

Unidad de Desintoxicación

Servicio de Psiquiatría

Hospital de Galdakao

Informe Final

Proyecto 2017111032

Factores cognitivos-emocionales y de comorbilidad asociados a las adicciones comportamentales y con sustancia en una muestra de población ingresada para desintoxicación en la Unidad Dual

Equipo

M^a Begoña Rueda Ruiz, sicóloga Clínica, Osakidetza

M^a Soledad Mondragón Egaña, Psiquiatra, Osakidetza

Karmele Huidobro Rodriguez, Trabajadora Social, Osakidetza

Edurne Aristegui Ruesga, Psiquiatra, Osakidetza

Urko Aguirre Larrakoechea, Unidad Investigación HGU, Osakidetza

Ana Isabel Estevez Gutierrez, Universidad de Deusto

Marta Herrero Lazaro, Universidad de Deusto

Este trabajo se ha realizado con el apoyo del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de IIS BIOCRUCES (Proyecto 2017111032).

INDICE DE CONTENIDO

<u>1. INTRODUCCION: ASPECTOS CONCEPTUALES INTRODUCTORIOS</u>	9
<u>1.1. PATOLOGÍA DUAL: SALUD MENTAL Y ADICCIONES</u>	9
<u>1.2. ADICCIONES CON SUSTANCIA Y ADICCIONES COMPORTAMENTALES</u>	10
<u>1.3. EL JUEGO COMO ADICCIÓN COMPORTAMENTAL</u>	11
<u>1.4. FACTORES COGNITIVO-EMOCIONALES EN ADICCIONES CON SUSTANCIA Y SIN SUSTANCIA</u>	12
<u>1.4.1. Apego adulto</u>	13
<u>1.4.2. Afrontamiento</u>	17
<u>1.4.3. Regulación emocional</u>	21
<u>1.4.3.1. Alexitimia</u>	22
<u>1.4.3.2. Mindfulness</u>	23
<u>1.4.4. Personalidad</u>	25
<u>1.5. LAS ADICCIONES Y SU ABORDAJE EN EL SISTEMA DE SALUD, ALINEACIÓN CON LOS PLANES DE SALUD DEL GV</u>	27
<u>2. ESTUDIO EMPIRICO</u>	30
<u>2.1. MARCO DEL ESTUDIO</u>	30
<u>2.2. MOTIVACIÓN DEL ESTUDIO</u>	30
<u>2.3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS</u>	31
<u>2.4. HIPÓTESIS</u>	33
<u>3. METODOLOGIA</u>	36
<u>3.1. DISEÑO, MUESTRA, VARIABLES E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN</u>	36
<u>3.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO</u>	41
<u>4. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN</u>	43
<u>4.1. DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</u>	43
<u>4.1.1. Datos sociodemográficos de la muestra global</u>	43
<u>4.1.2. Datos sociodemográficos por género</u>	46
<u>4.1.3. Datos sociodemográficos de la submuestra con adicción al juego</u>	50
<u>4.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA MUESTRA</u>	51
<u>4.2.1. Datos clínicos generales</u>	51
<u>4.2.2. Antecedentes de salud mental</u>	52
<u>4.2.3. Relación entre la salud mental y los antecedentes personales</u>	55
<u>4.2.4. Datos clínicos y de antecedentes de salud mental por género</u>	57
<u>4.2.5. Datos clínicos y de antecedentes de salud mental en la subpoblación con adicción al juego</u>	60
<u>4.3. CARACTERÍSTICAS DE LAS ADICCIONES EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO</u>	62
<u>4.3.1. Datos de adiciones a sustancias y adicción al juego de la muestra global</u>	62

4.3.2. Diagnósticos de ingreso en UD y adicciones	64
4.3.3. Datos de adicciones a sustancias y adicción al juego por género	66
4.3.4. Características de las adicciones a sustancias de las personas con adicción al juego	67
4.5. FACTORES COGNITIVO-EMOCIONALES RELEVANTES EN LAS ADICCIONES Y SU RELACIÓN CON LA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSO-DEPRESIVA	70
4.5.1. Apego adulto en la población de estudio	70
4.5.1.1. Estudio diferencial del apego adulto	70
4.5.1.2. Apego adulto y salud mental: Su relación con la sintomatología ansioso-depresiva y la patología dual	73
4.5.2. Estrategias de Afrontamiento en la población de estudio	77
4.5.2.1. Estudio diferencial de las estrategias de afrontamiento	77
4.5.2.2. Estrategias de afrontamiento y salud mental: Su relación con la sintomatología ansioso-depresiva y la patología dual	80
4.5.3. Estrategias de regulación emocional (mindfulness y alexitimia) en la población de estudio	82
4.5.3.1. Estudio diferencial de las estrategias de regulación emocional	83
4.5.3.2. Mindfulness, alexitimia y salud mental: Su relación con la sintomatología ansioso-depresiva y la patología dual	85
4.5.4. Personalidad y adicciones en la población de estudio (n = 192)	89
4.5.4.1. Estudio diferencial de los rasgos de personalidad	90
4.5.4.2. Relación entre los rasgos de personalidad y la salud mental	98
4.6. APEGO, ALEXITIMIA Y PROBLEMAS DE JUEGO: “PROBLEMATIC GAMBLING BEHAVIOR IN A SAMPLE WITH SUBSTANCE USE DISORDER: THE ROLE OF ATTACHMENT STYLE AND ALEXITHYMIA” (Rueda Ruiz et al., 2022)	104
5. CONCLUSIONES	106
5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS EN LA UD	106
5.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS PERSONAS DE LA UD	107
5.3. CARACTERÍSTICAS DE LOS PATRONES DE ADICCIÓN A SUSTANCIAS DE LAS PERSONAS DE LA UD	110
5.4. VARIABLES COGNITIVO-EMOCIONALES Y ADICCIONES	111
5.4.1. Apego y adicciones	111
5.4.2. Estrategias de afrontamiento y adicciones	113
5.4.3. Regulación emocional y adicciones	115
5.4.4. Personalidad y adicciones	117
5.4. Perspectiva de Género y Adicciones	119
5.4.1. Características sociodemográficas, género y adicciones	119
5.4.2. Características clínicas, género y adicciones	120
5.4.3. Patrones de consumo de sustancias y género	122
5.4.4. Factores cognitivo-emocionales, género y adicciones	123

<u>5.6. PRESENCIA DE JUEGO EN UNA MUESTRA DE POBLACIÓN CON ADICCIONES CON SUSTANCIA ACTIVA.....</u>	<u>125</u>
<u>5.6.1. Características sociodemográficas y juego</u>	<u>125</u>
<u>5.6.2. Características clínicas y juego</u>	<u>126</u>
<u>5.6.3. Patrones de consumo de sustancias y juego.....</u>	<u>127</u>
<u>5.6.4. Factores cognitivo-emocionales y juego.....</u>	<u>128</u>
<u>5.7. CONCLUSIONES GENERALES</u>	<u>131</u>
<u>6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u>	<u>133</u>

ÍNDICE DE TABLAS

<u>Tabla 1. Estilos de apego según los modelos operativos internos</u>	<u>14</u>
<u>Tabla 2. Tipos de estrategias de afrontamiento</u>	<u>18</u>
<u>Tabla 3. Datos sociodemográficos de la muestra global</u>	<u>43</u>
<u>Tabla 4. Datos de uso de servicios y ayudas sociales de la muestra global</u>	<u>45</u>
<u>Tabla 5. Datos de residencia e infracciones legales de la muestra global</u>	<u>45</u>
<u>Tabla 6. Datos sociodemográficos por género.....</u>	<u>47</u>
<u>Tabla 7. Datos sociodemográficos por adicción al juego.....</u>	<u>50</u>
<u>Tabla 8. Tipo de alojamiento por adicción al juego.....</u>	<u>51</u>
<u>Tabla 9. Enfermedades crónicas</u>	<u>52</u>
<u>Tabla 10. Deterioro cognitivo.....</u>	<u>52</u>
<u>Tabla 11. Tipo de antecedentes familiares</u>	<u>53</u>
<u>Tabla 12. Tipo de antecedentes personales.....</u>	<u>54</u>
<u>Tabla 13. Tipo de antecedentes de sucesos vitales traumáticos.....</u>	<u>55</u>
<u>Tabla 14. Salud mental (SCL90-R) en función de los antecedentes personales.....</u>	<u>57</u>
<u>Tabla 15. Tipo de antecedentes familiares por género.....</u>	<u>59</u>
<u>Tabla 16. Antecedentes de sucesos vitales traumáticos por género.....</u>	<u>60</u>
<u>Tabla 17. Enfermedades crónicas y deterioro cognitivo en problemas de juego</u>	<u>61</u>
<u>Tabla 18. Antecedentes personales y familiares de salud mental y sucesos vitales traumático en problemas de juego</u>	<u>62</u>
<u>Tabla 19. Datos de consumo de sustancias y juego patológico.....</u>	<u>62</u>
<u>Tabla 20. Datos de tratamiento psicológico en adicciones de la muestra global.....</u>	<u>63</u>
<u>Tabla 21. Tipo de diagnóstico al ingreso.....</u>	<u>64</u>

Tabla 23. Tipo de adicciones pasadas (antecedentes)	66
Tabla 24. Datos de tratamiento psicológico por adicción al juego	68
Tabla 25. Apego adulto	70
Tabla 26. Apego adulto en función del género	71
Tabla 27. Apego en función del tipo de consumo	71
Tabla 30. Apego adulto en función de los antecedentes familiares de salud mental	75
Tabla 31. Apego adulto en función de los antecedentes personales de salud mental	75
Tabla 32. Apego adulto en función de los antecedentes personales de sucesos vitales traumáticos	76
Tabla 33. Apego adulto en función de los antecedentes de adicciones	76
Tabla 34. Estrategias de afrontamiento	77
Tabla 35. Estrategias de afrontamiento en función del género	78
Tabla 36. Estrategias de afrontamiento en función del policonsumo	78
Tabla 37. Estrategias de afrontamiento en función del juego patológico	79
Tabla 38. Estrategias de afrontamiento en función de los problemas de juego	79
Tabla 39. Estrategias de afrontamiento en función de los antecedentes personales de sucesos vitales traumáticos y de adicciones	82
Tabla 40. Estrategias de regulación emocional	83
Tabla 41. Estrategias de regulación emocional en función del género	84
Tabla 42. Estrategias de regulación emocional y policonsumo	84
Tabla 43. Estrategias de regulación emocional en función de la presencia de juego patológico	85
Tabla 44. Estrategias de regulación emocional en función de los antecedentes de adicciones	89
Tabla 45. Personalidad (PAI)	90
Tabla 46. Personalidad (PAI) en función del género	91
Tabla 47. Personalidad (PAI) en función del tipo de consumo	93
Tabla 48. Personalidad (PAI) en función del policonsumo	94
Tabla 49. Personalidad (PAI) en función de los niveles de riesgo de juego patológico	96
Tabla 50. Personalidad (PAI) en función de la presencia o no de problemas de juego	97
Tabla 51. Personalidad (PAI) en función de los antecedentes personales	100
Tabla 52. Personalidad (PAI) en función de los antecedentes familiares	102
Tabla 53. Personalidad (PAI) en función de los antecedentes personales de sucesos vitales traumáticos	103
Tabla 54. Coeficientes de regresión en la predicción de problemas de juego	105

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Servicios y ayudas sociales por género	46
Figura 2. Residencia por género	46
Figura 3. Infracciones legales por género	47
Figura 4. Asistencia psicológica por género	47
Figura 6. Enfermedades crónicas con diferencias por género	55
Figura 7. Antecedentes de salud mental por género	56
Figura 8. Tipos de antecedentes personales de salud mental por género	56
Figura 9. Porcentajes de consumo de tabaco, policonsumo y juego patológico por género	64
Figura 10. Porcentajes de ingresos por consumo de cocaína y analgésicos opiáceos por género	65
Figura 11. Proporción de policonsumo por adicción al juego	67
Figura 12. Proporción de problemas de juego en función del tipo de apego	71
Figura 13. Correlograma de las distintas dimensiones del apego adulto con las dimensiones de Ansiedad y Depresión del SCL90-R	72
Figura 14. Correlograma de las estrategias de afrontamiento con las dimensiones de Ansiedad y Depresión del SCL90-R	78
Figura 15. Pensamiento desiderativo en función de los antecedentes familiares de salud mental	79
Figura 16. Correlograma de las distintas dimensiones de las estrategias de regulación emocional y <i>mindfulness</i> con las dimensiones de Ansiedad y Depresión del SCL90-R.	84
Figura 17. Describir la experiencia interna en función de los antecedentes familiares de salud mental	85
Figura 18. <i>Mindfulness</i> y no juzgar la experiencia interna en función de los antecedentes personales de salud mental	86
Figura 19. No juzgar la experiencia interna y Dificultad para la discriminación de señales emocionales en función de los antecedentes personales de salud mental	86
Figura 20. Medias de los trastornos de personalidad por género	90
Figura 21. Correlograma de las distintas dimensiones relacionadas con la personalidad y adicciones con las dimensiones de Ansiedad y Depresión del SCL90-R	97

1. INTRODUCCION: ASPECTOS CONCEPTUALES INTRODUCTORIOS

1.1. PATOLOGÍA DUAL: SALUD MENTAL Y ADICCIONES

En la población con problemas de adicciones se ha observado una alta presencia de trastornos mentales. Los estudios en muestras comunitarias y generales muestran que entorno al 50% de la población con adicciones presenta también problemas de salud mental (Saddichha et al., 2015). En un gran estudio en población general en EEUU llevado a cabo con más de 67.000 personas (CBHSQ, 2019), se observó que casi un 20% de la población sufre trastornos mentales, de los cuales, casi un 20% tiene algún trastorno de adicción, frente al 5% de las personas sin problemas de salud mental. Estos datos indicarían que casi 9.2 millones de estadounidenses presentan problemas conjuntos de salud mental y adicciones (CBHSQ, 2019).

Estos valores son incluso mayores en *muestras clínicas*. En esta línea, el estudio llevado a cabo por Weaver et al. (2003) en Reino Unido señala que los problemas de salud mental en población con trastornos de adicciones podría situarse entre el 75% y el 85%. En España, los estudios de Arias y colaboradores (Arias et al., 2013a, 2013b) llevados a cabo entre usuarios de servicios de salud mental y de atención a adicciones señalan que el porcentaje de personas con trastornos de adicciones que presentan además problemas de salud mental podría ser mayor al 70%.

Esta alta prevalencia ha conllevado un alto interés por conocer y definir esta realidad utilizándose multitud de términos para designarla como los términos comorbilidad, diagnóstico dual, enfermos mentales adictos a sustancias químicas, trastorno dual, enfermos mentales adictos a sustancias químicas, trastorno concurrente o trastorno comórbido. Ante esta multiplicidad de términos y las connotaciones de algunos de ellos, la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA por sus siglas en inglés; World Psychiatric Association) plantea el término de “patología dual” como el adecuado para designar específicamente la concurrencia en una misma franja temporal de problemas de adicción y de salud mental (WPA, 2014).

En nuestro contexto, se utiliza el término Patología Dual (PD) para denominar la situación sanitaria de aquellas personas que sufren una conducta adictiva y otro trastorno mental, condiciones clínicas que pueden presentarse de forma simultánea o ser secuenciales a lo largo del ciclo vital (Szerman & Martínez-Raga, 2015; Sociedad Española de Patología Dual, 2016).

Tener en cuenta la patología dual en la intervención con personas con adicciones es de especial relevancia dada la alta prevalencia, anteriormente referida, y el impacto que tiene en el curso de la enfermedad y la efectividad de las intervenciones. En este sentido, la presencia de patología dual se asocia a mayor gravedad de los síntomas psicológicos y de los patrones de adicción, incluyendo mayores tasas de suicidio y policonsumo, un mayor uso de los servicios sanitarios como mayor hospitalización, mayores repercusiones sociales y económicas y una peor adherencia y éxito de los procesos de intervención (Saddichha et al., 2015; SAMHSA, 2020; Weaver et al., 2003).

1.2. ADICCIONES CON SUSTANCIA Y ADICCIONES COMPORTAMENTALES

En los últimos años, ha habido un cambio importante en la consideración de qué es una adicción pasando de la consideración tradicional sobre las adicciones como el consumo problemático de sustancias psicoactivas a contemplar que las personas pueden generar adicción también a comportamientos concretos (Zilberman et al., 2018). La motivación de este cambio de concepción se sustenta en las múltiples similitudes en la etiología, sintomatología y tratamiento entre las adicciones comportamentales y las adicciones a sustancias. Ambos tipos de adicciones tienen en común el refuerzo inmediato de realizar la conducta adictiva y la dificultad de controlar el comportamiento pese a las consecuencias negativas del mismo, incluso cuando estas involucran comportamientos delictivos o un gran impacto en la vida social o económica (Goudriaan et al., 2019; Grant & Chamberlain, 2020; Wareman & Potenza, 2013).

Entre las personas con patología dual, se ha observado una gran tendencia a presentar, no uno, sino varios tipos de adicciones a sustancias (SAMHSA, 2020). En este sentido, se ha producido un gran avance en la consideración de

las situaciones de policonsumo en personas con patología dual para un avance efectivo en la mejora de las conductas adictivas y la sintomatología psicológica (Freimuth et al., 2008).

Pese a dicho avance, la atención a la concurrencia de varias adicciones distintas de las adicciones a sustancias, como son las adicciones comportamentales, sigue siendo un aspecto poco reconocido y tenido en cuenta en la atención a personas con adicción a sustancias y patología dual. Este aspecto limita las posibilidades de abordar adecuadamente las necesidades de estos pacientes, afectando negativamente a la efectividad del tratamiento (Freimuth et al., 2008; Grant & Chamberlain, 2020; Petry, 2007). Por todo ello, en la comprensión y tratamiento de la patología dual, es de especial relevancia comprender, evaluar e incluir en los procesos de intervención la presencia de las adicciones comportamentales.

1.3. EL JUEGO COMO ADICCIÓN COMPORTAMENTAL

En línea con el avance en la consideración de ciertos comportamientos como adicciones comportamentales, desde 2013, el juego patológico está reconocido y categorizado como un trastorno adictivo en el DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales]; APA, 2013). De hecho, el juego patológico es la primera adicción comportamental reconocida actualmente como trastorno adictivo, lo que ha fomentado un gran avance en su estudio y comprensión (Goudriaan et al., 2019).

El trastorno de adicción al juego contempla la presencia de comportamientos de juego problemáticos y persistentes, que la persona no es capaz de controlar, y que impactan negativamente a nivel psicosocial y financiero en la vida de estas personas (APA, 2013). El comportamiento de juego involucra poner en riesgo algo para conseguir otra cosa de valor superior como puede ser la lotería, las máquinas tragaperras o la ruleta del casino (Potenza et al., 2019).

La prevalencia de trastornos de adicción al juego en la población general se estima en alrededor del 0.5%, lo cual implica que 5 de cada 1000 personas pueden sufrir este trastorno a lo largo de su vida (Goudriaan et al., 2019). Entre personas con adicciones, la prevalencia es mucho mayor. En este sentido, la presencia de adicción a sustancias entre personas con adicción al juego se

estima entre el 28% y el 50%, mientras que la de trastorno de adicción al juego entre personas con abuso de sustancia se sitúa entre el 21% y el 29.5% (p.ej., Grant & Chamberlain, 2020). Estas cifras podrían incrementarse con el tiempo dado que la evolución de los formatos de juego con las nuevas tecnologías facilitan nuevas conductas de juego, como el juego online, que pueden aumentar el riesgo de juego patológico al facilitar el acceso a la conducta problema (Potenza et al., 2019).

En esta línea, diversos autores remarcan la escasa literatura sobre la presencia de juego entre las personas con adicción a sustancias y con patología dual que permita entender y reducir la aparición de ambas problemáticas (Estévez, Jáuregui, Lopez-Gonzalez, Macia, et al., 2021; Freimuth et al., 2008; Grant & Chamberlain, 2020). Esto es de especial relevancia dado que los pocos estudios que existen en esta población indican que las personas con ambos tipos de adicción pueden mostrar una sintomatología y patrones adictivos más severos (Abdollahnejad et al., 2014; Langenbucher & Merrill, 2001), mientras que los factores involucrados en la aparición de juego problemático en muestras con adicciones puede ser distinto al de población general (Estévez, Jáuregui, Lopez-Gonzalez, Macia, et al., 2021).

Por todo ello, para el desarrollo de intervenciones y atención adecuada, se hace necesario el desarrollo de estudios de investigación dirigidos a conocer los factores de riesgo del juego patológico en población con abuso de sustancias (Rash et al., 2016).

1.4. FACTORES COGNITIVO-EMOCIONALES EN ADICCIONES CON SUSTANCIA Y SIN SUSTANCIA

Los modelos que se han planteado para la comprensión de la co-ocurrencia de adicciones a sustancias y adicción al juego, así como de la presencia de patología dual, se centran en los factores etiológicos comunes que pueden existir a nivel biológico, psicológico y social (Lafond Padykula & Conklin, 2010; Petry, 2001; Torales et al., 2018).

Entre estos factores, los factores psicológicos, como son los factores cognitivo-emocionales que incluyen variables como el afrontamiento, el apego, la personalidad o la regulación emocional, pueden ayudar no sólo a conocer los factores causales de la patología dual o la aparición conjunta de adicciones con y sin sustancia, sino también a dar pautas para la prevención y el tratamiento de esta población (Blaszczynski & Nower, 2002; Marlatt et al., 1988; Torales et al., 2018).

1.4.1. Apego adulto

La teoría del apego, propuesta inicialmente por Bowlby (1986, 1989), propone que las experiencias tempranas de una persona con sus cuidadores principales establecen unos esquemas desde los que se aprende a crear el sentido de uno mismo y de los demás así como a autorregularse emocional, cognitiva y comportamentalmente (Atkinson & Goldberg, 2004; Hernández Pacheco, 2017; Schore & Schore, 2008).

