes ha sido el trastorno de personalidad antisocial (TPA) en un 33,9% de los sujetos. De éstos, el 48,2% presentaba también delirios psicóticos, el 44,6% trastorno de personalidad (TP) pasivo-agresivo, y el 37,5% TP narcisista y autodestructiva en el mismo porcentaje. Por otro lado, el 25,6% presentó un TP dependiente, y de ellos, el 35,7% refirió puntuaciones patológicas en TP autodestructiva, el 31% delirios psicóticos, y el 26,2% TPA, TP compulsivo y TP fóbico. El 23% presentó delirios psicóticos, que coexistieron con TPA en un 71,1%, TP autodestructiva en el 52,6%, con TP esquizotípico también en el 52,6% de ellos, TP paranoide en el 50% y pensamiento psicótico en el 45,9% de las personas.

Por tanto, y tal y como señalaron Fernández-Montalvo *et al.* (2004), podemos confirmar la elevada comorbilidad entre los problemas de abuso de sustancias y los trastornos de personalidad. Esta comorbilidad es aún mayor cuando el contexto de estudio se circunscribe a la prisión, donde las personas con toxicomanías presentan más trastornos de personalidad y más graves que un grupo similar de sujetos no encarcelados. Nuestros resultados vienen a confirmar también la denuncia reiterada por prestigiosas instituciones y organizaciones, como la propia Organización Mundial de la Salud, cuando estimó que la prevalencia de alteraciones psiquiátricas entre la población penitenciaria es hasta siete veces mayor que entre la población general (Mendelson, 1992). Así las cosas, no sería descabellado afirmar que la cárcel actual se ha convertido en un lugar que cumple funciones (fundamentalmente de segregación) que anteriormente eran propias de las residencias psiquiátricas. El problema es que amén de funcionar como un aglutinador de personas con trastornos psicológicos, la cárcel en sí misma ofrece un caldo de cultivo idóneo para la morbilidad en salud mental. El propio Obser-

vatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2004) afirmó que la estancia en la cárcel contribuye a agravar los problemas de salud mental, especialmente en los casos de cumplimiento de penas de larga duración y en las prisiones de alta seguridad.

La presencia de un trastorno de personalidad ensombrece el pronóstico de las intervenciones en conductas adictivas (Dowson y Grounds, 1995), al asociarse con una menor adhesión al tratamiento (Hunter *et al.*, 2000; Kranzler *et al.*, 1996; Wölver *et al.*, 2001) y con el abandono prematuro del mismo (Kranzler *et al.*, 1995; Wölver *et al.*, 2001). Este hecho complica las dificultades de reinserción social que sin duda ya están presentes tras el aislamiento en prisión, y convierten en imperiosa la tarea de introducir cambios notables en los programas de tratamiento. Las principales modificaciones se refieren, primero, a la necesidad de realizar evaluaciones precisas de trastornos de personalidad en el tratamiento de las conductas adictivas y, en segundo lugar, de establecer programas integrados que aborden simultáneamente ambos problemas. Estos programas adaptados han demostrado mejores resultados que aquellos en los que se atienden ambos trastornos de modo secuencial o paralelo por diferentes servicios asistenciales (Santis y Casas, 1999).

El estudio presentado aquí no está exento de limitaciones. Una de ellas se relaciona con la ausencia de evaluación rigurosa de los trastornos del Eje I, lo que ha obligado a los autores a confiar en las apreciaciones y memoria de los entrevistados sobre la existencia de estos trastornos, en lugar de verificar la información aportada mediante el instrumento de evaluación pertinente.

Referencias

- Bobes, J., González, M.P., Sáiz, P.A. y Bousoño, M. (1996). Índice europeo de gravedad de la adicción: EuropASI. Versión española. *Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría*, 201-218.
- Butler, T., Andrews, G., Allnutt, S., Sakashita, C., Smith, N.E. y Basson, J. (2006). Mental disorders in Australian prisoners: A comparison with a community sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 272-276.
- Cervera, G., Valderrama, J.C., Bolinches, F., Salazar, A. y Martínez, J. (1998). Variables related to risk taking behavior for HIV transmission among drug-dependent patients. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines*, 26, 155-164.
- Chermack, S.T., Roll, J., Reilly, M., Davis, L., Kilaru, U. y Grabowski, J. (2000). Comparison of patient self-reports and urinalysis results obtained under naturalistic methadone treatment conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 59, 43-49.
- Ciairano, S., Bosma, H.A., Miceli, R. y Settanni, M. (2008). Adolescent substance use in two European countries: Relationships with psychosocial adjustment, peers, and activities. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 119-138.
- Dowson, J.H. y Grounds, A.T. (1995). *Personality disorders. Recognition and clinical management*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Elonheimo, H., Niemela, S., Parkkola, K., Multimaki, P., Helenius, H., Nuutila, A.M. y Sourander, A. (2007). Police-registered offenses and psychiatric disorders among young males: The Finnish «From a boy to a man» birth cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 477-484.