El sistema de apego se pone en funcionamiento cuando el niño/a siente ansiedad y estrés. En ese momento, busca seguridad en la figura de apego y, a través de esa ayuda social del contexto, reduce su malestar emocional, aprende a identificar qué situaciones son o no amenazantes, y aprende cómo regularse en situaciones de inseguridad. Cuando el/a infante ha tenido figuras de referencia que han estado ausentes, física o psicológicamente, o no han sido fuente de seguridad estable o incluso han sido fuente de inseguridad en sí mismas, se ve alterada su respuesta emocional impidiéndole reducir el malestar y reduciendo sus conductas de exploración y su capacidad de aprender a través

de esas relaciones a autorregularse adecuadamente (Atkinson & Goldberg, 2004; Howe et al., 1999; Schore & Schore, 2008).

Los experimentos de la situación extraña de Mary Ainsworth et al., (1978) fueron los primeros estudios en tratar de sistematizar la observación de las conductas de apego de los/as niños/as y proponer una clasificación de los estilos de apego. En estos experimentos observó tres tipos de apego en función de cómo el/a niño/as reaccionaba a la ausencia materna y a su regreso a la situación experimental: apego seguro, apego inseguro evitativo y apego inseguro ambivalente, añadiéndose posteriormente un cuarto estilo de apego, el apego desorganizado (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Las conductas que representan cada uno de estos estilos de apego pueden entenderse en base a los modelos operativos internos, los cuales hacen referencia a las creencias y expectativas internas sobre uno mismo y sobre los demás (ver Tabla 1) (Bartholomew & Horowitz, 1991; Howe et al., 1999):

Tabla 1. Estilos de apego según los modelos operativos internos

Modelos sobre los demás	Modelo sobre uno/a mismo/a	
	Positivo	Negativo
Positivo	APEGO SEGURO	APEGO AMBIVALENTE
Negativo	APEGO EVITATIVO	APEGO DESORGANIZADO

- *Apego seguro*: las personas con apego seguro tendrían unos modelos internos positivos tanto de uno mismo como de los demás. Se percibirían a sí mismas como personas valiosas, amadas, autónomas y competentes y percibirían a los demás como personas en las que confiar, disponibles, y de ayuda. En los experimentos de Ainsworth et al. (1978), eran niños/as que exploraban la habitación, que en el momento que la madre se iba se ponían nerviosos/as, pero volvían pronto al juego, y luego recibían a sus madres con felicidad y buscando su contacto y volviendo luego a la exploración. Serían personas que se sienten cómodas, confiadas, tranquilas y satisfechas en las relaciones personales, pudiendo ser ellas mismas y establecer límites en caso necesario.

- *Apego inseguro evitativo*: las personas con apego evitativo tendrían una percepción positiva de sí mismas, pero negativa de los demás. Se percibirían a sí mismas como capaces y autónomas, aunque no amadas, dado que los demás serían percibidos como personas en las que no poder apoyarse, intrusivas e incluso fuente de malestar. En el experimento de la situación extraña (Ainsworth et al., 1978), los/as niños/as con apego evitativo no reducían el juego cuando se iban sus madres, y no lloraban ni mostraban conductas de acercamiento sino que ignoraban a sus progenitoras cuando se iban o volvían a la sala. Pese a esta indiferencia, estos/as niños/as mostraban altos niveles de activación fisiológica que indicaban la presencia de estrés y ansiedad. En este estilo, las personas tenderían a rechazar y a alejarse de los demás, manteniendo una actitud defensiva para no sentirse atacadas y mantener su sentido de independencia e invulnerabilidad.

- *Apego inseguro ambivalente o preocupado*: las personas con apego ambivalente se percibirían a sí mismas de manera negativa, mientras que tendrían una percepción positiva de los demás. Se percibirían a sí mismas como personas con poco valor, que no son dignas de ser amadas y sin capacidad para enfrentarse a las situaciones. Los demás serían percibidos como fuentes necesarias de ayuda y apoyo, aunque imprevisibles y de poca confianza. En los experimentos de Ainsworth et al. (1978), estos/as niñas reducían e incluso eliminaban la exploración y el juego en la ausencia de su madre y, cuando esta volvía, buscaban en contacto con ella pero no reducían su malestar y no volvían a las conductas de exploración y juego. En este caso, las personas tenderían a buscar la aprobación y apoyo de los demás para compensar la visión negativa de sí mismas y tenderían a mostrar dependencia hacia ellas buscando excesiva intimidad y apoyo, percibiendo como insuficiente el apoyo recibido y generando sensaciones de abandono y malestar.

- *Apego desorganizado o temeroso*: las personas con apego desorganizado tendrían una visión negativa tanto de sí mismas como de los demás. Se percibirían como personas sin valor, con una percepción confusa y de rechazo hacia sí mismas. Los demás serían percibidos como distantes y como fuente de amenaza y de malestar. Son personas que tendrían la necesidad de sentirse amados, como en el caso del apego ambivalente, pero, como sucede en el apego evitativo, no confiarían en los demás como fuentes de apoyo y se

sentirían mal con la intimidad con otras personas por no percibirles como fuentes de seguridad sino amenazas, pudiéndose dar conductas extremas, tanto de acercamiento como de labilidad y rechazo hacia los demás. Este estilo de apego ha sido incluido en estudios posteriores a los experimentos de Ainsworth et al. (1978) y se relaciona con problemas relacionales importantes como maltrato infantil o abandono.

Unas de las cuestiones más relevantes de la teoría de los estilos de apego es que estos modelos operativos internos y los patrones conductuales a los que predisponen tienen una importante influencia en la edad adulta, no solo por cómo nos relacionamos con los demás, sino por la influencia en el aprendizaje de estrategias adecuadas o inadecuadas de autorregulación (Hernández Pacheco, 2017; Schore & Schore, 2008).

Como se ha mencionado en relación a la conducta observada en los experimentos de Ainsworth et al. (1978), la relación con las progenitoras no sólo influía en las conductas de apoyo o rechazo dirigidas a ellas, sino en las emociones ante las situaciones y las conductas de exploración y juego. Mientras que los/as niños/as con estilo de apego seguro regulaban con rapidez sus emociones y volvían con facilidad a la exploración del entorno y el juego ante la ausencia y retorno de sus progenitoras, los/as niños/as con estilos de apego inseguro mostraban estrés y ansiedad durante largos periodos de tiempo y veían reducidas sus conductas de exploración en estas situaciones.

Estos aprendizajes tienen un importante impacto en la edad adulta de modo que las personas con apego inseguro tenderían a vivir con mayor sensación de amenaza las dificultades vitales, al mismo tiempo que verían mermada la adquisición de habilidades y estrategias adecuadas para autorregularse ante dichos problemas, teniendo mayor probabilidad de desarrollar conductas inadecuadas y ver afectado su bienestar psicológico y físico (Hernández Pacheco, 2017; Howe et al., 1999; Schore & Schore, 2008). Por ello, el trauma en los sistemas de apego se ha propuesto como uno de los posibles orígenes de los problemas de adicción (Fletcher et al., 2015; Lafond Padykula & Conklin, 2010).

Desde esta perspectiva, las personas aprenderían a partir de sus figuras de apego a identificar los eventos como amenazantes o seguros y a responder ante ellos regulando sus emociones y su conducta. Las personas con estilos de

apego inseguros habrían estado expuestas a figuras parentales o de referencia que actuarían como modelos inadecuados o ausentes, promoviendo estados de alerta e impactando negativamente en el aprendizaje de estrategias de autorregulación adecuadas para gestionar los estados afectivos o los impulsos. Ante esta falta de estrategias adecuadas de autorregulación para enfrentar las dificultades, la conducta adictiva sería una estrategia de autorregulación compensatoria dirigida a enfrentar las situaciones estresantes, reducir el malestar con uno/a mismo/a o suplir las carencias en las relaciones con los demás (Fletcher et al., 2015; Lafond Padykula & Conklin, 2010; Schindler, 2019).

La relación entre el apego y las adicciones a sustancias se ha observado en multitud de estudios (Fairbairn et al., 2018; Schindler, 2019). Revisiones sistemáticas al respecto señalan que la presencia de apego inseguro es mucho mayor en personas con abuso de sustancias que en población general (Becoña Iglesias et al., 2014; Schindler, 2019; Schindler & Bröning, 2015). Además, el meta-análisis de Fairbairn et al. (2018), incluyendo 34 estudios longitudinales con un total de 56721 personas, observó la relación causal entre ambas variables concluyendo que el apego inseguro precede a los problemas de adicción a sustancias, siendo un importante factor de riesgo.

La literatura en relación a la adicción al juego es más reducida, pero muestra resultados en la misma dirección. El apego inseguro se relaciona con problemas y adicción al juego (Estévez et al., 2017, 2020; Kaya & Deveci, 2021), con más motivación para jugar (Jauregui & Estevez, 2020; Keough et al., 2018) y con mayor severidad de la conducta de juego (Di Trani et al., 2017; Jauregui & Estevez, 2020; Keough et al., 2018).

En base a lo expuesto, el trauma en el apego se muestra como un factor importante en el desarrollo de las conductas adictivas con y sin sustancia. Si bien, el apego inseguro también se ha relacionado con problemas de salud mental (Zhang et al., 2022), siendo un factor común a los problemas psicológicos y los problemas de adicción (Schindler, 2019). Por ello, no es de extrañar que el apego inseguro se haya mostrado como un factor predictor de las problemáticas comórbidas de adicciones comportamentales y adicciones a sustancias, así como de la patología dual.

Pese a su importancia, la investigación de la relación entre el apego y la patología dual o la comorbilidad de adicciones comportamentales y adicciones a

sustancias sigue siendo escasa. Asimismo, sigue siendo necesaria la investigación que ayude a profundizar en los procesos de autorregulación, emocional y comportamental, que pueden explicar la relación entre el apego y los problemas de adicción.

1.4.2. Afrontamiento

Dentro de los procesos de autorregulación, uno de los aspectos más importantes para explicar las problemáticas de adicción es comprender cómo se actúa para lidiar con el estrés. El estrés es uno de los factores con mayor relación con los problemas de adicción (Feng et al., 2019; Hassanbeigi et al., 2013; Ruisoto & Contador, 2019). La adicción a sustancias y el juego patológico se han relacionado con la presencia de estresores vitales en épocas tempranas y en años previos al inicio de los problemas de adicción como el abuso físico, psicológico y sexual, enfermedades, problemas legales, muertes de personas cercanas, pertenencia a grupos minoritarios o bajos niveles económicos (Bazargan et al., 2001; Hassanbeigi et al., 2013; Mukhara et al., 2018; Nower & Blaszczynski, 2017; Welte et al., 2004). De hecho, la presencia de estresores vitales no se relaciona únicamente con el inicio de la conducta de adicción sino con sintomatología más severa y mayores posibilidades de recaída (Bazargan et al., 2001; Rash et al., 2016; Ungless et al., 2010).

Según el modelo transaccional del estrés propuesto por Lazarus y Folkman (1986), la relación entre el estrés y problemas de salud mental y física, como las adicciones, se explicaría por las conductas de afrontamiento que una persona puede llevar a cabo a la hora de lidiar con las demandas externas e internas del entorno. Así, cuando la persona no cuenta con estrategias adecuadas para enfrentar las situaciones, el nivel de estrés se mantendría e incluso aumentaría, favoreciendo la aparición de las dificultades físicas y psicológicas.

Desde esta teoría, se plantea que las conductas de afrontamiento pueden agruparse en dos grandes categorías: las *estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema* y *estrategias de afrontamiento enfocadas en la emoción*. Las estrategias enfocadas en el problema irían dirigidas a modificar o eliminar el estresor; mientras que las estrategias de afrontamiento enfocadas en

la emoción irían dirigidas a gestionar las consecuencias afectivo-emocionales de la situación estresante (Lazarus & Folkman, 1986).

Ambos grandes grupos de afrontamiento se subdividen incluyendo estrategias adecuadas e inadecuadas para responder a los estresores vitales (Cano García et al., 2007), tal y como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Tipos de estrategias de afrontamiento

Categoría de estrategia	Funcionalidad	
	Adecuadas	Inadecuadas
Estrategias centradas en el problema	- Resolución de problemas - Reestructuración cognitiva	- Evitación de problemas - Pensamiento desiderativo
Estrategias centradas en la emoción	- Búsqueda de apoyo social - Expresión emocional	- Retirada social - Autocrítica

Dentro de las estrategias adecuadas de afrontamiento centradas en el problema, la *resolución de problemas* hace referencia a las estrategias comportamentales y cognitivas dirigidas a modificar o eliminar la situación de la que surge el estrés; y la *reestructuración cognitiva* refleja las estrategias dirigidas a cambiar la interpretación de la situación estresante por otra más adaptativa que reduzca el malestar asociado a dicha situación (Cano García et al., 2007).

En relación a las estrategias inadecuadas de afrontamiento centradas en el problema, la *evitación de problemas* refiere las estrategias cognitivas y conductuales cuyo objetivo es negar, alejarse y huir de la situación estresante y el *pensamiento desiderativo* refleja las estrategias cognitivas por las cuales la realidad es interpretada desde los deseos de la persona para negar y reducir la percepción del evento como estresante (Cano García et al., 2007).

Dentro de las estrategias adecuadas de afrontamiento centradas en la emoción, la *búsqueda de apoyo social* hace referencia a las estrategias basadas en la demanda de interacción y ayuda por parte de otras personas para sobreponerse a las fuentes de estrés y la *expresión emocional* describe estrategias de comunicación dirigidas a manifestar las emociones relacionadas con la situación estresante (Cano García et al., 2007).

En relación a las estrategias inadecuadas de afrontamiento centradas en la emoción, la retirada social reflejaría estrategias donde la persona se aleja y aísla de otras personas como consecuencia del proceso de estrés; mientras que la autocrítica hace referencia a las estrategias por las que la persona se culpa, se reprocha y reprende a sí misma por la situación estresante que vive o por cómo la gestiona (Cano García et al., 2007).

Desde el modelo transaccional del estrés (Lazarus & Folkman, 1986), se ha propuesto que las estrategias adaptativas centradas en el problema serían más beneficiosas cuando se dan en situaciones en las que la situación de estrés puede ser controlada por la persona y esta cuenta con los recursos internos y externos para hacerlo; mientras que las estrategias adaptativas centradas en la emoción serían adecuadas cuando el estresor no está bajo el control de la persona y esta sólo puede pasar por el proceso de estrés de la mejor manera posible.

Sin embargo, los estudios empíricos en el área de las adicciones muestran resultados que no apoyan de manera absoluta los planteamientos teóricos. En concreto, la investigación señala que los problemas de adicción a sustancias y al juego se relacionan en mayor medida con un uso mayor de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (Askari et al., 2011; Caparrós & Masferrer, 2021; Sheffler et al., 2019; Wills & Hirkky, 1996) y estrategias de afrontamiento desadaptativas como la evitación de problemas o la retirada social (Askari et al., 2011; Caparrós & Masferrer, 2021; Cardoso, 2018; Estevez et al., 2019; Wagner et al., 1999).

Asimismo, las investigaciones indican que las personas con adicciones muestran un menor uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema y que la presencia de las mismas afecta positivamente en la reducción de los problemas de adicción y el mantenimiento de la abstinencia (Hassanbeigi et al., 2013; Sheffler et al., 2019; Walker & Stephens, 2014; Wills & Hirkky, 1996).

Estos resultados también se observan en relación a la presencia de patología dual y comorbilidad entre adicciones comportamentales y a sustancias. En este sentido, estrategias centradas en la emoción (Staiger et al., 2009) o desadaptativas como la retirada social, la autocrítica, el pensamiento desiderativo o la evitación de problemas se relacionan con la presencia comórbida de varias adicciones y de adicciones y distintas problemáticas a nivel

de salud mental (Caparrós & Masferrer, 2021; Cardoso, 2018; Estévez, Jáuregui, Lopez-Gonzalez, Macia, et al., 2021; Staiger et al., 2009).

Todos estos resultados indican que las personas con problemas de adicción tendrían una tendencia a desarrollar estrategias de afrontamiento menos adaptativas y que esto podría mantener y profundizar dichos problemas al mismo tiempo que puede favorecer la presencia de patología dual. De hecho, desde esta teoría, multiplicidad de estudios han planteado las adicciones en sí mismas como conductas de afrontamiento inadecuadas que pueden explicarse porque las personas no llevan a cabo conductas apropiadas para enfrentar los estresores (Arévalo et al., 2008; Estevez et al., 2019; Hassanbeigi et al., 2013; Jauregui & Estevez, 2020). Así, la adicción puede ser una respuesta a la ausencia de estrategias de afrontamiento ajustadas a las demandas internas y externas, de modo que la adicción en sí misma cumple la motivación de reducir el malestar asociado al estrés y mejorar el estado de ánimo (Hogarth et al., 2019; Vest & Tragesser, 2020; Wagner et al., 1999). En consecuencia, es fundamental conocer cuáles son las estrategias de afrontamiento adecuadas para lidiar con los estresores con el fin de comprender, prevenir e intervenir sobre la conducta adictiva (Arévalo et al., 2008; Estévez, Jáuregui, Lopez-Gonzalez, Macia, et al., 2021; Hassanbeigi et al., 2013).

Aunque la importancia de las estrategias de afrontamiento parece clara en relación a las adicciones a sustancias, la investigación sobre la relación entre las diferentes estrategias de afrontamiento y la co-ocurrencia de adicciones a sustancias y las adicciones comportamentales sigue siendo escasa (Estévez, Jáuregui, Lopez-Gonzalez, Macia, et al., 2021). Por ello, es importante seguir desarrollando investigación en esta área que permita conocer las estrategias de afrontamiento que puedan ser más útiles en la gestión de situaciones estresantes, para mejorar el pronóstico de las personas con patología dual.

1.4.3. Regulación emocional

“La regulación emocional refiere los procesos por los cuales los individuos influyen las emociones que tienen, cuándo las tienen y cómo las experimentan y expresan” (Gross, 1998; p. 275). Como se ha comentado, los problemas de regulación emocional pueden ser uno de los factores que más predispongan al uso inadecuado de las conductas adictivas como estrategias para aminorar el malestar (Fletcher et al., 2015; Lafond Padykula & Conklin, 2010; Schindler, 2019). De hecho, meta-análisis recientes tanto en adicción a sustancias (Stellern et al., 2022) como en adicción al juego (Velotti et al., 2021) señalan que las personas con adicciones tienen significativamente más dificultades de regulación emocional que las personas sin problemas de adicción. Por ello, en los siguientes apartados se profundiza en dos procesos de regulación emocional, alexitimia y *mindfulness*, y en su papel en las conductas de adicción.

1.4.3.1. Alexitimia

La alexitimia es un rasgo de personalidad que hace referencia a tener dificultades relacionadas con la identificación, expresión, y toma de conciencia de las propias emociones (Luminet et al., 2018). Tanto las personas con problemas de adicción a sustancias como las personas con riesgo o problemas de juego muestran mayores niveles de alexitimia que las personas sin problemas de adicción (Di Trani et al., 2017; Estévez et al., 2020, 2022; Honkalampi et al., 2022; Marchetti et al., 2019; Morie et al., 2016). Estas dificultades en la regulación emocional se relacionan, no sólo con la gravedad de la sintomatología, sino con un mayor número de recaídas y menos adherencia al tratamiento y a los programas de intervención (Morie et al., 2016; Palma-Alvarez et al., 2021).

Estas dificultades en la identificación, expresión y toma de conciencia de las emociones reducen la habilidades de regulación emocional (Estévez et al., 2022; Pandey et al., 2011). Por ello, la alexitimia se ha observado como un rasgo de personalidad que no sólo se relaciona con las adicciones sino que tiene múltiples implicaciones en el desarrollo de problemas de salud mental (Pandey et al., 2011). De hecho, los problemas de regulación emocional se han propuesto

como uno de los ejes comunes en los problemas de salud mental (Mestre-Bach et al., 2020).

Las personas con adicciones y problemas de alexitimia muestran más problemas de impulsividad, control de impulsos y agresividad y se relacionan con la presencia de problemas de patología dual como ansiedad, depresión o rasgos de trastornos de personalidad (Marchetti et al., 2019; Nasrolahi & Aghaee, 2022).

Pese a su importancia, la investigación en la relación entre la alexitimia y las adicciones comportamentales sigue siendo escasa (Estévez et al., 2022; Velotti et al., 2021), lo mismo sucede con las adicciones a sustancias y la patología dual (Hasking & Claes, 2020; Nahar & Kakulte, 2022). Por todo ello, conocer los factores que predisponen al desarrollo de la alexitimia y que, a su vez, expliquen la relación de la misma con los problemas de adicción y la patología dual puede ayudar al desarrollo de intervenciones destinadas a esta población (Hasking & Claes, 2020; Honkalampi et al., 2022; Marchetti et al., 2019; Velotti et al., 2021).

1.4.3.2. Mindfulness

El constructo de *mindfulness* proviene de la meditación vipassana que es un eje central en la práctica budista desde hace más de 2500 años (Shonin & Van Gordon, 2016). El concepto en sí de *mindfulness* fue introducido por Johann Kabat-Zinn (1990) para acercar la meditación a la cultura occidental desligando la relación de *mindfulness* con la práctica religiosa y facilitando su estudio científico.

Según este autor, el concepto de *mindfulness* o conciencia plena hace referencia a un estado mental en el que la atención se sitúa en el momento presente observando las experiencias internas (p.ej., pensamientos, emociones o sensaciones) y externas (p.ej., sonidos, imágenes u olores) con una actitud de aceptación y ausencia de juicio (Kabat-Zinn, 1990). Así, la conciencia plena involucra cinco competencias (Baer et al., 2006, 2008): Observación, Ausencia de juicio, Ausencia de reacción, Actuación consciente y Descripción de la experiencia.

- *Observación*: La observación describe la habilidad de prestar atención y tomar conciencia de los eventos internos y externos y de cómo interactúan entre sí.
- *Ausencia de juicio*: La ausencia de juicio hace referencia a la actitud con la que se observan los eventos. Desde esta actitud, los eventos agradables y desagradables se interpretan de manera ecuánime, con aceptación, sin hacer valoraciones o juicios sobre la experiencia como buena o mala.
- *Ausencia de reacción*: La ausencia de reacción define la habilidad de permitir y aceptar que los eventos aparezcan en el flujo de la conciencia y sigan su curso natural sin tratar de modificarlos, cambiarlos, aumentarlos, eliminarlos o evitarlos.
- *Actuación consciente*: La actuación consciente describe la habilidad de estar centrado en las acciones del momento presente con conciencia plena.
- *Descripción de la experiencia*: La descripción de la experiencia define el poder expresar y definir las emociones, pensamientos, sensaciones o imágenes que aparecen en la conciencia.

El *Mindfulness* se ha relacionado con múltiples beneficios en la regulación emocional. La práctica de mindfulness permite a las personas diferenciar y describir mejor su experiencia emocional, identificando qué aparece en su conciencia y cómo les influye. Si bien, ese proceso de observar con conciencia plena las emociones, pensamientos y sensaciones que se experimentan se realiza sin modificar ni huir de la experiencia, viviéndola y aceptándola tal cual es, sin juzgar, sea agradable o desagradable. Esto permite que se reduzca la fusión cognitiva con los eventos internos y la reactividad a los estados emocionales, permitiendo que la persona pueda adaptarse mejor al entorno y que mejore su bienestar emocional (Chambers et al., 2009).

Las personas con adicción muestran una mayor probabilidad que la población sin adicciones de presentar problemas de regulación emocional como poca conciencia y claridad emocional, la no aceptación y supresión de las emociones desagradables y dificultades en autorregular el comportamiento y en

el control los impulsos en situaciones con alta carga emocional (Stellern et al., 2022; Velotti et al., 2021). En consecuencia, la habilidad de *mindfulness* se ha propuesto como una estrategia deseable para reducir los problemas de adicción mediante la reducción de los problemas de regulación emocional de esta población (Sancho et al., 2018; Velotti et al., 2021).

A través de la práctica consciente se puede aprender a desarrollar la capacidad de *mindfulness* y relacionarse de manera adaptativa con la experiencia interna y externa mejorando las habilidades de regulación emocional. Dados dichos beneficios y la posibilidad de desarrollar la habilidad mediante entrenamiento, no es de extrañar, por tanto, el auge en el desarrollo de investigación e intervenciones desde esta perspectiva para mejorar la salud mental y el bienestar de las personas con adicciones (Rosenthal et al., 2021; Sancho et al., 2018).

La investigación sobre la eficacia de los programas de *mindfulness* en población con adicciones con y sin sustancia, señala que reportan beneficios en la reducción de los problemas de adicción, la dependencia, el *craving* o las recaídas. Asimismo, estas intervenciones ayudan a mejorar la patología dual reduciendo los problemas emocionales como la sintomatología depresiva o ansiosa de esta población (Rosenthal et al., 2021; Sancho et al., 2018).

Pese a lo expuesto anteriormente, los estudios en relación a las adicciones comportamentales siguen siendo escasos y sigue requiriéndose evidencia que explique la relación entre *mindfulness* y los procesos adictivos (Rosenthal et al., 2021).

1.4.4. Personalidad

Los perfiles de personalidad disfuncionales son uno de los problemas de salud mental que más se ha relacionado con los problemas de adicción, tanto a sustancias como comportamentales (Del Pino-Gutiérrez et al., 2017; Jiménez-Murcia et al., 2009, 2014; Zilberman et al., 2018). De hecho, la presencia de dichos perfiles de personalidad se ha observado como un factor común a la presencia de varias adicciones y otros problema de patología dual como la presencia de sintomatología ansioso-depresiva (Del Pino-Gutiérrez et al., 2017; Jiménez-Murcia et al., 2009).

Entre los trastornos de personalidad con mayor relación con los problemas de adicción se encuentran la *personalidad antisocial* y la *personalidad límite* (Helle et al., 2019; Walter, 2015). En base al DSM-5-TR (APA, 2022), los trastornos de personalidad hacen referencia a patrones duraderos y persistentes de conducta, a nivel cognitivo, emocional y comportamental, que destacan por desviarse de los comportamientos normativos a nivel cultural y generar malestar y desadaptación al entorno.

En concreto, la *personalidad antisocial* hace referencia a “un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás, criminalidad, impulsividad y falta de aprendizaje de la experiencia” (APA, 2022, p. 733). En el caso de las adicciones a sustancia, los estudios de prevalencia muestran que entre un 22.9% y un 34.6% de las personas con adicción a sustancias presentan un diagnóstico comórbido de personalidad antisocial (Walter, 2015). En los estudios de Arias et al. (2013b, 2013a) en España con 837 pacientes con problemas de adicción a la cocaína o el cánnabis, observaron que aproximadamente la mitad de las personas (49.6-51%) mostraba algún trastorno de personalidad, siendo el más prevalente el trastorno de personalidad antisocial.

En el caso de la adicción al juego, el meta-análisis de Lorains et al. (2011) señala que la prevalencia de trastorno de personalidad antisocial en personas con problemas o trastorno de adicción al juego es alrededor del 28.8%. Si bien, aunque en algunos casos la proporción de personas con trastorno de personalidad antisocial podría ser menor, la probabilidad de que tener una adicción al juego entre las personas con personalidad antisocial llega a ser del

84%, situando a la población con estos perfiles de personalidad como una población con especial riesgo hacia el desarrollo de conductas adictivas (Valleur et al., 2016).

De hecho, la personalidad antisocial se ha relacionado con patrones adictivos más severos y con mayor presencia comórbida de adicciones con y sin sustancia (Barnes et al., 2015). Estos datos pueden explicarse porque las personas con perfiles antisociales suelen ser menos sensibles al refuerzo, menos activas hacia el desarrollo de metas con valor, pero con mayor tendencia a asumir riesgos (Valleur et al., 2016). De hecho, la impulsividad y falta de control de impulsos y la tendencia a inclinarse a conductas de riesgo es el factor que se ha propuesto como elemento clave para explicar porque estas personas puede tender a desarrollar conductas adictivas, sobre todo en el caso del consumo de sustancias ilegales (Del Pino-Gutiérrez et al., 2017; Steel & Blaszczynski, 1996; Valleur et al., 2016).

Por otro lado, la *personalidad límite* refiere “un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y una marcada impulsividad” (APA, 2022, p. 733).

La personalidad límite es también frecuente entre las personas con adicciones (Vest & Tragesser, 2020; Walter, 2015). Entre las personas con adicción a sustancias, el meta-análisis de Trull et al. (2018) señala que un 25% presenta también un trastorno de personalidad límite. En el caso de la adicción al juego, el estudio Fernández-Montalvo y Echeburúa (2004) en España observó que el trastorno de personalidad más frecuente fue la personalidad límite, estando presente en un 16% de las personas participantes. Estos datos son similares a investigaciones en otras culturas donde la prevalencia de la personalidad límite entre jugadores patológicos se sitúa en torno al 13% (Dowling et al., 2015).

Como sucede en el caso de la personalidad antisocial, el porcentaje de personas con personalidad límite que presenta un trastorno de adicción es aún mayor. Se estima que un 78% de las personas con personalidad límite desarrolla un problema de adicción a sustancias (Kienast et al., 2014).

En la relación entre la personalidad límite y las adicciones, la falta de control de impulsos y los problemas de regulación emocional se han planteado como factores explicativos de dicha relación. Así, las personas con personalidad

límite tenderían a experimentar problemas en las relaciones, malestar intenso junto con dificultades para regular ese malestar que podrían derivar en el uso del consumo de sustancias o conductas adictivas como el juego para reducir dichas dificultades emocionales y evadirse del malestar social (Brown et al., 2014; Kienast et al., 2014; Trull et al., 2018).

Asimismo, estos factores de riesgo no sólo se relacionarían con el desarrollo de problemas de adicción sino que las conductas de las personas con personalidad límite se relacionan con más conductas autolíticas, intentos de suicidio y una mayor gravedad y peor evolución de los problemas adictivos como menos adherencia al tratamiento y mayor número de recaídas (Brown et al., 2014; Kienast et al., 2014; Trull et al., 2018; Walter, 2015).

Como se puede observar a partir de lo expuesto, tanto la personalidad límite como la personalidad antisocial son factores de riesgo para el desarrollo y una peor evolución de las adicciones, incluyendo características específicas en las conductas de estas personas que hacen necesarios enfoques específicos para su abordaje terapéutico (Kienast et al., 2014). Sin embargo, sigue siendo necesaria la investigación sobre los factores etiológicos y las consecuencias de la aparición de estas patologías duales que den claves sobre la intervención adecuada y adaptada a estos grupos poblacionales (Brown et al., 2014; Kienast et al., 2014; Vest & Tragesser, 2020; Walter, 2015).

1.5. LAS ADICCIONES Y LA PATOLOGÍA DUAL: SU ABORDAJE EN EL SISTEMA DE SALUD, ALINEACIÓN CON LOS PLANES DE SALUD DEL GV

En relación al abordaje de las adicciones y la patología dual, en apartados anteriores se ha señalado que su identificación y tratamiento están infradesarrollados estimándose que casi el 90% de las personas con estas patologías no tienen el apoyo necesario (SAMHSA, 2020). Asimismo, el tratamiento de la patología dual en unidades diferenciadas de psiquiatría y unidades de adicciones reduce y complica la adherencia y efectividad de las intervenciones, siendo necesario tanto la identificación de la patología dual como conocer sus necesidades específicas de tratamiento y realizar propuestas de servicios que aborden de manera conjunta la adicción y la salud mental para aumentar el éxito de los procesos terapéuticos y en los programas de intervención (Torales et al., 2018; Weaver et al., 2003; WPA, 2014).

En Euskadi hay una larga trayectoria en el abordaje de las adicciones y de la patología dual, con una estructura de recursos de referencia, muy diversa y completa. En la CAPV las redes de salud mental y de adicciones se encuentran integradas, en Osakidetza y en Centros Concertados por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Ahora bien, aunque el modelo es el de “tratamiento integrado” coexisten diferentes modelos funcionales de integración en los tres territorios históricos.

La Unidad Dual (en adelante UD), lugar en el que se ha realizado la investigación, es un dispositivo asistencial, dependiente del Servicio de Psiquiatría de un Hospital General, en el que se ingresa para realizar procesos de deshabitación a sustancias, con el objetivo de abandonar el consumo de drogas, reajustar tratamientos sustitutorios y/o reducción de daños, dependiendo de la situación clínica del paciente, de los antecedentes previos y del plan terapéutico. En la UD es muy frecuente la existencia de patología dual, con sintomatología ansioso-depresiva de base u otro trastorno mental comórbido. El patrón de consumo varía, con un predominio de situaciones de policonsumo y actualmente se está detectando la incidencia de conducta de juego patológico, remarcando el interés por investigar su prevalencia en la UD y los factores de

riesgo que pueden fomentar la aparición del mismo junto a la adicción a sustancias.

El tema objeto de esta investigación y los resultados obtenidos son de interés para el sistema sanitario de Euskadi, dada la importancia del problema de las adicciones y patología dual en la población atendida y la cantidad de recursos y servicios que Osakidetza destina al abordaje de las toxicomanías. Así, además de la UD (la única Unidad Específica de Desintoxicación del Servicio vasco de Salud), existe una amplia red de recursos asistenciales para atender la problemática de las adicciones, muy presente en la sociedad vasca, que genera un considerable gasto sanitario y tiene un amplio impacto social y en las personas que lo sufren y sus familias. Dicho trabajo en red, algo que se tiene muy presente en la UD, será garante de una mayor capacidad de difusión e impacto de los resultados de esta investigación.

Así mismo, también cabe señalar la importancia de identificar y cuantificar la presencia de adicción sin sustancia entre nuestra población con problemas de toxicomanías. El juego patológico, adicción comportamental creciente, puede pasar desapercibida o quedar en un segundo plano cuando existe una adicción con sustancia. Sin embargo, las graves consecuencias que el juego patológico tiene para la vida de la persona y sus familias requiere su estudio específico.

Esta investigación se alinea con diferentes planes del gobierno vasco para la promoción de la salud, tanto con planes generales como específicos en adicciones.

En primer lugar converge con los Planes de Salud y el Marco Estratégico 2021-2024 del Departamento de Salud. Así el Plan de Salud de Euskadi 2013-2020 que en el área prioritaria 5 (Entornos y conductas saludables) recoge en el objetivo de Adicciones: prevenir conductas adictivas (alcohol, tabaco, otras sustancias, adicciones sin sustancia), reducir y retardar el inicio del consumo de tabaco y alcohol y otras sustancias, así como minimizar el daño derivado de las adicciones. Para la consecución de tales fines, contiene acciones dirigida a “Consolidar la estrategia de reducción de riesgos y daños”. Consciente de la problemática existente y de la falta de datos definitivos sobre la prevalencia del juego patológico, establece entre sus acciones para el logro del objetivo 5.4, “Impulsar el abordaje de las adicciones sin sustancia en sus dimensiones de prevención y tratamiento (5.4.4.)”.

En segundo lugar, al igual que el VII Plan de Adicciones: Euskadi 2017-2021, a lo largo de esta investigación hemos compartido una visión integral de las adicciones y la importancia de su abordaje multidisciplinar; defendemos la relevancia de las variables psicológicas intervinientes e incorporamos las adicciones sin sustancia o adicciones comportamentales, como un problema creciente de gran impacto social. Dentro de VII Plan de Adicciones de Euskadi en su Eje 3: Asistencia Sanitaria y Sociosanitaria e Inclusión Social se recoge como objetivo la atención Personas con patología dual y pluripatologías. Actualmente está en elaboración el VIII Plan de Adicciones de Euskadi 2022-2026.

En tercer lugar, cada vez se oyen más voces que reclaman la necesidad de programas específicos de atención a la Patología Dual en los Servicios públicos de salud mental. La Estrategia en Salud Mental del SNS 2022-2026 aunque no incluye el concepto de PD sí incluye dentro de las siguientes líneas estratégicas distintos objetivos destacados en el abordaje de ésta, como es el objetivo general 7.3. Desarrollar la cooperación dentro del equipo interdisciplinar de salud mental, en la que se recomienda (punto VI) Tender a la integración entre las redes de salud mental y de atención a las adicciones en aquellas comunidades autónomas donde todavía no estén integradas.

Desde la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) se considera que se deberían adecuar los servicios con programas específicos para PD y en su defecto, generarlos. En concreto sería importante crear un Plan Individualizado de Tratamiento Integral (PTI), y establecer protocolos clínicos de coordinación. Como ejemplo de buena práctica cabe señalar el programa de atención grupal de “Patología Dual y Género” que se ha puesto en marcha en la Unidad Dual para atender las necesidades específicas de las mujeres con PD.

En esta misma dirección, en la sesión del Parlamento vasco del pasado 8 de mayo de 2023, en la que se presentaron tres planes de salud Mental elaborados por el Consejo Asesor de Salud Mental del País Vasco, el de Patología Dual hace referencia a la importancia y necesidad de implantar protocolos clínicos y sociosanitarios de coordinación de los procesos de atención más prevalentes en Patología Dual y/o de mayor complejidad clínica y asistencial para un abordaje integral de estos pacientes.

2. ESTUDIO EMPIRICO

2.1. MOTIVACIÓN DEL ESTUDIO

Varios han sido los factores que han motivado esta investigación y la elección de las variables de estudio:

- La necesidad de recoger evidencia empírica para objetivar las impresiones clínicas y avanzar en el abordaje terapéutico de las adicciones durante el ingreso en la UD.
- La concepción de la conducta adictiva en sentido amplio, que incluye tanto las adicciones con sustancia como las adicciones comportamentales sin sustancia.
- La existencia de la comorbilidad en las personas con problemas de consumo de drogas que ingresan en la UD, junto a la realidad emergente del juego patológico entre los pacientes, que es necesario dimensionar y visibilizar. Esta investigación nos permitirá objetivar dicha conducta en la población que ingresa en la unidad.
- La importancia de abordar variables psicológicas como el apego adulto, las estrategias de afrontamiento y de regulación emocional utilizadas por las personas con problemas de adicciones, variables que tienen un gran papel en la conducta adictiva e interactúan con su proceso terapéutico.

Por todo ello, nos planteamos realizar una investigación que además de las variables clínicas y sociodemográficas incluyera también dichas variables psicológicas (apego adulto, afrontamiento, regulación emocional), junto a rasgos de personalidad y niveles de ansiedad y depresión, así como la medición del juego patológico, para entender los mecanismos de interacción entre ellas y su valor explicativo en la forma de actuar de las personas con conductas adictivas con sustancia y sin sustancia. Ello ha implicado la revisión de las historias clínicas, la aplicación de diferentes cuestionarios estandarizados durante el ingreso y la definición de los objetivos de estudio que se detallan a continuación. Este mayor conocimiento nos permite obtener conclusiones que favorecen el avance en la intervención terapéutica en la UD.

2.2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Los **objetivos generales** de este estudio son los siguientes:

1. Conocer los factores cognitivo-emocionales de las personas que ingresan en la UD del Hospital de Galdakao.
2. Analizar la relación del apego adulto, el afrontamiento y la regulación emocional con la presencia de conductas adictivas.
3. Analizar las diferencias individuales en apego adulto, afrontamiento y regulación emocional en función del tipo de conducta adictiva; así como la interacción entre dichas variables.
4. Analizar la relación entre los *rasgos de personalidad* y las variables cognitivo-emocionales en las personas con conducta adictiva.
5. Conocer la presencia de conducta de juego patológico de las personas que ingresan en la UD del Hospital de Galdakao.

En función de los objetivos generales planteados, hemos definido los siguientes **objetivos específicos** de este estudio:

- 1) Análisis descriptivo de las *variables sociodemográficas y clínicas* (comorbilidad de problemas de salud mental) de las personas ingresadas en la UD, diferenciando el tipo de adicción (solo alcohol, policonsumo, presencia de juego patológico) y la variable sexo.
- 2) Análisis descriptivo de las *variables cognitivo-emocionales* (afrontamiento, apego adulto y regulación emocional) de las personas ingresadas en la UD, diferenciando el tipo de adicción y la variable sexo.
- 3) Analizar la relación entre el *afrontamiento* y la *regulación emocional* (RE) y su interacción con la sintomatología ansioso-depresiva, diferenciando los datos por sexo.
- 4) Analizar la relación entre el *afrontamiento* y el *tipo de apego* y su interacción con la sintomatología ansioso-depresiva, diferenciando los datos por sexo.

- 5) Analizar la relación entre el *afrontamiento*, la *regulación emocional*, el *tipo de apego* y su interacción con la sintomatología ansioso-depresiva, diferenciando los datos por sexo.
- 6) Analizar la relación del *juego patológico* con la regulación emocional, el afrontamiento, el tipo de apego adulto, y la interacción entre dichas variables cognitivo-emocionales, diferenciando los datos por sexo.
- 7) Estudiar el papel mediador de la *regulación emocional* entre la sintomatología ansioso-depresiva y las adicciones con sustancia (diferenciando alcohol y otras sustancias).
- 8) Estudiar el papel mediador de la *regulación emocional* entre la sintomatología ansioso-depresiva y el juego patológico.
- 9) Estudiar el papel mediador de las *estrategias de afrontamiento* entre la sintomatología ansioso-depresiva y las adicciones con sustancia (diferenciando alcohol y otras sustancias).
- 10) Estudiar el papel mediador de las *estrategias de afrontamiento* entre la sintomatología ansioso-depresiva y el juego patológico.
- 11) Estudiar el papel mediador del *tipo de apego adulto* entre la sintomatología ansioso-depresiva y las adicciones con sustancia (diferenciando alcohol y otras sustancias).
- 12) Estudiar el papel mediador del *tipo de apego adulto* entre la sintomatología ansioso-depresiva y el juego patológico.
- 13) Estudiar la relación entre los *rasgos de personalidad* (antisocial y personalidad límite) y el tipo de apego adulto en las personas con conducta adictiva que ingresan en la UD del Hospital de Galdakao.
- 14) Estudiar la relación entre los *rasgos de personalidad* (antisocial y personalidad límite) y la regulación emocional en las personas con conducta adictiva que ingresan en la UD del Hospital de Galdakao.
- 15) Estudiar la relación entre los *rasgos de personalidad* (antisocial y personalidad límite) y las estrategias de afrontamiento en las personas con conducta adictiva que ingresan en la UD del Hospital de Galdakao.

2.3. HIPÓTESIS

En base a la literatura revisada y a los objetivos de nuestro estudio, descritos en el apartado anterior (2.3), planteamos las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1: Existen diferencias en las estrategias de afrontamiento utilizadas por la población con conductas adictivas (adicciones con y sin sustancia), aunque habrá una mayor presencia de estrategias desadaptativas. Dichas diferencias se podrán explicar en función de las variables cognitivo-emocionales (tipo de apego adulto y estrategias de regulación emocional) y de los rasgos de personalidad.

Hipótesis 2: Existen diferencias en el tipo de apego adulto de las personas con conductas adictivas (adicciones con y sin sustancia), aunque habrá una mayor presencia de estilos de apego adulto evitativo o inseguro. Dichas diferencias se podrán explicar en función de las variables cognitivo-emocionales (estrategias de afrontamiento y estrategias de regulación emocional) y de los rasgos de personalidad.

Hipótesis 3: Existen diferencias en las estrategias de regulación emocional utilizadas por las personas con conductas adictivas (adicciones con y sin sustancia), en función de las variables cognitivo-emocionales (estrategias de afrontamiento y tipo de apego adulto) y de los rasgos de personalidad; y dichas diferencias correlacionarán significativamente con la sintomatología ansioso-depresiva.

Hipótesis 4: Hay relación entre las variables de regulación emocional y las estrategias de afrontamiento utilizadas, y correlacionarán significativamente con la sintomatología ansioso-depresiva.

- **Subhipótesis 4.1:** Las dificultades de regulación emocional correlacionarán de forma positiva con las estrategias de afrontamiento desadaptativas (evitación y aislamiento).

- **Subhipótesis 4.2:** Las correlaciones entre la sintomatología ansioso-depresiva y las dificultades de regulación emocional, serán mayores en el caso de utilización de estrategias de afrontamiento desadaptativas.

Hipótesis 5: Hay relación entre las estrategias de afrontamiento utilizadas y el tipo de apego adulto, y correlacionarán significativamente con la sintomatología ansioso-depresiva en las personas con conductas adictivas.

- **Subhipótesis 5.1:** El tipo de apego adulto correlacionará con las estrategias de afrontamiento desadaptativas (evitación y aislamiento).
- **Subhipótesis 5.2:** Las correlaciones entre la sintomatología ansioso-depresiva y los tipos de apego inseguros, serán mayores en el caso de utilización de estrategias de afrontamiento desadaptativas.