- Fernández-Montalvo, J., López, J.J., Landa, N., Illescas, C., Lorea, I. y Zarzuela, A. (2004). Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 271-283.
- French, M.T., Salome, H.J., Sindelar, J.L. y McLellan, A.T. (2002). Benefit-cost analysis of addiction treatment: Methodological guidelines and empirical application using the DATCAP and ASI. *Health Services Research*, 37, 433-455.
- Hunter, E., Powell, B., Penick, E., Nickel, J., Liskow, B., Centrell, P. y Landon, J. (2000). Comorbid psychiatric diagnosis and long-term drinking outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 334-338.
- Kokkevi, A. y Hartgers, C. (1995). European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208-210.
- Kranzler, H.R., Del Boca, F.K. y Rounsaville, B.J. (1996). Comorbid psychiatric diagnosis predicts three-year outcomes in alcoholics: posttreatment natural history study. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 619-626.
- Leonhard, C., Mulvey, K., Gastfriend, D.R. y Shwartz, M. (2000). The Addiction Severity Index: A field study of internal consistency and validity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 129-135.
- McCarthy, W.J. y Anglin, M.D. (1990). Narcotics addicts: Effect of family and parental risk factors on timing of emancipation, drug use onset, pre-addiction incarcerations and educational achievement. *Journal of Drug Issues*, 20, 99-123.
- McMahon, R.C. y Enders, C. (2009). Personality disorder factors predict recovery of employment functioning among treated cocaine abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35, 138-144.
- Mendelson, E.F. (1992). A survey of practice at a regional forensic service: What do forensic psychiatrists do? Part I-II: Characteristics of cases and distribution of work. *British Journal Psychiatry*, 160, 769-772.
- Millon, T. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II)*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T. (1998). *MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon II. Manual*. Madrid: TEA
- Millon, T. (1999). *MCMI-II. Manual*. Madrid: TEA.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Encuesta sobre salud y consumo de drogas a los internados en instituciones penitenciarias (ESDIP)*. Disponible en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/encuestaPenitenciaria2006.pdf>
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Nocon, A., Berge, D., Astals, M., Martín-Santos, R. y Torrens, M. (2007). Dual diagnosis in an inpatient drug-abuse detoxification unit. *European Addiction Research*, 13, 192-200.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2004). *Drogas en el punto de mira*. Disponible en http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44768_ES_Dif14ES.pdf
- Oliva, A., Parra, A. y Sánchez-Queija, I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 153-169.
- Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., Blanca, M., Sánchez, L. y Morales, I. (2007). Multiaxial evaluation of violent criminals. *Psychological Reports*, 100, 1065-1075.
- Pirkis, J.E. (2004). Borderline personality disorder, drug use disorder, and worsening depression or substance abuse are significant predictors of suicide attempts in people with Axis I and II disorders. *Evidence-Based Mental Health*, 7, 25.

- Ramos-Álvarez, M.M., Moreno-Fernández, M.M., Valdés-Conroy, B. y Catena, A. (2008). Criteria of the peer review process for publication of experimental and quasi-experimental research in Psychology: A guide for creating research papers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 751-764.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L. y Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- San, L. (2004). *Consenso de la SEP sobre patología dual*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Sánchez, E., Tomás, V. y Climent, A. (1999). Trastornos de personalidad en adictos a opiáceos. *Adicciones*, 11, 221-227.
- Sánchez, E., Tomás, V. y Morales, E. (2000). Evaluación psicopatológica de pacientes dependientes de cocaína. *Atención Primaria*, 26, 319-322.
- Santis, R. y Casas, M. (1999, abril). Diagnóstico Dual. Ponencia presentada en el *VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario*. Chiclana de la Frontera, España.
- Scheurich, A., Muller, M.J., Wetzel, H., Anghelescu, I., Klawe, C., Ruppe, A., *et al.* (2000). Reliability and validity of the German version of the European Addiction Severity Index (EuropASI). *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 916-919.
- Schneider, U., Altmann, A., Baumann, M., Bernzen, J., Bertz, B., Bimber, U., *et al.* (2001). Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: The first Multicentre Study in Germany. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 219-223.
- Schulte, S.J., Meier, P.S., Stirling, J. y Berry, M. (2008). Treatment approaches for dual diagnosis clients in England. *Drug & Alcohol Review*, 27, 650-658.
- Skinstad, A.H. y Swain, A. (2001). Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 45-64.
- Sommers, I. y Baskin, D.R. (1991). Assessing the appropriateness of the prescription of psychiatric medications in prison. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 267-273.
- Stinson, F.S., Grant, B.F., Dawson, D.A., Ruan, W.J., Huang, B. y Saha, T. (2005). Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 80, 105-116.
- Van den Bosch, L.M. y Verheul, R. (2007). Patients with addiction and personality disorder: Treatment outcomes and clinical implications. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 67-71.
- Weiss, R.D., Mirin, S.M., Griffin, M.L., Gunderson, J.G. y Hufford, C. (1993). Personality disorders in cocaine dependence. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 145-149.
- Wölver, W., Burtseid, W., Redner, C., Schwartz, R. y Gaebel, W. (2001). Out-patient behaviour therapy in alcoholism: Impact of personality disorders and cognitive impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 30-37.

Recibido 14 de enero, 2009

Aceptado 17 de julio 2009