Hipótesis 6: Existe relación entre los *rasgos de personalidad* (antisocial y personalidad límite) y las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas con conducta adictiva (con y sin sustancia).

Hipótesis 7: Existe relación entre los *rasgos de personalidad* (antisocial y personalidad límite) y el tipo de apego adulto en las personas con conducta adictiva.

Hipótesis 8: Existe relación entre los *rasgos de personalidad* (antisocial y personalidad límite) y las estrategias de regulación emocional utilizadas por las personas con conducta adictiva (con y sin sustancia).

3. METODOLOGIA

3.1. DISEÑO, MUESTRA, VARIABLES E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Se llevó a cabo un **diseño transversal** correlacional para observar la relación entre las distintas variables socio-demográficas, clínicas y psicológicas y las adicciones a sustancias y el juego problemático.

Las personas participantes fueron pacientes ingresados en la Unidad Dual del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Galdakao – Usansolo.

La **muestra clínica** fue seleccionada atendiendo a los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión: (a) Tener problemas de conducta adictiva con sustancia o sin sustancia, (b) Estar ingresado/a para desintoxicación, (c) Tener 18 años o más y (d) querer participar voluntariamente.
- Criterios de exclusión: (a) deterioro cognitivo y/o físico que impida cumplimentar los cuestionarios (b) limitaciones de alfabetización, con problemas para la lectura y la escritura (c) funcionamiento cognitivo bajo que no permita la comprensión de los cuestionarios utilizados, (d) rechazo a participar en el estudio y/o en el tratamiento, (e) no haber cumplido la mayoría de edad (18 años).

A lo largo del año se realizan más de 300 ingresos en la Unidad Dual, con una media de duración de 10-15 días. La recogida de datos se realizó durante este período de ingreso, y participaron en el estudio todas aquellas personas que voluntariamente quisieron formar parte y cumplieron los requisitos para ello.

Durante dicho ingreso hospitalario se les informó de las características del estudio, y se les invitó a participar a partir de quinto día de ingreso, una vez estabilizada su situación física y de funcionamiento cognitivo. Se solicitó a todos los participantes el consentimiento informado para la utilización de los datos en esta investigación, la cual cuenta con el informe favorable del Comité de Ética del Hospital de Galdakao (Proyecto 23/17).

Las **variables objeto de estudio** son:

- 1) Variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel académico, estado civil, unidad convivencial, variables psicosociales).

- 2) Variables clínicas:
 - Problemas de salud física crónica (VIH, hepatitis, otros),
 - Antecedentes familiares de problemas SM (Sí/No)
 - Antecedentes familiares de conducta adictiva con sustancia (solo Alcohol, Otras sustancias), y sin sustancia (juego patológico).
 - Presencia de patología dual (Trastorno Límite Personalidad, TDAH, Retraso mental, Depresión, Ansiedad y Otros) y comorbilidad de patología psiquiátrica y conducta adictiva.
 - Tratamiento psicofarmacológico activo (Sí/No).

- 3) Variables de la conducta adictiva:
 - Tipo sustancia/s consumidas: Solo alcohol, mono-consumo (por sustancia) y policonsumo.
 - Primer intento terapéutico versus procesos terapéuticos previos.
 - Mono versus policonsumo,
 - Juego patológico (Sí/No).

- 4) Variables psicológicas (cognitivo-emocionales y rasgos de personalidad):
 - *Estrategias de Afrontamiento*
 - *Tipo de Apego Adulto.*
 - Variables de *regulación emocional*: alexitimia y capacidad de distanciamiento emocional.
 - Variables de *personalidad* (7 rasgos): rasgos antisociales y de personalidad límite.
 - Síntomas de Ansiedad y depresión.
 - Conducta de Juego patológico.

Los **instrumentos de evaluación** utilizados para operativizar las variables anteriormente mencionadas fueron:

- Cuestionario de variables clínicas y sociodemográficas (de elaboración propia).

- *Inventario de estrategias de afrontamiento* (Coping Strategies Inventory, CSI; Tobin et al., 1989), versión adaptada al español por Cano García et al. (2007).
 - Evalúa 8 factores de afrontamiento: Resolución de Problemas (RP), Autocrítica (AUC), Expresión Emocional (EEM), Pensamiento Desiderativo (PSD), Apoyo Social (APS), Reestructuración Cognitiva (REC), Evitación de Problemas (EVP) y Retirada Social (RES).
 - Está compuesto por 40 ítems cuya respuesta se recoge en una escala Likert de cinco puntos preguntado por la frecuencia en qué hizo la persona lo que se describe en cada ítem.
 - La fiabilidad de los factores en la validación española osciló entre .72 y .94.

- *Cuestionario de Apego Adulto* (Melero & Cantero, 2008).
 - Evalúa 4 estilos afectivo-relacionales: Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo, Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad, Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones y Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad.
 - Está compuesto por 40 ítems con una escala de respuesta Likert de 6 puntos desde 1 “Nada de acuerdo” a 6 “Muy de acuerdo”.
 - La escala permite categorizar las respuestas en tipologías de apego seguro e inseguro.
 - La fiabilidad de las dimensiones en la versión original osciló entre .68 y .86.

- *Autorregulación Emocional - Toronto Alexitimia Scale (TAS)*, de Taylor et al. (1992), en la adaptación española (Martínez Sanchez, 1996):
 - Evalúa 3 factores de alexitimia: Dificultad para la discriminación de señales emocionales; Dificultad en la expresión verbal de emociones y Pensamiento orientado hacia detalles externos.
 - Está compuesta por 20 ítems con una escala de respuesta de 5 puntos de “Total desacuerdo” a “Total acuerdo”.
 - La fiabilidad de la escala global en la validación española fue de .78, con los factores con una fiabilidad entre .61 y .79.

- *Autorregulación Emocional - Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFQM)* de Baer et al. (2008), versión abreviada adaptada al español por Coo Calcagni & Salanova Soria (2016):
 - Evalúa 5 factores de mindfulness: Observar, Describir, Actuar conscientemente, No juzgar la propia experiencia y No reaccionar ante la propia experiencia.
 - Incluye 20 ítems en una escala de respuesta tipo Likert de 6 puntos de 0 “Nunca o muy rara vez” a 6 “Muy a menudo o siempre”.
 - La escala global de la versión reducida en español muestra una fiabilidad de .84, con un rango entre .43 a .80 para las dimensiones concretas.

- Escalas de Rasgos antisociales y de personalidad límite del *Cuestionario de Personalidad PAI* (Morey, 1991; adaptación de Ortiz-Tallo et al., 2011).
 - El PAI recoge a través de 344 ítems 4 escalas de validez, 11 escalas clínicas, 5 escalas de consideración para el tratamiento y 2 escalas de relaciones interpersonales. Las escalas de rasgos antisociales y personalidad límite se encuentran entre las once escalas clínicas.
 - La fiabilidad de la escala de rasgo de personalidad límite en muestra española fue de .84 y la escala de rasgos de personalidad antisocial fue de .76.

- *Síntomas de Ansiedad y Depresión (SCL-90-R)* de Derogatis (2002) en su versión adaptada al castellano (González de Rivera et al., 2002).
 - El cuestionario mide 9 escalas clínicas: depresión, ansiedad, somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, ansiedad fóbica, psicoticismo, ideación paranoide y hostilidad.
 - Está compuesto por 90 ítems que se responden en una escala Likert de 5 puntos de 0 “Nada” a 4 “Competamente”.
 - La fiabilidad de las escalas en la validación española oscilan de .77 a .90.

- *Cuestionario breve de juego patológico (CBJP)* de Fernández-Montalvo et al. (1995).
 - Es una escala de cribado de 4 ítems en una escala de respuesta dicotómica de “sí” y “no”.
 - La fiabilidad de la escala en la versión original fue de .94.
 - La sensibilidad de la escala es del 100%, la especificidad del 97.5% y la eficacia diagnóstica del 97.88%.

- *Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS; Lesieur & Blume, 1987)* en su adaptación española (Echeburúa Odriozola et al., 1994).
 - Mide el juego patológico a través de 20 ítems con mayor puntuación indicando problemas de juego mayores.
 - Una escala de 5 o más indica posible juego patológico.
 - La fiabilidad de la escala fue de .94 en la versión española.

La administración de los cuestionarios se realizó de forma individualizada, mayoritariamente de forma autocumplimentada, contando con el apoyo de la psicóloga de la unidad para resolver dudas y con el apoyo de enfermería durante los períodos de tarde o fin de semana. Excepcionalmente en el caso de que la persona tuviera problemas de visión o dificultades para la autocumplimentación se apoyó la lectura de los cuestionarios.

3.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis de datos se llevó a cabo con SAS. Se analizaron los estadísticos descriptivos y/o las frecuencias de todas las variables objeto de estudio incluyendo la descripción de la muestra global, por sexo (i.e., hombre o mujer) y en función de la presencia o no de problemas de juego.

En todas las hipótesis de trabajo se llevaron a cabo análisis diferenciales entre las conductas adictivas con sustancia (diferenciando alcohol y otras sustancias) y adicciones comportamentales sin sustancia (juego patológico), así como por sexo. Las comparaciones se llevaron a cabo mediante test de chi-cuadrado cuando tanto la variable independiente como la dependiente fueron variables categóricas. En el caso de variables continuas, las diferencias entre grupos (siempre variables categóricas), se examinaron mediante *t* de Student para muestras independientes.

La relación entre la sintomatología psicológica (i.e., ansiedad y depresión) y los factores psicológicos (i.e., apego, estrategias de afrontamiento, regulación emocional y personalidad) se examinaron mediante correlaciones de Pearson al involucrar dos variables continuas.

Asimismo, se realizó un modelo predictivo de juego patológico mediante regresiones logísticas examinando qué factores, de entre todos los recogidos en el estudio, actuaban como factores de riesgo fundamentales en la presencia de problemas de juego en la población con adicciones a sustancias.

4. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

4.1. DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

4.1.1. Datos sociodemográficos de la muestra global

La muestra global incluyó un total de 369 personas con problemas de adicción ingresadas para realizar su proceso de desintoxicación en la Unidad Dual (UD) en el Hospital de Galdakao. La edad media de esta población fue de 44.14 años (DT = 10.40).

Tabla 3. Datos sociodemográficos de la muestra global

Variable	Total (n = 369)	
	n	(%)
Edad categorizada		
18-25	19	(5.15)
26-40	105	(28.46)
41-56	202	(54.74)
>56	42	(11.65)
Nivel de estudios		
Sin estudios	22	(5.96)
Estudios primarios	139	(37.67)
Estudios secundarios	68	(18.43)
Formación Profesional	104	(28.18)
Estudios universitarios	36	(9.76)
Estado civil		
Soltero/a	186	(50.41)
Casado/a	50	(13.55)
Pareja de hecho	35	(9.49)
Separado/a-Divorciado/a	87	(23.58)
Viudo/a	11	(2.98)
Situación laboral		
Trabaja	129	(34.96)
Estudia	9	(2.44)
En paro	149	(40.38)
Jubilado	13	(3.52)
Incapacidad laboral	59	(15.99)
Otra ocupación-Indeterminado	10	(2.71)

Según los datos recogidos y expuestos en la Tabla 3, las personas con adicciones que acuden a la UD son mayoritariamente de entre 40 y 56 años, seguidos de aquellos con edades entre los 26 y 40. En base a esta información, se observa que los adultos de edades medias son los más proclives a tener problemas de adicción y acceder a la búsqueda de ayuda en la UD mientras que es menos frecuente que acudan personas jóvenes de entre 18 y 26 años o mayores de más de 56 años.

El nivel de estudios más prevalente son los estudios no universitarios con el 84.28% de la muestra. Según el INE (2020), el 40% de la población española tiene estudios universitarios lo que contrasta con los datos de la población que acude a la UD observándose una mayor prevalencia de los problemas de toxicomanía en población no universitaria.

La situación civil de estas personas indica que pueden tener problemas para mantener las relaciones de pareja dado que la mitad de la muestra describe estar soltera y un cuarto de la misma se ha divorciado o separado de su pareja. Según el INE (2021), en la población general, por el contrario, se encuentra una mayoría de personas casadas (50.2%), y un porcentaje muy inferior de personas solteras (35.6%) o divorciadas o separadas (6.8%) que en la población de personas con problemas de toxicomanía.

Del mismo modo, se observa que las personas con adicciones pueden tener dificultades en tener o mantener un puesto de trabajo dado que un importante porcentaje de esta población está en paro (40% aproximadamente) o con incapacidad laboral (16% aproximadamente). Estos valores contrastan con los datos de paro a nivel nacional que se sitúan en el 14.57% en el tercer trimestre de 2021 (INE, 2021) aunque los datos de incapacidad son relativamente similares a los de la población general (11.19%) (Observatorio Estatal de Discapacidad, 2019).

Los datos sociales indican que hay un alto uso de los servicios y ayudas sociales en esta población (ver Tabla 4). Más de un tercio de la muestra es usuario de servicios sociales y casi la mitad percibe alguna prestación. Asimismo, más de un cuarto de estas personas tienen la valoración legal de discapacidad y 1 de cada 10 tiene tutor legal y/o la valoración de exclusión social.

Tabla 4. Datos de uso de servicios y ayudas sociales de la muestra global

Variable	Total (n = 369)	
	n	(%)
Usuario/a de servicios sociales		
	No	241 (65.31)
	Sí	128 (34.69)
Tutor legal (Capacidad Jurídica Modificada)		
	No	331 (89.70)
	Sí	38 (10.3)
Valoración de discapacidad		
	No	268 (72.63)
	Sí	101 (27.37)
Valoración exclusión social (DFB)		
	No	165 (88.71)
	Sí	21 (11.29)
Prestación		
	No	194 (54.80)
	Sí	160 (45.20)

En relación a las condiciones de vida, se observa que las personas con problemas de adicción pueden estar viviendo situaciones de exclusión que afecten al tipo de alojamiento habitual.

Tabla 5. Datos de residencia e infracciones legales de la muestra global

Variable	Total (n = 369)	
	n	(%)
Tipo de Alojamiento		
	Vivienda en propiedad	150 (63.03)
	Vivienda sin propiedad	65 (27.31)
	Piso tutelado	10 (4.20)
	Residencia	7 (2.94)
	Albergue	6 (2.52)
Unidad Convivencial		
	Vive solo/a	71 (28.63)
	Con familia de origen	76 (30.65)
	Con familia propia	68 (27.42)
	Piso tutelado	6 (2.42)
	Otro	27 (10.89)
Estancias previas en prisión		
	No	223 (87.80)
	Sí	31 (12.20)
Juicios pendientes		
	No	210 (83.00)
	Sí	43 (17.00)

Así, los datos sobre el lugar de residencia indican que, aunque la mayor parte reside en una vivienda, sea o no de su propiedad, 1 de cada 10 personas reside en pisos tutelados, residencias o albergues (ver Tabla 5).

Por otro lado, con respecto a las infracciones legales, se observa que un porcentaje elevado ha tenido problemas con la ley dado que más del 10% ha estado en prisión y que un porcentaje mayor tiene juicios pendientes, lo que señala que las personas con adicciones que acuden a la UD pueden tender a cometer más infracciones legales que la población general.

4.1.2. Datos sociodemográficos por género

Las personas con problemas de adicción que asisten a la UD del Hospital de Galdakao de la presente muestra fueron 253 hombres y 116 mujeres, representando, por tanto, un 68.56% y un 31.44% respectivamente. Esto indica que los hombres tienen más de dos veces más probabilidad de asistir a la UD que las mujeres. No hubo diferencias significativas en la edad entre hombres y mujeres siendo la media de los hombres de 43.92 años (DT = 10.17) y la de las mujeres de 44.61 años (DT = 10.92).

Como se puede observar en la Tabla 6, las comparaciones entre hombres y mujeres en los datos sociodemográficos indicaron que no hubo diferencias en la proporción de personas representadas por cada grupo de edad entre ambos géneros ni tampoco hubo diferencias en el nivel de estudios. Esto indica que ni la edad ni el nivel educativo tuvieron una relación diferencial con los procesos adictivos entre hombres y mujeres.

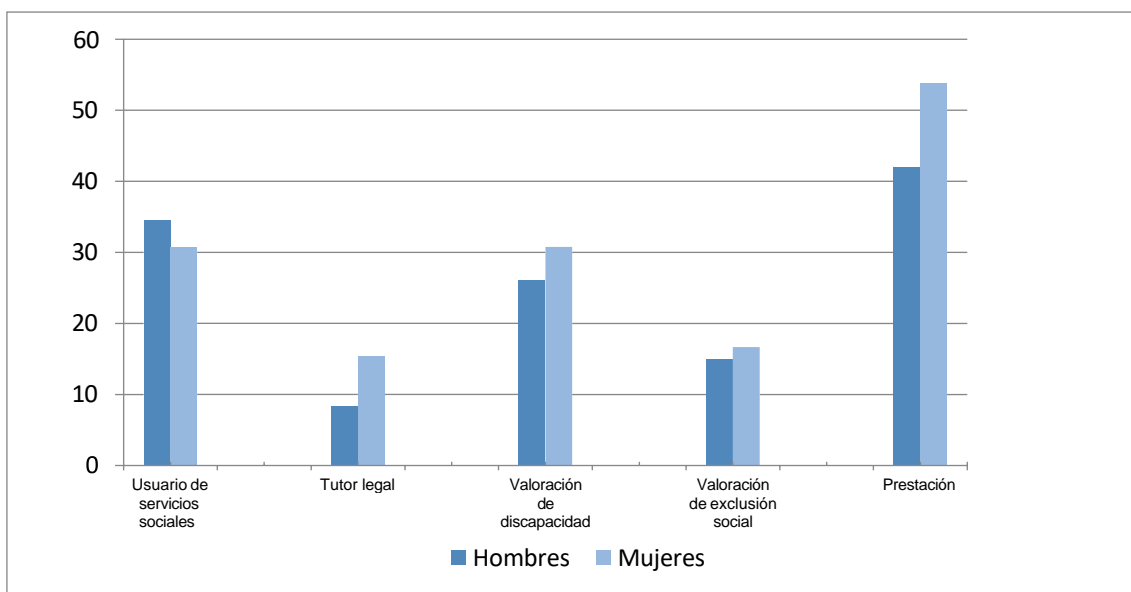
Por el contrario, si se observaron diferencias entre los hombres y mujeres con adicciones en el estado civil y la situación laboral, siendo mayor el porcentaje de hombres con trabajo y solteros, frente a las mujeres.

Tabla 6. Datos sociodemográficos por género

Variable sociodemográfica	Hombres (n = 253)		Mujeres (n = 116)		p
	n	(%)	n	(%)	
Edad categorizada					.620
18-25	14	(5.53)	5	(4.31)	
26-40	69	(27.27)	36	(31.03)	
41-56	143	(56.52)	59	(50.86)	
>56	27	(10.67)	16	(13.79)	
Nivel de estudios					.480
Sin estudios	17	(6.72)	5	(4.31)	
Estudios primarios	99	(39.13)	40	(34.48)	
Estudios secundarios	44	(17.39)	24	(20.69)	
Formación Profesional	72	(28.46)	32	(27.59)	
Estudios universitarios	21	(8.30)	15	(12.93)	
Estado civil					.008
Soltero/a	141	(55.73)	45	(38.79)	
Casado/a	30	(11.86)	20	(17.24)	
Pareja de hecho	20	(7.91)	15	(12.93)	
Separado/a-Divorciado/a	58	(22.92)	29	(25.00)	
Viudo/a	4	(1.58)	7	(6.03)	
Situación laboral					
Trabaja	99	(39.13)	30	(25.86)	.017
Estudia	5	(1.98)	4	(3.45)	
En paro	100	(39.53)	49	(42.24)	
Jubilado	10	(3.95)	3	(2.59)	
Incapacidad laboral	36	(14.23)	23	(19.83)	
Otra ocupación-Indeterminado	3	(1.19)	7	(6.03)	

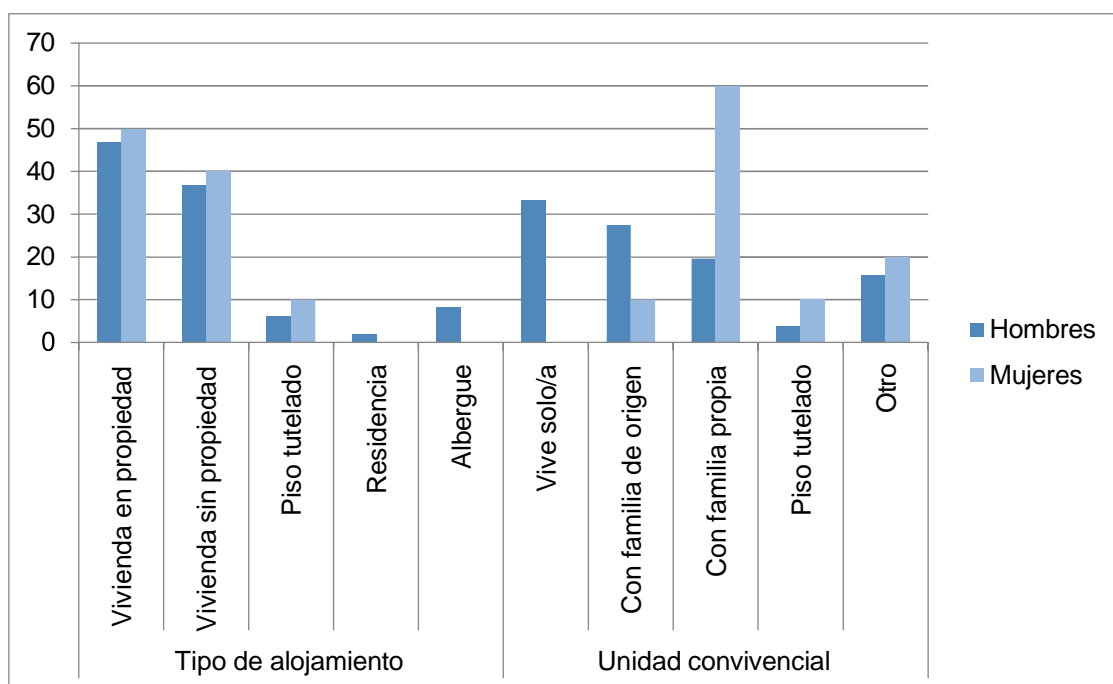
Los datos sociales de la población de personas con adicciones y PD se examinaron para observar si existían diferencias en dichos datos en función del género. En relación al uso de servicios y ayudas sociales, se observó que no hubo diferencias entre hombres y mujeres habiendo una representación similar de usuarios de servicios sociales, personas con tutor legal, con valoración de discapacidad, exclusión social, o con prestaciones (ver Figura 1).

Figura 1. Servicios y ayudas sociales por género



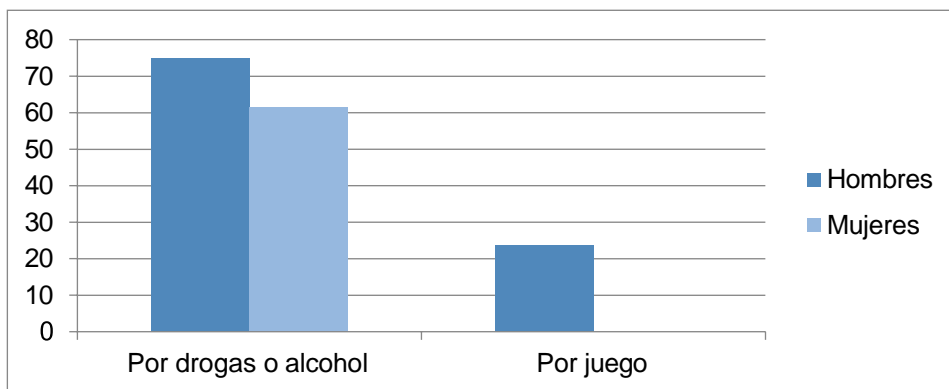
Tampoco se observaron diferencias significativas entre géneros en el tipo de vivienda habitual aunque se observó que no hubo ninguna mujer que residiera en albergue ni en residencia. Sí hubo diferencias significativas en la unidad de convivencia, no habiendo ninguna mujer que viviese sola mientras que un tercio de los hombres vivían solos.

Figura 2. Residencia por género



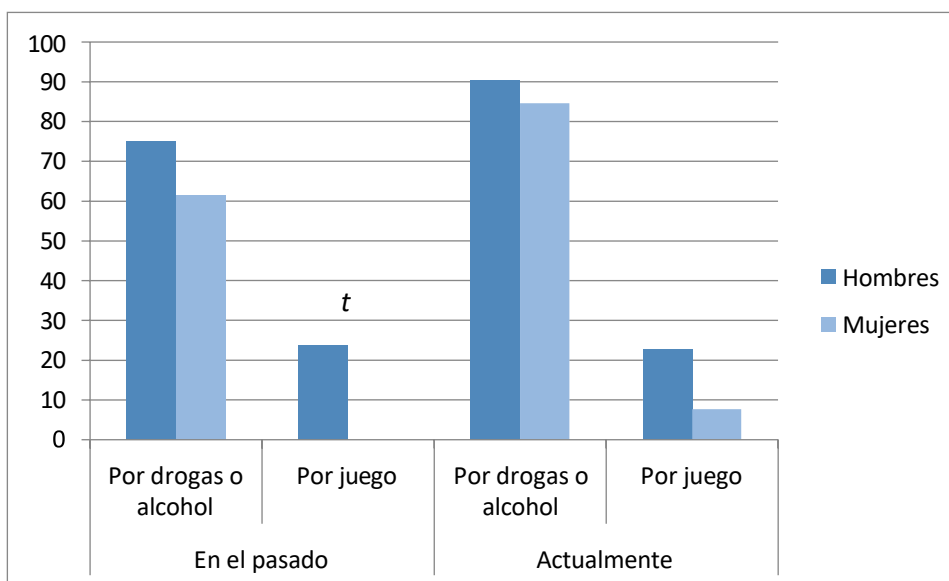
Con respecto a las infracciones legales por género, se observó que hombres y mujeres habían estado en prisión o tenían juicios pendientes con niveles similares.

Figura 3. Infracciones legales por género



En relación a la asistencia a tratamiento psicológico, se observó que hombres y mujeres habían asistido en el pasado y en la actualidad a tratamiento psicológico por drogas o alcohol con similaridad. Si bien, aunque en el momento del estudio acuden con la misma frecuencia a apoyo psicológico por juego, se observa que las mujeres no habían acudido en el pasado por la misma problemática.

Figura 4. Asistencia psicológica por género



4.1.3. Datos sociodemográficos de la submuestra con adicción al juego

La comparación de los datos sociodemográficos de las personas con adicción al juego y las personas sin adicción al juego de la UD indicaron que la adicción al juego es significativamente más alta en hombres que en mujeres. Asimismo, se observaron diferencias en el nivel de estudios. En este sentido, no hubo personas universitarias en la subpoblación con adicción al juego.

La subpoblación con adicción al juego no se diferenció de aquella sin adicción al juego en edad, ni por la situación laboral, ni por el estado civil, siendo estas características similares a las de la población global que acude a la UD.

Tabla 7. Datos sociodemográficos por adicción al juego

Variable	Adicción al juego				p
	No (n = 272)		Sí (n = 97)		
	n	(%)	n	(%)	
Género					< .001
Hombre	169	(66.80)	84	(33.20)	
Mujer	103	(88.79)	13	(11.21)	
Nivel de estudios					.04
Sin estudios	126	(67.74)	60	(32.26)	
Estudios primarios	41	(82.00)	9	(18.00)	
Estudios secundarios	27	(77.14)	8	(22.86)	
Formación Profesional	67	(77.01)	20	(22.99)	
Estudios universitarios	11	(100.00)	0	(0.00)	
Estado civil					.08
Soltero/a	12	(54.55)	10	(45.45)	
Casado/a	98	(70.50)	41	(29.50)	
Pareja de hecho	52	(76.47)	16	(23.53)	
Separado/a-Divorciado/a	79	(75.96)	25	(24.04)	
Viudo/a	31	(86.11)	5	(13.89)	

Con respecto a los datos sociales, la subpoblación con problemas de juego mostró un uso similar de servicios y prestaciones sociales, de necesidad de tutor legal, de la valoración de discapacidad y de la valoración de exclusión social que el resto de pacientes de la UD. Si bien, en relación a los aspectos residenciales, se observó que hubo diferencias en el tipo de alojamiento, aunque no en la unidad convivencial de las viviendas. En concreto, las personas con

adicción al juego mostraron un porcentaje menor de viviendas en propiedad que las personas sin adicción al mismo.

También se observaron niveles similares de estancias en prisión y juicios pendientes en la población con problemas de juego que en el resto de población de la UD.

Tabla 8. Tipo de alojamiento por adicción al juego

Variable	Adicción al juego				p
	No (n = 272)		Sí (n = 97)		
	n	(%)	n	(%)	
Tipo de Alojamiento					.01
Vivienda en propiedad	122	(81.33)	28	(18.67)	
Vivienda sin propiedad	43	(66.15)	22	(33.85)	
Piso tutelado	6	(60.00)	4	(40.00)	
Residencia	6	(85.71)	1	(14.29)	
Albergue	2	(33.33)	4	(66.67)	

4.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA MUESTRA

4.2.1. Datos clínicos generales

Con respecto a las enfermedades médicas (presentes en un 57, 45% de la muestra), la población de usuarios de la UD mostró un porcentaje alto de prevalencia de Hepatitis C y B y de VIH. En concreto, casi 2 de cada 10 usuarios informó sufrir Hepatitis C o B y casi 1 de cada 10 era portador del virus de VIH. También fueron altos los niveles de broncopatías y asma, alcanzando entre ambos más del 10% de la muestra y el dolor crónico está presente en un 6,5%.

Otros problemas de salud con menor prevalencia pero también presentes en nuestra muestra de pacientes con adicciones y PD son la tuberculosis, las secuelas por traumatismo craneo encefálico, la epilepsia, la disfunción ejecutiva, la patología urinaria y el síndrome de piernas inquietas.

Tabla 9. Enfermedades médicas

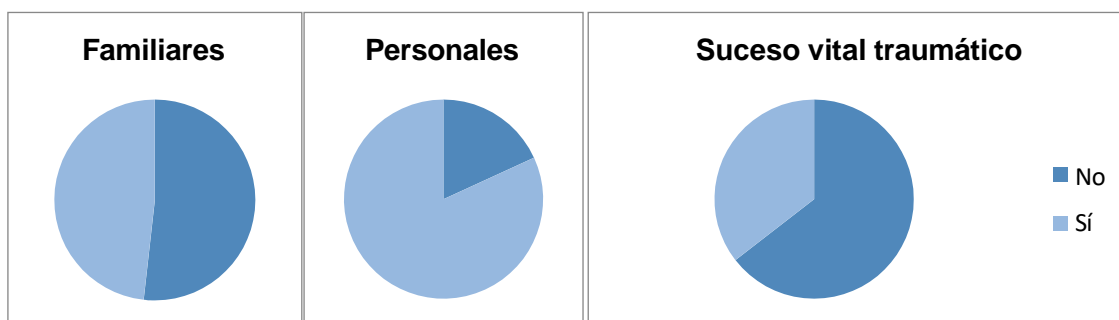
Enfermedades médicas	Total (n = 369)	
	n	(%)
VIH	35	(9.49)
Hepatitis C y B	70	(18.97)
Fibromialgia	3	(0.81)
Asma	19	(5.15)
Alergias	9	(2.44)
Broncopatía	27	(7.32)
Cardiopatía	4	(1.08)
Dolor crónico	24	(6.50)
Secuelas TCE	4	(1.08)
Epilepsia	2	(0.54)
Disfunción ejecutiva	1	(0.27)
Tuberculosis	7	(1.90)
Síndrome piernas inquietas	4	(1.08)
Patología urinaria	3	(0.81)

4.2.2. Antecedentes de salud mental

La población de personas con adicciones muestra una alta prevalencia de antecedentes de salud mental, tanto familiares como personales, así como la vivencia de sucesos vitales traumáticos (ver figura 5). La mitad de la población indicó tener antecedentes familiares de problemas de salud mental, siendo mayor en lo que refiere a su propia experiencia vital donde 8 de cada 10 tenían antecedentes de problemas de salud mental.

Asimismo, cabe destacar que estas personas parecen haber experimentado dificultades más altas que la población general dado que más de un tercio de la población con adicciones refiere haber sufrido algún suceso vital traumático.

Figura 5. Antecedentes de salud mental



Entre aquellos con antecedentes de problemas de salud mental en la familia, destaca que ha sido muy frecuente que algún miembro de la familia tuviese adicciones o consumo de sustancias. Para alrededor de un 10% aproximadamente, la familia ha sido un contexto con conflictos y violencia, y un porcentaje similar no ha sido criado por sus progenitores.

Para el análisis de la Patología Dual en la muestra de estudio se tuvieron en cuenta varios datos: los antecedentes personales de salud mental presentes en la historia clínica y la evaluación de sintomatología a través de cuestionarios (SCL-90-R), que se presentan posteriormente en el apartado 4.2.4.

Tabla 10. Tipo de antecedentes familiares

Antecedente	Total (n = 178)	
	n	(%)
Prematuro	2	(1.12)
Hª de atención en Psiquiatría infanto-juvenil	26	(14.61)
Problemas de salud mental	48	(26.97)
Adicciones/consumo de sustancia	124	(69.66)
Juego patológico	6	(3.37)
Suceso vital traumático en la familia	9	(5.06)
Criado/a por alguien diferente a los padres	15	(8.43)
Violencia física intrafamiliar de origen o nuclear	17	(9.55)
Abuso sexual intrafamiliar de origen o nuclear	5	(2.81)
Conflictos familiares	22	(12.36)

A esta realidad que indica cierta tendencia a contextos familiares difíciles, se une la alta prevalencia de problemas de salud mental en el contexto familiar y la atención en psiquiatría infanto-juvenil (casi un 15%). De ahí la importancia del abordaje temprano de los problemas de salud mental infanto-juvenil como factor de prevención de la patología dual y el desarrollo de una conducta adictiva.

En relación a la Patología Dual y el tipo de antecedentes personales de salud mental, se observa que los más prevalentes fueron los trastornos del estado de ánimo habiendo afectado a más de la mitad de esta subpoblación, seguidos de los trastornos neuróticos secundarios. Estos datos indican que es más probable la presencia de dificultades emocionales y de adaptación a eventos estresantes en nuestra muestra, factores de riesgo para el desarrollo de una conducta adictiva.

A estos trastornos, les siguen en prevalencia los trastornos de personalidad con casi un cuarto de los antecedentes de salud mental

relacionados con estos trastornos. Esto sitúa un porcentaje alto de las personas con antecedentes de salud mental que puede tener tendencias comportamentales poco adaptativas.

Aunque menos frecuente, la prevalencia de TDAH entre los antecedentes personales fue también bastante alta, lo que podría indicar dificultades en el control de impulsos en ese subgrupo. Asimismo, algo más del 8% tiene antecedentes de trastorno psicótico que podrían relacionarse con el consumo de sustancias. La presencia de problema de adicciones en personas con discapacidad (retraso mental y TEA suponen un 4%) supone un reto que sugiere la necesidad de abordajes terapéuticos específicos para esta población.

Tabla 11. Tipo de antecedentes personales

Antecedente	Total (n = 302)	
	n	(%)
Trastorno Psicótico	25	(8.28)
Trastorno Humor	173	(57.28)
Trastorno Neurótico Secundario	83	(27.48)
Trastorno Personalidad	77	(25.50)
Retraso Mental	10	(3.31)
Trastorno Desarrollo Psicológico	0	(0.00)
TEA	3	(0.99)
Trastorno Comportamiento	0	(0.00)
TDHA	53	(17.55)

Por último, aunque la mitad de los participantes no indicó el tipo de antecedentes relacionados con eventos vitales traumáticos que había vivido, el evento vital traumático más común fue el haber experimentado la ruina económica. En una proporción mucho menor, otros eventos traumáticos frecuentes fueron los accidentes de tráfico y los atracos, y destacan a un nivel similar a los atracos, las autolesiones.

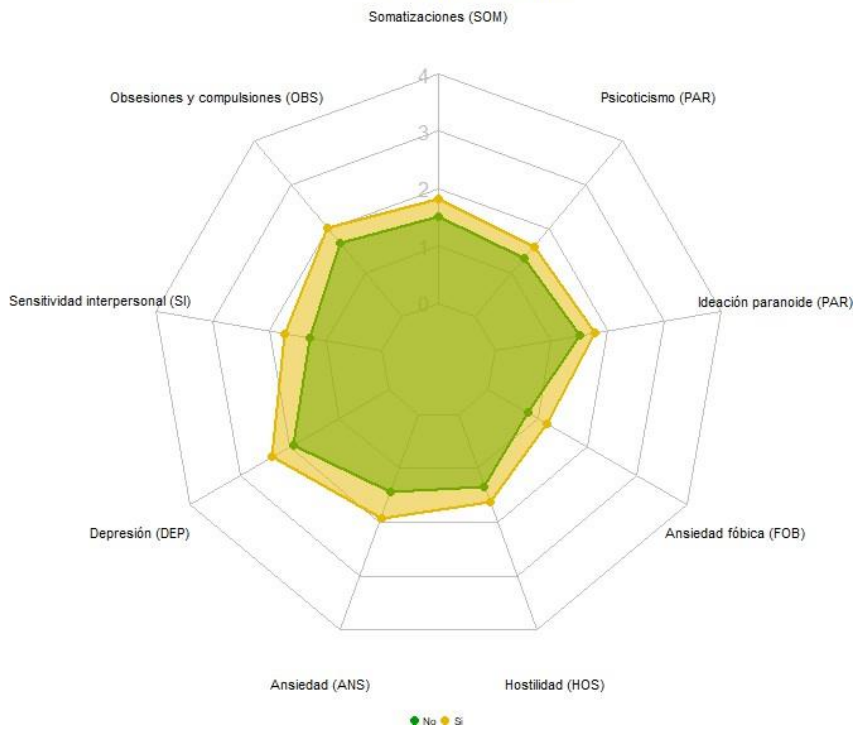
Tabla 12. Tipo de antecedentes de sucesos vitales traumáticos

Antecedente	Total (n = 131)	
	n	(%)
Accidentes de tráfico	13	(9.92)
Enfermedades graves	0	0
Problemas de fertilidad	2	(1.53)
Pérdida de un hijo/a	0	0
Duelo perinatal	1	(0.76)
Atracos	9	(6.87)
Víctimas de agresión	0	0
Desastres naturales	2	(1.53)
Embargos	5	(3.82)
Ruina económica	52	(39.69)
Intento de suicidio	3	(2.29)
Autolesiones	8	(6.11)
Otros	68	(51.91)

4.2.3. Relación entre la salud mental y los antecedentes personales

Como se puede observar en la Tabla 13, todos los indicadores de sintomatología de salud mental medida con el SCL90-R se relacionaron con tener antecedentes personales de salud mental. Estos resultados indican que las personas con adicciones que tienen historia de problemas de salud mental tienen una mayor predisposición a tener sintomatología psicológica en el momento actual, indicando un mantenimiento en el largo plazo de la Patología Dual y las dificultades en salud mental en esta población.

Dimensiones del SCL90-R según antecedentes personales de Salud Mental



Indicadores del SCL90-R según antecedentes personales de Salud Mental

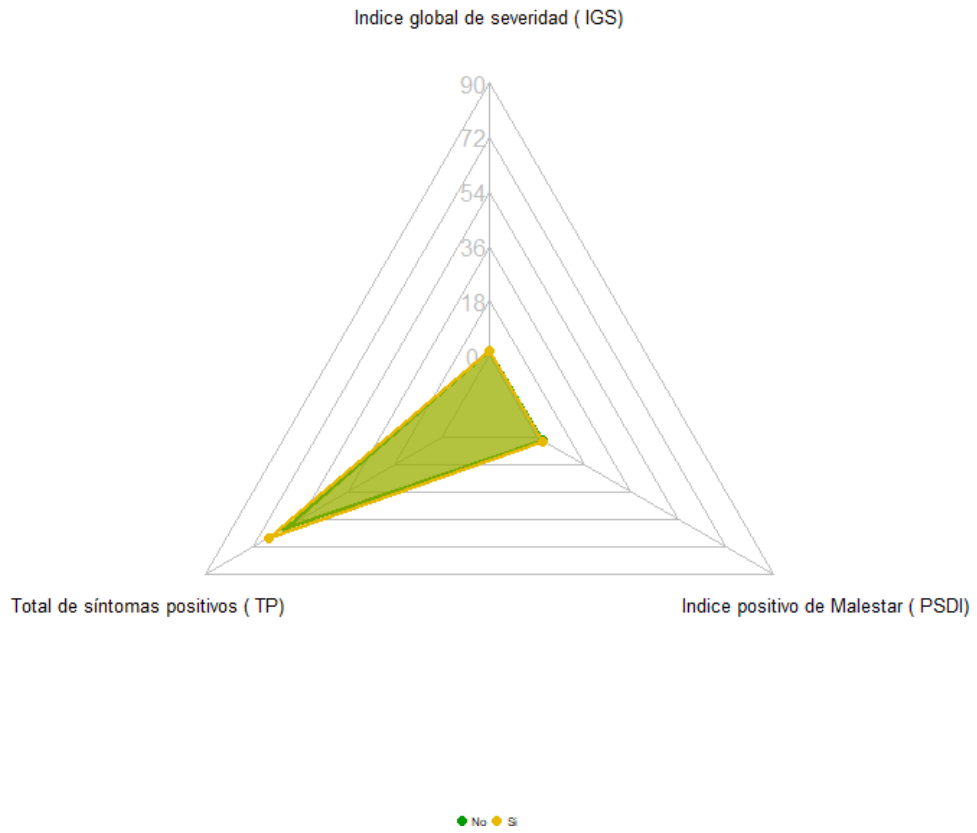


Tabla 13. Salud mental (SCL90-R) en función de los antecedentes personales

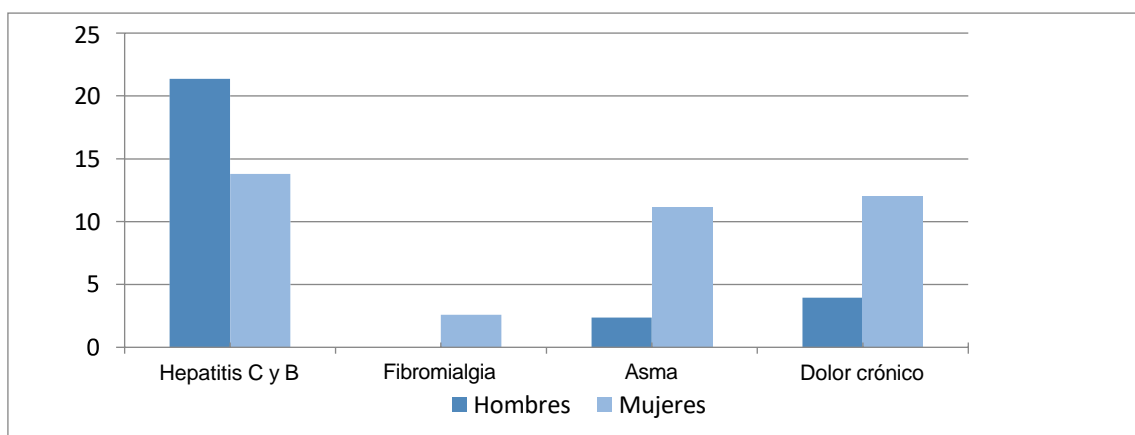
SCL90-R	Antecedentes personales de salud mental				p
	No		Sí		
	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	
SOM	1.52 (0.66)	1.42 (1.00, 2.1)	1.83 (0.93)	1.83 (1.08, 2.6)	.014
OBS	1.67 (0.82)	1.70 (1.00, 2.3)	2.02 (0.85)	2.00 (1.50, 2.6)	.005
SI	1.28 (0.68)	1.33 (0.78, 1.8)	1.74 (0.91)	1.78 (1.00, 2.6)	< .001
DEP	1.93 (0.73)	1.92 (1.38, 2.4)	2.37 (0.86)	2.46 (1.69, 3.1)	< .001
ANS	1.44 (0.68)	1.30 (1.00, 2.0)	1.93 (0.92)	1.90 (1.20, 2.6)	< .001
HOS	1.33 (0.95)	1.17 (0.50, 2.0)	1.63 (1.04)	1.50 (0.83, 2.5)	.029
FOB	0.81 (0.75)	0.57 (0.29, 1.3)	1.19 (0.93)	1.00 (0.43, 1.9)	.004
PAR	1.50 (0.88)	1.50 (0.83, 2.2)	1.78 (0.93)	1.83 (1.17, 2.3)	.033
PSIC	1.34 (0.72)	1.30 (0.80, 1.9)	1.60 (0.81)	1.60 (1.00, 2.2)	.018
IGS	1.50 (0.58)	1.42 (1.19, 1.9)	1.87 (0.73)	1.89 (1.37, 2.4)	< .001
TP	59.60 (17.06)	58.00 (50.0, 75.0)	66.28 (17.61)	70.00 (57.00, 80.0)	.002
PSDI	2.22 (0.47)	2.26 (1.90, 2.5)	2.48 (0.62)	2.48 (2.03, 3.0)	.002

Nota. SOM = Somatización, OBS = Obsesiones y Compulsiones, SI = Sensibilidad interpersonal, DEP = Depresión, ANS = Ansiedad, HOS = Hostilidad, FOB = Ansiedad fóbica, PAR = Ideación paranoide, PSIC = Psicoticismo, IGS = Índice global de severidad, TP = Total de síntomas positivos, PSDI = Índice positivo de malestar.

4.2.4. Datos clínicos y de antecedentes de salud mental por género

En relación a las enfermedades médicas, las enfermedades con diferencias significativas entre hombres y mujeres se muestran en la Figura 6.

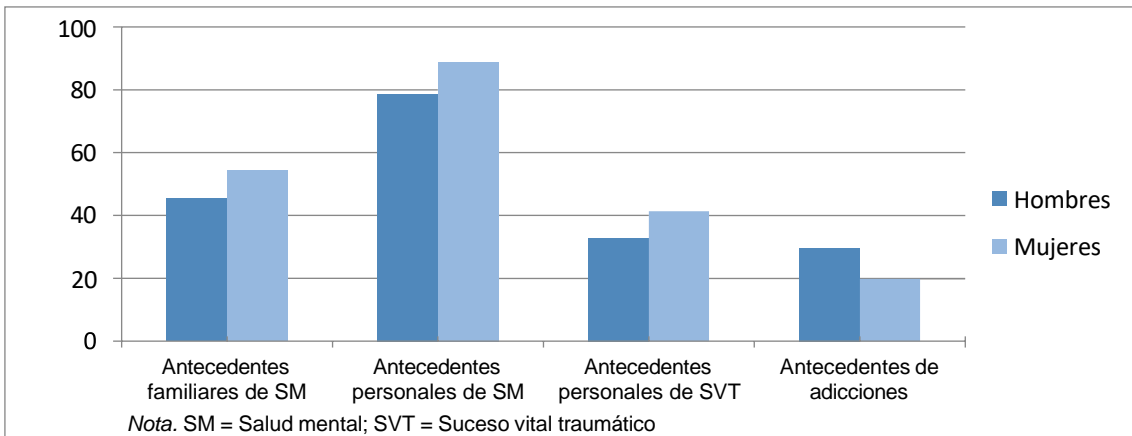
Figura 6. Enfermedades crónicas con diferencias por género



Como se puede observar, las mujeres con problemas de toxicomanías y PD que acuden a la UD tienen más probabilidad de sufrir fibromialgia, asma o dolor crónico que los hombres, mientras que éstos muestran una tendencia a tener Hepatitis C o B. Ambos géneros mostraron la misma probabilidad de tener VIH, alergias, broncopatía, cardiopatías o cualquier tipo de afectación cognitiva.

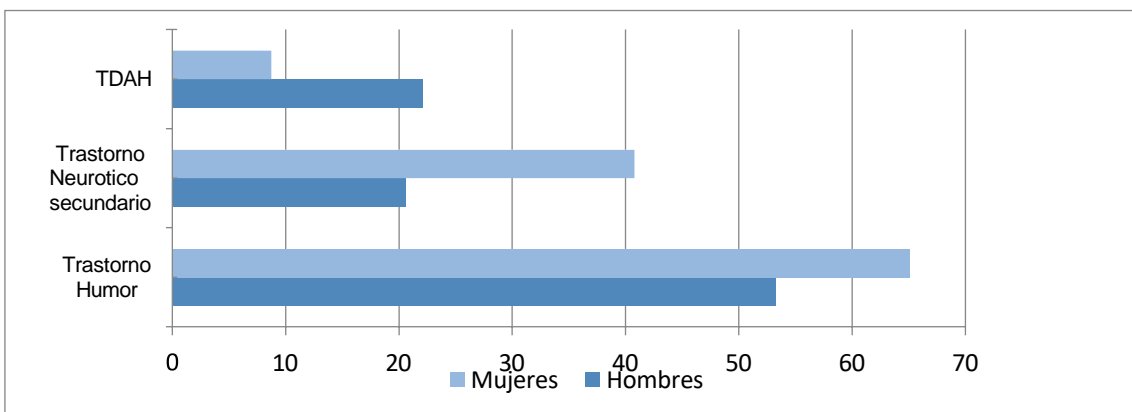
Las mujeres tuvieron con más frecuencia antecedentes personales de salud mental, mientras que se observó una tendencia a que los hombres tuviesen más antecedentes de adicciones que las mujeres.

Figura 7. Antecedentes de salud mental por género



Concretamente, en las mujeres son más probables los trastornos del estado de ánimo y neuróticos secundarios que en los hombres, mientras que en los hombres es más frecuente el TDAH.

Figura 8. Tipos de antecedentes personales de salud mental por género



Por otro lado, si bien tanto hombres como mujeres tuvieron la misma probabilidad de tener antecedentes familiares de salud mental, analizando los antecedentes familiares concretos, se observa que en casi un 8% de las familias de los hombres con adicciones hay sucesos vitales traumáticos mientras que no se describe ningún caso en las familias de las mujeres. Asimismo, cabe señalar que en las familias de las mujeres, la violencia intrafamiliar es dos veces más frecuente que en las familias de los hombres.

Tabla 14. Tipo de antecedentes familiares por género

Antecedente	Género				p
	Hombres (n = 83)		Mujeres (n = 48)		
	n	(%)	n	(%)	
Prematuro	2	(1.74)	0	(0.00)	.54
Hª de atención en Psiquiatría infanto-juvenil	16	(13.91)	10	(15.87)	.82
Problemas de salud mental	28	(24.35)	20	(31.75)	.30
Adicciones/consumo de sustancia	80	(69.57)	44	(69.84)	.97
Juego patológico	4	(3.48)	2	(3.17)	.91
Suceso vital traumático en la familia	9	(7.83)	0	(0.00)	.03
Criado/a por alguien diferente a los padres	10	(8.70)	5	(7.94)	.86
Violencia física intrafamiliar de origen o nuclear	7	(6.09)	10	(15.87)	.06
Abuso sexual intrafamiliar de origen o nuclear	2	(1.74)	3	(4.76)	.35
Conflictos familiares	18	(15.65)	4	(6.35)	.10

En relación a los sucesos vitales traumáticos, aunque hombres y mujeres tuvieron en general la misma probabilidad de haberlos sufrido, hubo diferencias en los accidentes de tráfico. Así, para los hombres fue mucho más frecuente haber vivido un accidente de tráfico que para las mujeres, con un 14.46% de los sucesos traumáticos por accidentes en hombres frente al 2.08% de los sucesos experimentados por mujeres.

Tabla 15. Antecedentes de sucesos vitales traumáticos por género

Antecedente	Género				p
	Hombres (n = 83)		Mujeres (n = 48)		
	n	(%)	n	(%)	
Accidentes de tráfico	12	(14.46)	1	(2.08)	.03
Enfermedades graves	0	(0.00)	0	(0.00)	-
Problemas de fertilidad	0	(0.00)	2	(4.17)	.13
Pérdida de un hijo/a	0	(0.00)	0	(0.00)	-
Duelo perinatal	1	(1.20)	0	(0.00)	.45
Atracos	4	(4.82)	5	(10.42)	.29
Víctimas de agresión	0	(0.00)	0	(0.00)	-
Desastres naturales	1	(1.20)	1	(2.08)	.69
Embargos	3	(3.61)	2	(4.17)	.87
Ruina económica	31	(37.35)	21	(43.75)	.58
Intento de suicidio	1	(1.20)	2	(4.17)	.55
Autolesiones	6	(7.23)	2	(4.17)	.71
Otros	41	(49.40)	27	(56.25)	.47

4.2.5. Datos clínicos y de antecedentes de salud mental en la subpoblación con adicción al juego

En relación a los datos clínicos, no se encontraron diferencias significativas en las enfermedades médicas entre las personas con adicciones a sustancias y las personas con adicciones a sustancias y adicción al juego.

Estos datos implican que las personas con problemas de juego comórbidos mostraron una probabilidad similar al resto de la población de los pacientes de la UD con adicción a sustancias a tener enfermedades médicas.

Tabla 16. Enfermedades crónicas y deterioro cognitivo en problemas de juego

	Problema de juego				<i>p</i>
	No (n = 272)		Sí (n = 97)		
	n	(%)	n	(%)	
Enfermedades crónicas					
VIH	28	(80)	7	(20)	0.43
Hepatitis C y B	52	(74.29)	18	(25.71)	0.90
Fibromialgia	3	(100)	0	0	0.57
Asma	15	(78.95)	4	(21.05)	0.79
Alergias	7	(77.78)	2	(22.22)	0.78
Broncopatía	19	(70.37)	8	(29.63)	0.66
Cardiopatía	3	(75)	1	(25)	0.95
Dolor crónico	19	(79.17)	5	(20.83)	0.64
Deterioro cognitivo	3	(75)	1	(25)	0.95
Secuelas TCE	3	(75)	1	(25)	0.95
Epilepsia	0	0	2	(100)	0.07
Disfunción ejecutiva	1	(100)	0	0	0.55
Tuberculosis	6	(85.71)	1	(14.29)	0.68
Síndrome piernas inquietas	3	(75)	1	(25)	0.95
Patología urinaria	3	(100)	0	0	0.57

Asimismo, la población con adicción al juego y adicción a sustancias mostró niveles similares en los antecedentes personales y familiar de salud mental, en los antecedentes de sucesos vitales traumáticos y en los antecedentes de adicciones.

Tabla 17. Antecedentes personales y familiares de salud mental y sucesos vitales traumático en problemas de juego

Antecedentes	Problema de juego				p
	No (n = 272)		Sí (n = 97)		
	n	(%)	n	(%)	
Antecedentes familiares SM	135	(75.84)	43	(24.16)	.41
Antecedentes personales SM	191	(76.10)	60	(23.90)	.13
Antecedentes personales SVT	93	(70.99)	38	(29.01)	.39
Antecedentes adicciones	69	(75.57)	29	(26.43)	.40

Nota. SM = Salud mental; SVT = Suceso vital traumático.

Estos resultados indican que los antecedentes vitales de las personas con y sin adicción al juego fueron similares, no siendo factores que se relacionaran con la aparición conjunta de adicciones a sustancias y adicciones comportamentales (concretamente adicción al juego de azar).

4.3. CARACTERÍSTICAS DE LAS ADICCIONES EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

4.3.1. Datos de adicciones a sustancias y adicción al juego de la muestra global

La edad media de inicio en el consumo de sustancias se situó a los 18.53 años (DT = 7.49).

Tabla 18. Datos de consumo de sustancias y juego patológico

Variable	Total (n = 369)	
	n	(%)
Consumo de tabaco		
No	61	(16.53)
Sí	308	(83.47)
Consumo (excluyendo tabaco)		
Monoconsumo, solo fentanilo	10	(2.71)
Monoconsumo, solo alcohol	50	(13.55)
Monoconsumo, otras sustancias	18	(4.88)
Policonsumo	291	(78.86)
Juego patológico		
No	289	(78.32)
Sí	80	(21.68)

Se observa un alto porcentaje de usuarios que consumen más de una sustancia adictiva distinta del alcohol. Concretamente, casi 8 de cada 10 personas realiza policonsumo (excluyendo el tabaco) y en torno al mismo porcentaje consume además tabaco. Destaca que alrededor de un quinto de la muestra presenta indicadores de posible juego patológico pese a que solo un 10% ha descrito estar asistiendo a tratamiento por esta adicción, lo que supone que la mitad de las personas con adicción al juego puede estar sin tratamiento psicológico.

Los datos sobre la asistencia a tratamiento psicológico (Tabla 19) indican que más del 80% de las personas con adicción de esta muestra han recibido en algún momento de sus vidas tratamiento psicológico o ha acudido a alguna asociación por el consumo de drogas y alcohol. El porcentaje de personas que ha recibido tratamiento psicológico o ayuda de alguna asociación para lidiar con

problemas de juego es menor, de en torno a un 7%, llegando a asistir en la actualidad a tratamiento psicológico por adicción al juego una de cada 10 personas con problemas de adicción a sustancias.

Cabe destacar que un 11.38% de los participantes considera que no está recibiendo tratamiento psicológico en la actualidad pese a estar asistiendo a la UD del Hospital de Galdakao.

Tabla 19. Datos de tratamiento psicológico en adicciones de la muestra global

Variable	Total (n = 369)	
	n	(%)
¿Has recibido alguna vez tratamiento psicológico o asistido a una asociación por tomar drogas o alcohol?		
No	72	(19.51)
Sí	297	(80.49)
¿Has recibido alguna vez tratamiento psicológico o asistido a una asociación por jugar?		
No	334	(93.22)
Sí	25	(6.78)
¿Estás actualmente en tratamiento psicológico o asistes a una asociación por tomar drogas o alcohol?		
No	42	(11.38)
Sí	327	(88.62)
¿Estás actualmente en tratamiento psicológico o asistes a una asociación por jugar?		
No	331	(89.70)
Sí	38	(10.30)

4.3.2. Diagnósticos de ingreso en UD y adicciones

Para analizar las adicciones en la población ingresada en la UD hemos tenido en cuenta diferentes datos: la adicción principal que motiva el ingreso (recogido en el campo diagnóstico), otras adicciones activas (dato de interés, dado la alta presencia de policonsumo) y las adicciones tratadas en el pasado, datos obtenidos de la revisión de las historias clínicas.

La mayor parte de los ingresos en la Unidad Dual tuvieron como adicción principal el alcohol (casi 5 de cada 10), seguidos del consumo de cocaína (casi 4 de cada 10) y cannabinoides (casi 3 de cada 10 pacientes). El consumo de opioides es también un consumo importante con cerca del 20%. La adicción al

juego y a los opiáceos de tratamiento analgésico son diagnósticos menos frecuentes, con en torno al 7 y al 5% respectivamente, pero cabe destacar dichos ingresos por haberse observado un aumento de los requerimientos de ingreso en la unidad en relación a ambas adicciones en los últimos años. El tratamiento en la UD para el abandono de los analgésicos opiáceos es una demanda nueva de tratamiento que se realiza siempre en coordinación con la Unidad del Dolor.

Tabla 20. Tipo de diagnóstico al ingreso

Diagnóstico	Total (n = 369)	
	n	(%)
Debidos al alcohol	173	(46.88)
Debidos al consumo de opioides	66	(17.89)
Cannabinoides	104	(28.18)
Sedantes o hipnóticos	31	(8.40)
Consumo de cocaína	134	(36.31)
Otros estimulantes	77	(20.87)
Alucinógenos	11	(2.98)
Disolventes volátiles	1	(0.27)
Múltiples drogas o sustancias	14	(3.79)
Adicción al juego	24	(6.50)
Adicción al analgésico opiáceos	17	(4.61)
Adicción a opiáceos en tratamiento	20	(5.43)*
Deterioro cognitivo asociado consumo alcohol	2	(0.60)**

Nota. * sobre 368, ** sobre 336

En línea con los datos de los diagnósticos de ingreso, la adicción activa en la población de la Unidad Dual más frecuente fue la adicción al alcohol seguida de la adicción a la cocaína, los cannabinoides, a otros estimulantes y la adicción a opioides.

Tabla 21. Tipo de adicciones activas

Diagnóstico	Total (n = 369)	
	n	(%)
Debidos al alcohol	179	(48.51)
Debidos al consumo de opioides	65	(17.62)
Cannabinoideos	115	(31.17)
Sedantes o hipnóticos	31	(8.40)
Consumo de cocaína	147	(39.84)
Otros estimulantes	80	(21.68)
Alucinógenos	11	(2.98)
Disolventes volátiles	1	(0.27)
Múltiples drogas o sustancias	14	(3.79)
Adicción al juego	25	(6.78)
Adicción al analgésico opiáceos	21	(5.69)
Adicción a opiáceos en tratamiento	17	(4.61)

Con respecto a las adicciones pasadas (antecedentes), se observa que la adicción más prevalente es la cocaína y no el alcohol, mostrando una evolución en los tipos de adicción presentes en la UD. De hecho, tras la adicción a la cocaína, las adicciones previas más frecuentes son el consumo de cannabinoideos, el consumo de opioides, y de otros estimulantes, siendo el alcohol la quinta adicción más prevalente con un 14% de las adicciones previas frente a casi un 49% de las adicciones activas. Esto indica que, aunque la prevalencia del consumo de cocaína se ha mantenido, ha habido un importante aumento en la adicción al alcohol. Este dato también es reflejo de la variación individual del tipo de sustancia que se consume a lo largo de la vida en las conductas adictivas de larga evolución.

Además, en línea con la evolución de los casos en la unidad descritos anteriormente, se observa que el porcentaje de adicción al juego y a opiáceos en tratamiento es mucho menor en las adicciones pasadas que en las adicciones activas, indicando un aumento en dichas problemáticas así como un mayor interés por su conocimiento.

Tabla 22. Tipo de adicciones pasadas (antecedentes)

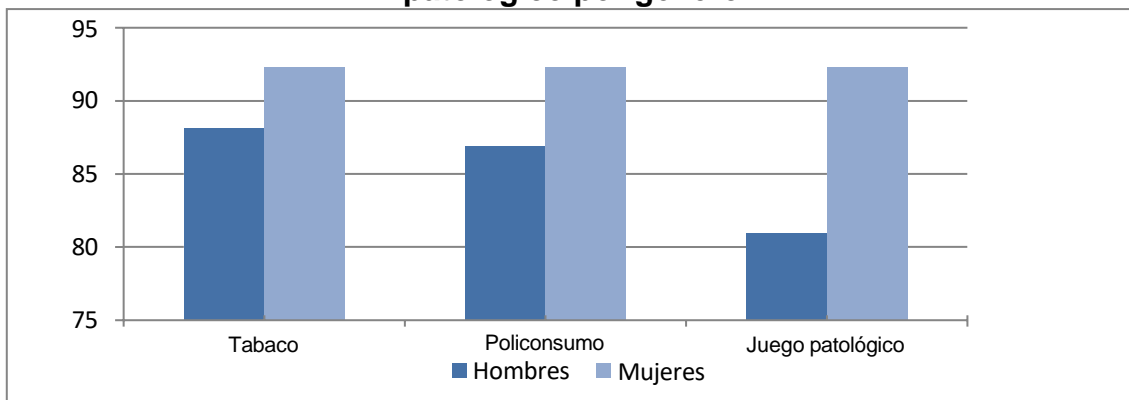
Diagnóstico	Total (n = 98)	
	n	(%)
Debidos al alcohol	14	(14.29)
Debidos al consumo de opioides	25	(25.51)
Cannabinoideos	38	(38.78)
Sedantes o hipnóticos	6	(6.12)
Consumo de cocaína	43	(43.88)
Otros estimulantes	24	(24.49)
Alucinógenos	5	(5.10)
Disolventes volátiles	2	(2.04)
Múltiples drogas o sustancias	2	(2.04)
Adicción al juego	2	(2.04)
Adicción al analgésico opiáceos	1	(1.02)
Adicción a opiáceos en tratamiento	0	(0.00)

4.3.3. Datos de adicciones a sustancias y adicción al juego por género

La subpoblación de hombres describió una edad de consumo de sustancias significativamente más temprana que las mujeres ($p = .030$). Así, mientras que los hombres empezaron de media alrededor de los 16.77 años (DT = 6.19), las mujeres empezaron de media a los 23.86 años (DT = 9.06).

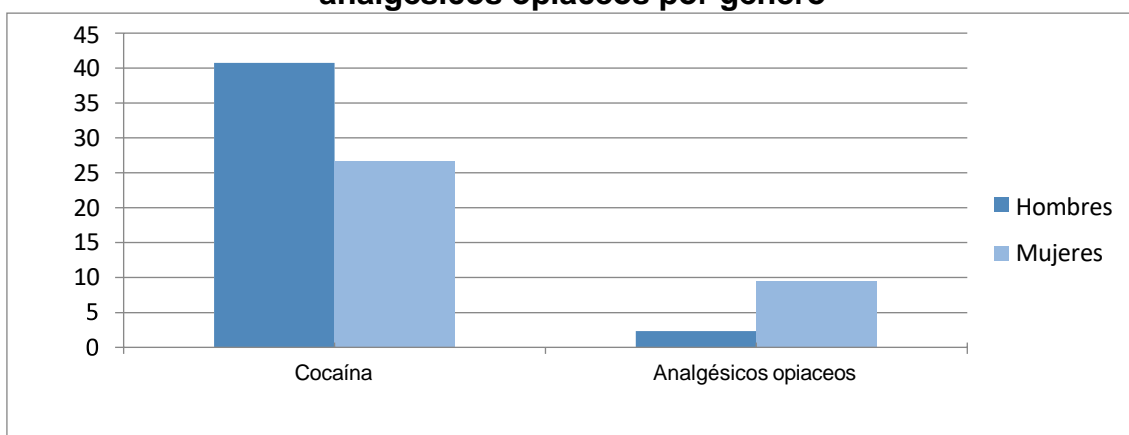
Sin embargo, no se observaron diferencias en el tipo de consumo entre ambos géneros, mostrando la misma probabilidad de consumir tabaco, de policonsumo (excluyendo tabaco) y de presencia de un diagnóstico comórbido de juego patológico además del consumo de sustancias.

Figura 9. Porcentajes de consumo de tabaco, policonsumo y juego patológico por género



En relación al diagnóstico de ingreso y de adicciones activas, se observó que en hombres hubo una frecuencia mucho mayor de ingreso y de adicción activa por consumo de cocaína que en las mujeres, mientras que en las mujeres fue más frecuente el consumo de analgésicos opiáceos que en los hombres. No hubo diferencias por género en los antecedentes de adicciones.

Figura 10. Porcentajes de ingresos por consumo de cocaína y analgésicos opiáceos por género



4.3.4. Características de las adicciones a sustancias de las personas con adicción al juego

La edad media de inicio de consumo de sustancias del grupo de juego fue de 44.06 años (DT = 10.77), la cual fue mucho mayor que la del grupo sin adicción al juego que se situó en los 18.86 años (DT = 7.69). Esto podría indicar que el consumo de sustancias de las personas con problemas de juego puede cursar una etiología diferencial del de las personas sin adicción al juego, pero se requiere más investigación para sacar conclusiones definitivas.

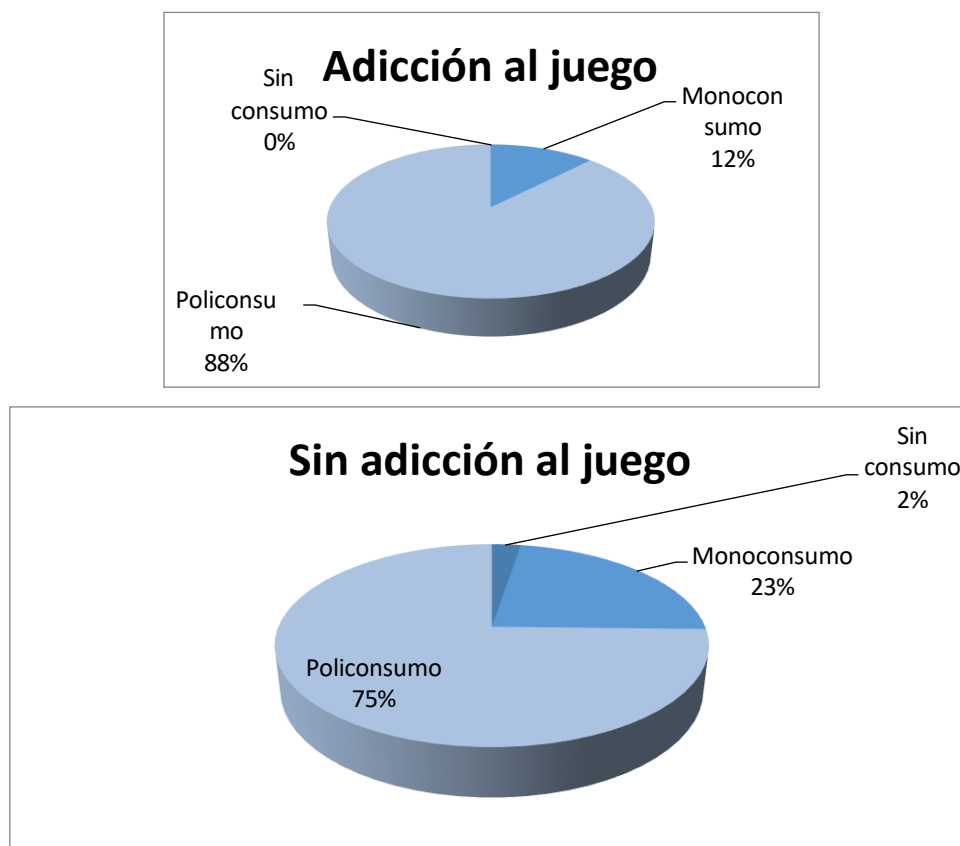
Tabla 23. Datos de tratamiento psicológico por adicción al juego

Variable	Adicción al juego				p
	No (n = 272)		Sí (n = 97)		
	n	(%)	n	(%)	
¿Has recibido alguna vez tratamiento psicológico o asistido a una asociación por tomar drogas o alcohol?					.04
No	46	(63.89)	26	(36.11)	
Sí	226	(76.09)	71	(23.91)	
¿Has recibido alguna vez tratamiento psicológico o asistido a una asociación por jugar?					< .001
No	267	(77.62)	77	(22.38)	
Sí	5	(20.00)	20	(80.00)	
¿Estás actualmente en tratamiento psicológico o asistes a una asociación por tomar drogas o alcohol?					.85
No	32	(76.19)	10	(23.81)	
Sí	240	(73.39)	87	(26.61)	
¿Estás actualmente en tratamiento psicológico o asistes a una asociación por jugar?					< .001
No	254	(76.74)	77	(23.26)	
Sí	18	(47.37)	20	(52.63)	

Como se observa por la asistencia a tratamiento psicológico, las personas con adicción al juego mostraron menor probabilidad de haber acudido a alguna asociación por tomar drogas o alcohol en el pasado, pero mayor de haber acudido por jugar. En el presente, las personas con problemas de juego muestran la misma probabilidad que el resto de personas con adicciones de estar asistiendo a tratamiento psicológico por adicciones a sustancias, pero mayor probabilidad de hacerlo por jugar.

Con respecto al tipo de consumo, se observó que tanto aquellos con problemas de juego como aquellas personas sin dichos problemas tuvieron un consumo de tabaco y de fentanilo/opiáceos similar. Sin embargo, si se observaron diferencias en el tipo de consumo. En concreto, las personas con juego patológico mostraron más probabilidad de policonsumo que las personas sin problemas de juego. Esto pone de relieve que no sólo puede haber diferencias en la etiología del consumo de sustancias, sino también en el consumo en sí, pudiendo ser más problemático en el caso de las personas con adicción al juego.

Figura 11. Proporción de policonsumo por adicción al juego



4.5. FACTORES COGNITIVO-EMOCIONALES RELEVANTES EN LAS ADICCIONES Y SU RELACIÓN CON LA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSO-DEPRESIVA

4.5.1. Apego adulto en la población de estudio

Los niveles de cada factor de apego de la población de estudio se muestran en la Tabla 24. El factor de apego adulto con mayor presencia en la población que atiende la UD fue el de baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo, mientras que el menos frecuente fue el relacionado con la percepción de autosuficiencia emocional y la presencia de sensaciones de incomodidad con la intimidad.

Estos resultados indican que en la población con adicciones de la UD tiende a mostrar problemas de apego. De hecho, en base a las tipologías de apego (seguro vs. inseguro) se observa que la probabilidad de que las personas de esta población tuvieran apego inseguro fue casi el doble (64.5%) que la probabilidad de que tuvieran apego seguro (34.5%).

Tabla 24. Apego adulto

Apego	M	DT	Med	(P ₂₅ , P ₇₅)
Factor 1	46.96	(11.91)	47.00	(38.00, 55.0)
Factor 2	32.74	(9.08)	32.00	(27.00, 38.0)
Factor 3	36.36	(7.50)	37.00	(31.00, 41.5)
Factor 4	19.57	(5.81)	19.50	(15.00, 24.0)

Nota. Factor 1 = Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo; Factor 2 = Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad; Factor 3 = Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones; Factor 4 = Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad.

4.5.1.1. Estudio diferencial del apego adulto

En primer lugar, se observaron las diferencias por género en el apego adulto. Hombres y mujeres mostraron niveles similares de resolución hostil de conflictos y autosuficiencia emocional. Sin embargo, las mujeres tuvieron menor autoestima, más necesidad de aprobación y miedo al fracaso, pero más facilidad

para la expresión de sentimientos y la comodidad con las relaciones. Si bien, no hubo diferencias significativas entre ambos géneros en las tipologías de apego (seguro vs. inseguro).

Tabla 25. Apego adulto en función del género

Apego	Género				p
	Hombre		Mujer		
	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	
Factor 1	45.22 (11.87)	46.00 (37.00, 53.0)	50.78 (11.11)	52.00 (42.00, 59.0)	< .001
Factor 2	32.85 (9.09)	33.00 (27.00, 39.0)	32.49 (9.08)	31.00 (27.00, 38.0)	.606
Factor 3	35.81 (7.40)	36.00 (31.00, 41.0)	37.58 (7.59)	37.00 (32.00, 43.0)	.050
Factor 4	19.55 (5.82)	20.00 (15.00, 24.0)	19.63 (5.81)	19.00 (15.00, 24.0)	.930

Nota. Factor 1 = Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo; Factor 2 = Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad; Factor 3 = Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones; Factor 4 = Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad.

En segundo lugar, se examinó la relación entre el apego y el tipo de consumo. En este sentido, se observó que hubo diferencias en función de tipo de consumo en la resolución hostil de conflictos. Concretamente, las personas con patrones de policonsumo mostraron una tendencia mayor hacia la resolución hostil de conflictos.

Tabla 26. Apego en función del tipo de consumo

Apego	Tipo de consumo				p
	Monoconsumo			Policonsumo	
	Fentanilo	Alcohol	Otras sustancias		
M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)		
Factor 1	44.20 (10.74)	45.18 (11.65)	45.11 (16.01)	47.48 (11.71)	.482
Factor 2	29.40 (6.92)	29.76 (8.34)	29.94 (9.85)	33.54 (9.09)	.016
Factor 3	38.30 (8.51)	36.22 (8.09)	35.44 (8.92)	36.38 (7.29)	.908
Factor 4	17.30 (6.99)	19.90 (5.86)	19.06 (7.31)	19.63 (5.67)	.656

Nota. Factor 1 = Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo; Factor 2 = Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad; Factor 3 = Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones; Factor 4 = Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad.

Las personas con policonsumo tuvieron mayores niveles de resolución hostil de conflictos que las personas con monoconsumo. Esto indica que tener dificultades en la resolución de conflictos y tender al rencor y la posesividad pueden predisponer al policonsumo. Sin embargo, no hubo diferencias en la presencia de policonsumo en función de las tipologías de apego (seguro vs. inseguro).

Tabla 27. Apego adulto en función del policonsumo

Apego	Policonsumo				p
	No		Sí		
	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	
Factor 1	45.04 (12.51)	45.00 (36.00, 53.0)	47.48 (11.71)	48.00 (39.00, 55.0)	.133
Factor 2	29.76 (8.45)	29.00 (24.00, 35.0)	33.54 (9.09)	33.00 (28.00, 39.0)	.001
Factor 3	36.31 (8.27)	36.50 (31.00, 42.0)	36.38 (7.29)	37.00 (31.00, 41.0)	.899
Factor 4	19.37 (6.33)	19.00 (15.00, 25.0)	19.63 (5.67)	20.00 (15.00, 24.0)	.684

Nota. Factor 1 = Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo; Factor 2 = Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad; Factor 3 = Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones; Factor 4 = Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad.

En tercer lugar, se examinó la relación entre el apego y la presencia de juego patológico. Al igual que en el caso del policonsumo, se observó que el factor 2 del apego adulto relativo a la resolución de conflictos se relacionó con mayor probabilidad de juego patológico. Estos datos señalan que este factor del apego puede ser especialmente relevante tanto para el policonsumo como para el juego patológico.

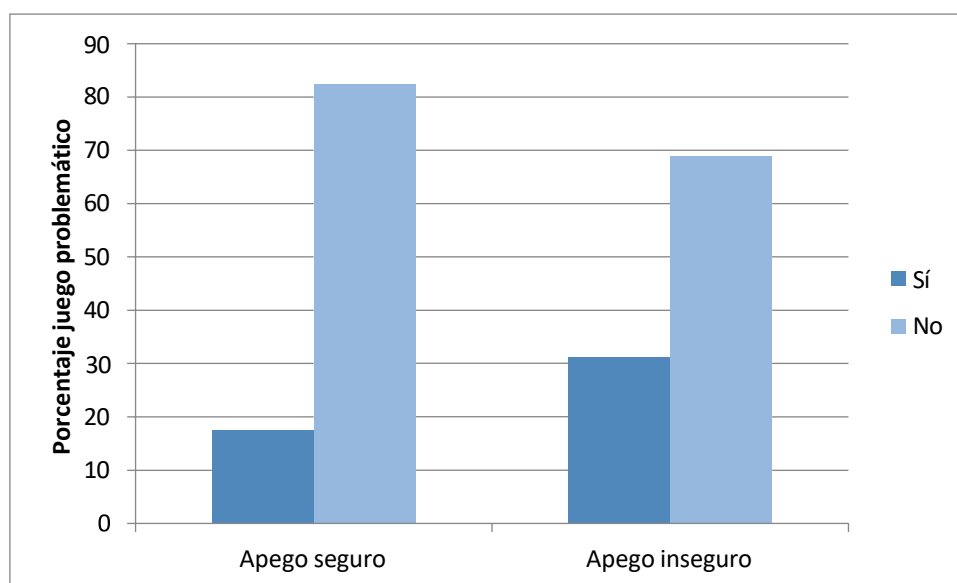
Tabla 28. Apego adulto en función de la presencia de juego patológico

Apego	Juego patológico				p
	No		Sí		
	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	
Factor 1	46.76 (12.00)	47.00 (38.00, 54.0)	47.70 (11.58)	48.00 (40.00, 56.0)	.438
Factor 2	32.03 (8.88)	31.00 (27.00, 38.0)	35.34 (9.37)	35.00 (29.00, 42.0)	.003
Factor 3	36.67 (7.34)	37.00 (32.00, 42.0)	35.24 (7.98)	36.00 (30.00, 41.0)	.205
Factor 4	19.54 (5.83)	20.00 (15.00, 24.0)	19.70 (5.77)	19.00 (15.00, 24.0)	.867

Nota. Factor 1 = Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo; Factor 2 = Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad; Factor 3 = Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones; Factor 4 = Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad.

De hecho, examinando la relación entre la presencia de problemas de juego y las tipologías de apego (seguro vs. inseguro), se observa que los problemas de juego son significativamente más frecuentes entre aquellas personas con apego inseguro que en aquellas con apego seguro.

Figura 12. Proporción de problemas de juego en función del tipo de apego



4.5.1.2. Apego adulto y salud mental: Su relación con la sintomatología ansioso-depresiva y la patología dual

En relación al apego adulto y su relación con la salud mental, se observó a través de las correlaciones que todos los factores de apego se relacionaron con la sintomatología ansioso-depresiva excepto el Factor III, relacionado con poder expresar las emociones y sentirse cómodo en las relaciones cercanas.

El factor con más peso en la sintomatología ansioso-depresiva fue el Factor I que se relaciona con un autoconcepto negativo y la búsqueda de la complacencia por miedo al rechazo o la pérdida. Mayores niveles de este factor se relacionaron con más problemas de ansiedad con una correlación débil, y con más problemas de depresión con una correlación fuerte.

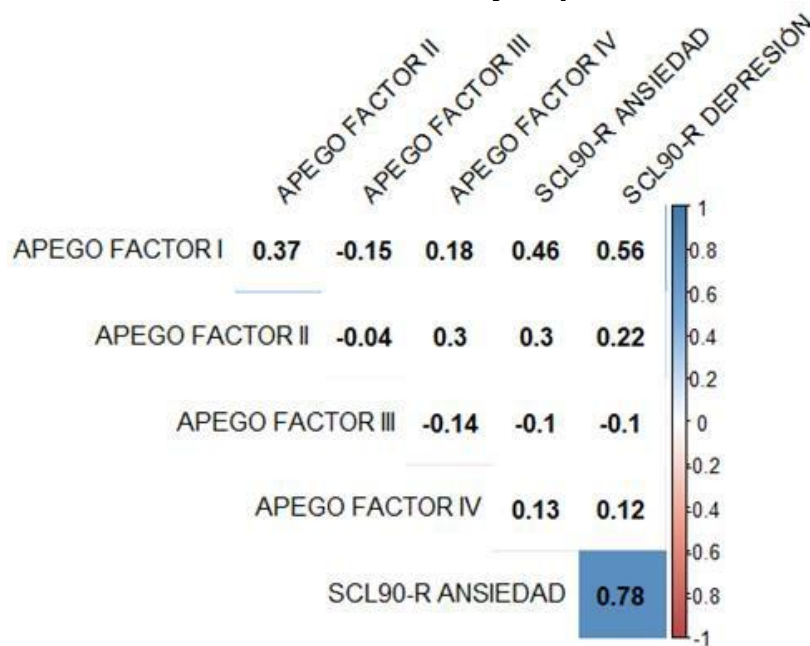
El siguiente factor con más peso fue el Factor II relacionado con la resolución hostil de conflictos, la posesividad y el rencor. Mayores niveles de este

factor se relacionaron también con mayor ansiedad y depresión con correlaciones débiles.

Por último, el factor con menos peso aunque significativo en la relación con la salud mental fue el Factor IV, relacionado con la autosuficiencia emocional e incomodidad en la intimidad. Mayores niveles de este cuarto factor se relacionaron también con mayores niveles de ansiedad y depresión, aunque en este caso con tamaños de correlación residuales.

Estos resultados ponen de relieve que el apego tiene un rol importante en la sintomatología ansioso-depresiva de las personas con adicciones. Los problemas de autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo del Factor I de apego parecen ser los más importantes para la salud mental, siendo remarcable el papel que pueden tener en la sintomatología depresiva.

Figura 13. Correlograma de las distintas dimensiones del apego adulto con las dimensiones de Ansiedad y Depresión del SCL90-R



Nota. Apego Factor I = Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo; Apego Factor II = Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad; Apego Factor III = Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones; Factor IV = Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad.

En relación a los antecedentes familiares de salud mental, se observó que tener antecedentes se relacionó con un mayor riesgo de tener mayores niveles del Factor 1 relacionado con menor autoestima, necesidad de aprobación y

miedo al rechazo. Asimismo, se observó una tendencia a mayor resolución hostil de conflicto (Factor 2).

Tabla 29. Apego adulto en función de los antecedentes familiares de salud mental

Apego	Antecedentes familiares				p
	No		Sí		
	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	
Factor 1	45.03 (11.45)	44.50 (37.00, 53.0)	49.02 (12.07)	50.00 (41.00, 57.0)	.000
Factor 2	31.94 (9.22)	32.00 (26.00, 37.0)	33.59 (8.87)	33.00 (28.00, 39.0)	.064
Factor 3	36.19 (8.06)	37.00 (31.00, 42.0)	36.54 (6.86)	36.00 (32.00, 41.0)	.829
Factor 4	19.53 (5.72)	20.00 (15.00, 24.0)	19.62 (5.91)	19.00 (15.00, 24.0)	.919

Nota. Factor 1 = Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo; Factor 2 = Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad; Factor 3 = Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones; Factor 4 = Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad.

En el caso de los antecedentes personales, también se observó que tener en la historia personal problemas de salud mental aumentó la probabilidad de tener baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo. Además, se observa también una tendencia a menor expresión de sentimientos y comodidad en las relaciones cuando existen esos antecedentes (Factor 3).

Tabla 30. Apego adulto en función de los antecedentes personales de salud mental

Apego	Antecedentes personales				p
	No		Sí		
	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	
Factor 1	43.34 (11.32)	42.00 (35.00, 51.0)	47.76 (11.90)	49.00 (40.00, 55.0)	.004
Factor 2	32.13 (8.34)	32.00 (25.00, 38.0)	32.87 (9.24)	32.00 (28.00, 38.0)	.606
Factor 3	37.73 (7.57)	39.00 (32.00, 42.0)	36.06 (7.46)	36.00 (31.00, 41.0)	.080
Factor 4	19.85 (5.46)	20.00 (15.00, 24.0)	19.51 (5.89)	19.00 (15.00, 24.0)	.588

Nota. Factor 1 = Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo; Factor 2 = Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad; Factor 3 = Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones; Factor 4 = Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad.

También los antecedentes personales de sucesos vitales traumáticos se relacionaron con una baja autoestima y dependencia de aprobación mayor. Esto

indica que haber experimentado sucesos emocionalmente estresantes a lo largo del ciclo vital se relaciona con problemas de apego a nivel de una percepción más negativa de uno mismo/a y una necesidad mayor de los demás, pero un mayor miedo a la evaluación que realicen.

Tabla 31. Apego adulto en función de los antecedentes personales de sucesos vitales traumáticos

Apego	Antecedentes de sucesos vitales traumáticos				p
	No		Sí		
	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	
Factor 1	45.91 (12.14)	47.00 (37.00, 54.0)	48.88 (11.25)	48.50 (41.00, 55.0)	.042
Factor 2	32.55 (8.86)	31.50 (27.00, 38.0)	33.08 (9.48)	33.00 (28.00, 39.0)	.530
Factor 3	36.29 (7.63)	36.00 (31.00, 42.0)	36.51 (7.26)	37.00 (31.00, 41.0)	.776
Factor 4	19.52 (5.91)	19.00 (15.00, 24.0)	19.68 (5.64)	20.00 (15.00, 24.0)	.682

Nota. Factor 1 = Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo; Factor 2 = Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad; Factor 3 = Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones; Factor 4 = Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad.

No hubo diferencias en el apego adulto entre aquellas personas con y sin antecedentes de adicciones. Esto indica que los problemas de apego adulto son similares independientemente de la presencia o no de antecedentes previos de adicción.

Tabla 32. Apego adulto en función de los antecedentes de adicciones

Apego	Antecedentes de adicciones				p
	No		Sí		
	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	
Factor 1	47.07 (11.69)	47.00 (38.00, 55.0)	46.66 (12.54)	47.00 (38.00, 55.0)	.913
Factor 2	32.89 (8.78)	32.00 (27.00, 39.0)	32.34 (9.88)	33.00 (26.00, 38.0)	.503
Factor 3	36.47 (7.37)	37.00 (32.00, 42.0)	36.07 (7.87)	36.00 (30.00, 41.0)	.665
Factor 4	19.56 (5.89)	19.50 (15.00, 24.0)	19.61 (5.60)	19.50 (15.00, 24.0)	.912

Nota. Factor 1 = Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo; Factor 2 = Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad; Factor 3 = Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones; Factor 4 = Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad.

4.5.2. Estrategias de Afrontamiento en la población de estudio

Los resultados del uso de las estrategias de afrontamiento se muestran en la Tabla 33. En base a los datos de Cano García et al. (2007) en población española, las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas que atienden a la UD del Hospital de Galdakao son similares a las de la población general en todos los casos excepto en relación a los niveles de autocrítica y de retirada social. Concretamente, las personas con adicción a sustancias muestran niveles altos de autocrítica y de retirada social, comparado con lo esperable en población general.

Tabla 33. Estrategias de afrontamiento

Afrontamiento	M	DT	Med	(P ₂₅ , P ₇₅)
REP	11.56	(5.38)	12.00	(7.00, 16.0)
AUC	14.18	(4.89)	15.00	(11.00, 18.0)
EEM	10.89	(4.44)	11.00	(7.00, 14.0)
PSD	15.88	(3.83)	17.00	(13.00, 19.0)
APS	10.66	(5.31)	11.00	(6.00, 15.0)
REC	9.48	(4.60)	10.00	(6.00, 13.0)
EVP	7.79	(4.61)	8.00	(4.00, 11.0)
RES	10.80	(4.76)	11.00	(8.00, 14.0)

Nota. Med = Mediana; REP = Resolución de problemas; AUC = Autocrítica; EEM = Expresión emocional; PSD = Pensamiento desiderativo; APS = Apoyo social; REC = Reestructuración cognitiva; EVP = Evitación de problemas; RES = Retirada social.

4.5.2.1. Estudio diferencial de las estrategias de afrontamiento

En primer lugar, se analizaron las diferencias entre hombres y mujeres en las estrategias de afrontamiento. Los resultados de los análisis diferenciales en las estrategias de afrontamiento indicaron que las mujeres mostraron más niveles de autocrítica, expresión emocional y pensamiento desiderativo que los hombres. Esto indica que en las mujeres son más frecuentes que en los hombres estrategias que pueden dañar el autoconcepto y dificultar la toma adecuada de decisiones y la planificación.

En los hombres, aunque no significativa, se ve una tendencia a mayor evitación de problemas que las mujeres.

Tabla 34. Estrategias de afrontamiento en función del género

Afron	Género				p
	Hombre		Mujer		
	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	
REP	11.36 (5.22)	11.00 (7.00, 16.0)	11.99 (5.72)	13.00 (8.00, 17.0)	.226
AUC	13.79 (4.72)	15.00 (11.00, 18.0)	15.04 (5.17)	16.00 (12.00, 20.0)	.003
EEM	10.50 (4.33)	10.00 (7.00, 14.0)	11.75 (4.58)	12.00 (9.00, 16.0)	.008
PSD	15.58 (3.98)	16.00 (13.00, 19.0)	16.55 (3.41)	17.00 (15.00, 19.5)	.027
APS	10.58 (5.22)	11.00 (7.00, 15.0)	10.82 (5.51)	11.50 (6.00, 15.0)	.644
REC	9.65 (4.30)	10.00 (6.00, 13.0)	9.11 (5.19)	9.50 (5.00, 13.0)	.425
EVP	8.03 (4.51)	8.00 (5.00, 11.0)	7.27 (4.81)	6.00 (3.00, 11.0)	.098
RES	10.86 (4.65)	11.00 (8.00, 14.0)	10.67 (5.02)	11.00 (7.00, 14.0)	.768

Nota. Afron = Afrontamiento; REP = Resolución de problemas; AUC = Autocrítica; EEM = Expresión emocional; PSD = Pensamiento desiderativo; APS = Apoyo social; REC = Reestructuración cognitiva; EVP = Evitación de problemas; RES = Retirada social.

En segundo lugar, se examinó si hubo diferencias en las estrategias de afrontamiento entre aquellas personas con monoconsumo y con policonsumo. En este caso, no hubo diferencias significativas entre ambos grupos, aunque se observó una tendencia a mayor retirada social en el grupo de policonsumo. Esto indica que la retirada social puede ser una estrategia de afrontamiento clave sobre la que intervenir en la intervención para desintoxicación.

Tabla 35. Estrategias de afrontamiento en función del policonsumo

Afron	Policonsumo				p
	No		Sí		
	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	
REP	11.69 (5.63)	13.00 (7.00, 16.0)	11.52 (5.33)	12.00 (7.00, 16.0)	.716
AUC	14.58 (5.01)	16.00 (12.00, 19.0)	14.08 (4.86)	15.00 (11.00, 18.0)	.323
EEM	11.01 (4.55)	11.00 (7.00, 15.0)	10.86 (4.42)	11.00 (7.00, 14.0)	.721
PSD	15.99 (3.90)	17.00 (14.00, 19.0)	15.86 (3.82)	17.00 (13.00, 19.0)	.794
APS	11.13 (5.19)	11.50 (8.00, 15.0)	10.53 (5.34)	11.00 (6.00, 15.0)	.352
REC	9.36 (4.55)	9.50 (6.00, 12.0)	9.52 (4.62)	10.00 (6.00, 13.0)	.987
EVP	7.14 (4.17)	7.50 (4.00, 10.0)	7.97 (4.72)	8.00 (4.00, 11.0)	.212
RES	9.86 (5.28)	9.50 (6.00, 14.0)	11.05 (4.59)	11.00 (8.00, 14.0)	.079

Nota. Afron = Afrontamiento; REP = Resolución de problemas; AUC = Autocrítica; EEM = Expresión emocional; PSD = Pensamiento desiderativo; APS = Apoyo social; REC = Reestructuración cognitiva; EVP = Evitación de problemas; RES = Retirada social.

En la misma línea que en el policonsumo, aunque no se observaron diferencias en ninguna de las estrategias usadas entre las personas con juego

patológico y sin juego patológico, si se observó una tendencia a mayor retirada social en el caso de las personas con algún nivel de problemas de juego (sin necesidad de ser patológico) frente a aquellas sin problemas de juego.

Tabla 36. Estrategias de afrontamiento en función del juego patológico

Afron	Juego patológico				p
	No		Sí		
	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	
REP	11.69 (5.44)	13.00 (7.00, 16.0)	11.06 (5.18)	11.00 (8.00, 15.0)	.308
AUC	14.02 (5.09)	15.00 (10.00, 18.0)	14.78 (4.08)	15.50 (11.00, 18.0)	.447
EEM	10.93 (4.43)	11.00 (8.00, 14.0)	10.74 (4.51)	11.00 (7.00, 14.5)	.674
PSD	15.85 (3.95)	17.00 (13.00, 19.0)	16.00 (3.38)	16.50 (14.00, 19.0)	.871
APS	10.80 (5.39)	11.00 (7.00, 15.0)	10.15 (4.99)	10.00 (6.00, 14.0)	.250
REC	9.51 (4.68)	10.00 (6.00, 13.0)	9.39 (4.34)	9.00 (5.50, 13.0)	.730
EVP	7.68 (4.59)	8.00 (4.00, 11.0)	8.19 (4.71)	8.00 (5.00, 11.0)	.413
RES	10.60 (4.79)	11.00 (7.00, 14.0)	11.53 (4.62)	11.00 (8.00, 14.0)	.202

Nota. Afron = Afrontamiento; REP = Resolución de problemas; AUC = Autocrítica; EEM = Expresión emocional; PSD = Pensamiento desiderativo; APS = Apoyo social; REC = Reestructuración cognitiva; EVP = Evitación de problemas; RES = Retirada social.

Esto indica que las personas con adicciones comportamentales y con adicciones a sustancias con policonsumo muestran estrategias similares a personas con adicciones a sustancias y monoconsumo. Si bien, la retirada social podría ser una estrategia de afrontamiento inadecuada que favoreciera la complicación de los problemas de adicción.

Tabla 37. Estrategias de afrontamiento en función de los problemas de juego

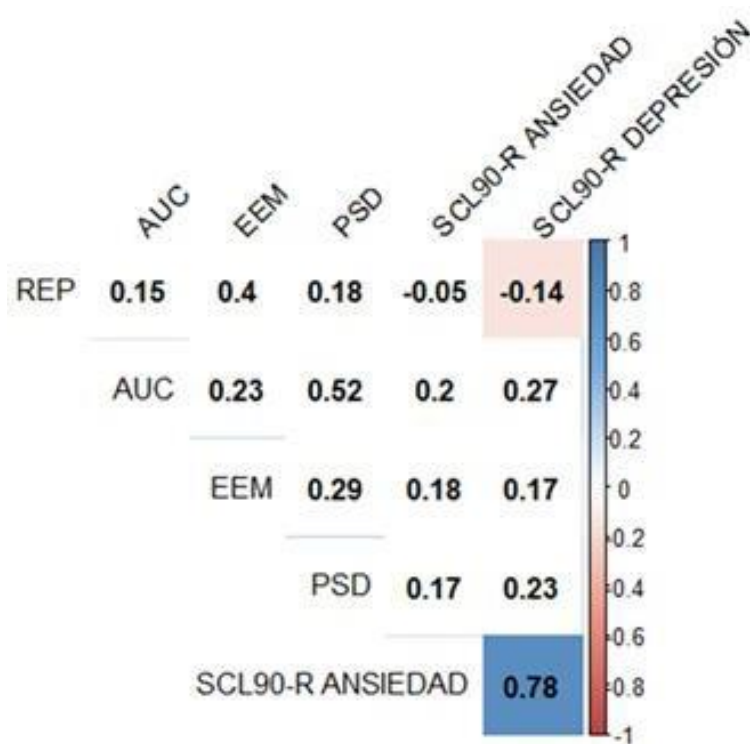
Afron	Problemas de juego				p
	No		Sí		
	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	
REP	11.61 (5.44)	12.50 (7.00, 16.0)	11.39 (5.24)	11.00 (8.00, 16.0)	.649
AUC	14.00 (5.10)	15.00 (10.00, 18.0)	14.70 (4.22)	15.00 (11.00, 18.0)	.450
EEM	10.89 (4.46)	11.00 (7.00, 14.0)	10.91 (4.40)	11.00 (7.00, 14.0)	.985
PSD	15.89 (3.94)	17.00 (13.00, 19.0)	15.86 (3.53)	16.00 (14.00, 19.0)	.629
APS	10.78 (5.33)	11.00 (7.00, 15.0)	10.33 (5.28)	10.00 (6.00, 15.0)	.376
REC	9.47 (4.68)	10.00 (6.00, 13.0)	9.52 (4.39)	9.00 (6.00, 13.0)	.940
EVP	7.70 (4.59)	8.00 (4.00, 11.0)	8.05 (4.69)	8.00 (4.00, 11.0)	.556
RES	10.50 (4.80)	11.00 (7.00, 14.0)	11.65 (4.56)	12.00 (8.00, 15.0)	.073

Nota. Afron = Afrontamiento; REP = Resolución de problemas; AUC = Autocrítica; EEM = Expresión emocional; PSD = Pensamiento desiderativo; APS = Apoyo social; REC = Reestructuración cognitiva; EVP = Evitación de problemas; RES = Retirada social.

4.5.2.2. Estrategias de afrontamiento y salud mental: Su relación con la sintomatología ansioso-depresiva y la patología dual

Como primer paso, se examinó la relación de las estrategias de afrontamiento de resolución de problemas, autocrítica, pensamiento desiderativo y expresión emocional con la sintomatología ansioso-depresiva.

Figura 14. Correlograma de las estrategias de afrontamiento con las dimensiones de Ansiedad y Depresión del SCL90-R



Nota. REP = Resolución de problemas; AUC = Autocrítica; EEM = Expresión emocional; PSD = Pensamiento desiderativo.

Los resultados de las correlaciones indicaron que mayores niveles de resolución de problemas se relacionaron con menor depresión, pero no con los niveles de ansiedad. Tanto la autocrítica como el pensamiento desiderativo y la expresión emocional se relacionaron con mayores niveles de ansiedad y depresión.

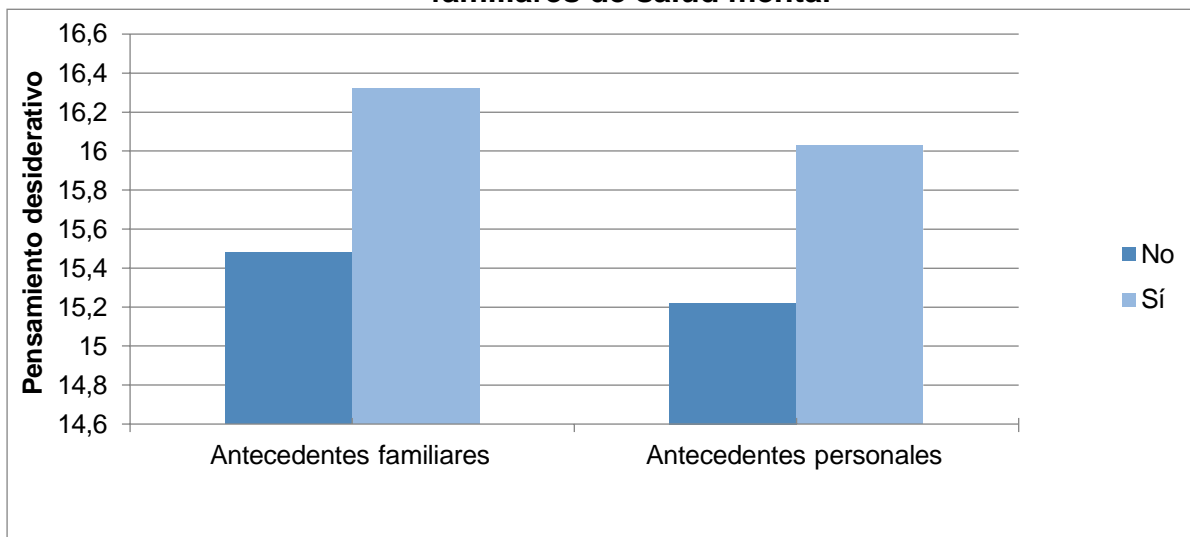
Pese a estos resultados, cabe destacar que las correlaciones son residuales en casi todos los casos atendiendo a su tamaño. Únicamente las

correlaciones entre la autocrítica y el pensamiento desiderativo con la depresión son correlaciones débiles.

Estos resultados indican que las estrategias de afrontamiento son factores cognitivo-emocionales que influyen en la salud mental de las personas con adicciones, pero que tienen un peso pequeño en la salud mental. En concreto, favorecer la resolución de problemas puede ayudar a reducir la sintomatología depresiva, mientras que promover la reducción de la autocrítica, la expresión emocional y el pensamiento desiderativo puede ayudar a mitigar los problemas de salud mental de esta población.

En relación a los antecedentes de salud mental, se observó que tanto tener antecedentes de problemas de salud mental en la historia familiar como antecedentes personales de salud mental se relacionó con mayor riesgo de pensamiento desiderativo. No hubo relación entre los antecedentes de salud mental y las estrategias de afrontamiento.

Figura 15. Pensamiento desiderativo en función de los antecedentes familiares de salud mental



En relación a los antecedentes personales de sucesos vitales traumáticos y los antecedentes de consumo de sustancias, se observó que, en ambos casos, haber tenido antecedentes se relacionó con mayor aplicación de la reestructuración cognitiva como estrategia de afrontamiento.

Tabla 38. Estrategias de afrontamiento en función de los antecedentes personales de sucesos vitales traumáticos y de adicciones

Antecedentes de sucesos vitales traumáticos					
Afron	No		Sí		p
	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	
REP	11.53 (5.49)	12.00 (7.00, 16.0)	11.60 (5.21)	12.00 (7.00, 16.0)	.928
AUC	13.94 (5.00)	15.00 (11.00, 18.0)	14.63 (4.66)	16.00 (11.00, 19.0)	.225
EEM	11.06 (4.42)	11.00 (8.00, 15.0)	10.58 (4.47)	10.00 (7.00, 14.0)	.264
PSD	15.99 (3.88)	17.00 (14.00, 19.0)	15.69 (3.76)	16.00 (13.00, 19.0)	.350
APS	10.94 (5.37)	11.00 (7.00, 15.0)	10.15 (5.18)	11.00 (6.00, 14.0)	.216
REC	9.83 (4.58)	10.00 (7.00, 13.0)	8.85 (4.60)	9.00 (6.00, 11.0)	.026
EVP	7.97 (4.60)	8.00 (4.00, 11.0)	7.47 (4.63)	7.00 (4.00, 11.0)	.327
RES	10.74 (4.85)	11.00 (8.00, 14.0)	10.92 (4.62)	11.00 (7.00, 14.0)	.924
Antecedentes de adicciones					
Afron	No		Sí		p
	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	
REP	11.59 (5.42)	12.00 (7.00, 16.0)	11.45 (5.32)	12.00 (6.00, 16.0)	.720
AUC	14.09 (4.85)	15.00 (11.00, 18.0)	14.43 (5.02)	16.00 (11.00, 19.0)	.449
EEM	10.96 (4.34)	11.00 (7.00, 14.0)	10.70 (4.73)	10.00 (7.00, 15.0)	.623
PSD	15.97 (3.74)	17.00 (14.00, 19.0)	15.63 (4.09)	16.50 (13.00, 19.0)	.684
APS	10.69 (5.24)	11.00 (7.00, 15.0)	10.57 (5.51)	10.50 (6.00, 15.0)	.746
REC	9.17 (4.54)	9.00 (6.00, 12.0)	10.35 (4.68)	10.00 (7.00, 13.0)	.050
EVP	7.74 (4.76)	8.00 (4.00, 11.0)	7.94 (4.19)	8.00 (5.00, 10.0)	.721

Nota. Afron = Afrontamiento; REP = Resolución de problemas; AUC = Autocrítica; EEM = Expresión emocional; PSD = Pensamiento desiderativo; APS = Apoyo social; REC = Reestructuración cognitiva; EVP = Evitación de problemas; RES = Retirada social.

4.5.3. Estrategias de regulación emocional (mindfulness y alexitimia) en la población de estudio

Los datos sobre mindfulness y alexitimia en la población de la UD del Hospital de Galdakao se muestran en la Tabla 39. En relación a los niveles de *mindfulness*, se observa que esta población muestra los valores más altos en la dimensión de Observación y los valores más bajos en las dimensiones de No juicio y No reaccionar.

Los niveles de alexitimia fueron similares a los de la población española (Martínez Sanchez, 1996) excepto en Pensamiento orientado hacia detalles externos, donde los valores fueron altos en comparación con los valores de la población general.

Tabla 39. Estrategias de regulación emocional

Regulación emocional	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)
Observar		
Describir		
Actuar		
No juzgar		
No reaccionar		
MINDFULNESS		
Factor I TAS		
Factor II TAS		
Factor III TAS		
ALEXITIMIA	59.75 (10.87)	
<p>Nota. Actuar = Actuar con conciencia; Factor I TAS = Dificultad para la discriminación de señales emocionales; Factor II TAS = Dificultad en la expresión verbal de emociones; Factor III TAS = Pensamiento orientado hacia detalles externos.</p>		

4.5.3.1. Estudio diferencial de las estrategias de regulación emocional

En primer lugar, se analizaron las diferencias en las estrategias de regulación emocional (i.e., *mindfulness* y alexitimia) por género. Los resultados indicaron que los hombres con adicciones mostraron mayores habilidades de *mindfulness* que las mujeres. Concretamente, los hombres mostraron mayor capacidad de No juicio de las experiencias internas y una tendencia hacia mayor capacidad de No reaccionar ante dichas experiencias.

En cuanto a la alexitimia, hombres y mujeres mostraron niveles similares en la puntuación total de la escala. Sin embargo, atendiendo a las dimensiones concretas, las mujeres mostraron más dificultades para la discriminación de señales emocionales y una tendencia a más pensamiento orientado hacia detalles externos que los hombres.

En base a lo expuesto, las mujeres con adicciones presentan un déficit mayor que los hombres en la regulación emocional con menor conciencia plena y mayores dificultades de atención y discriminación de los estados emocionales.

Tabla 40. Estrategias de regulación emocional en función del género

	Género				p
	Hombre		Mujer		
	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	
Observar	27.87 (5.73)	28.00 (24.00, 32.0)	27.69 (6.24)	28.00 (25.00, 32.0)	.821
Describir	25.76 (5.96)	26.00 (22.00, 30.0)	25.36 (6.60)	25.00 (21.00, 30.0)	.628
Actuar	23.97 (6.56)	24.00 (20.00, 28.0)	23.55 (6.30)	23.00 (19.00, 27.0)	.270
No juzgar	21.57 (6.48)	21.00 (17.00, 26.0)	19.50 (6.68)	19.00 (15.00, 23.0)	.003
No reaccionar	20.11 (4.13)	20.00 (18.00, 23.0)	19.23 (4.41)	19.00 (16.00, 23.0)	.061
MINDFULNESS	119.17 (15.79)	118.00 (109.00, 127.0)	115.11 (16.61)	115.50 (107.00, 122.5)	.048
Factor I TAS	21.90 (6.32)	22.00 (18.00, 27.0)	24.19 (6.49)	25.00 (20.00, 29.0)	.001
Factor II TAS	15.51 (3.99)	15.00 (13.00, 18.0)	15.24 (4.29)	15.00 (12.00, 18.8)	.787
Factor III TAS	22.03 (4.14)	22.00 (19.00, 25.0)	20.99 (4.15)	22.00 (18.00, 24.0)	.051
ALEXITIMIA	59.42 (10.74)	59.00 (53.00, 67.0)	60.47 (11.40)	61.00 (53.00, 70.0)	.324

Nota. Actuar = Actuar con conciencia; Factor I TAS = Dificultad para la discriminación de señales emocionales; Factor II TAS = Dificultad en la expresión verbal de emociones; Factor III TAS = Pensamiento orientado hacia detalles externos.

En segundo lugar, se examinó si las estrategias de regulación emocional se relacionaron con el tipo de consumo (i.e., policonsumo o monoconsumo).

Tabla 41. Estrategias de regulación emocional y policonsumo

Regulación emocional	Policonsumo				p
	No		Sí		
	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	
Observar	28.25 (6.44)	28.00 (25.00, 33.0)	27.70 (5.73)	28.00 (24.00, 32.0)	.446
Describir	26.59 (6.03)	26.00 (22.00, 31.0)	25.39 (6.18)	25.00 (22.00, 29.0)	.248
Actuar	24.85 (7.42)	24.00 (19.00,31.0)	23.57 (6.18)	24.00 (19.00, 28.0)	.229
No juzgar	21.08 (6.57)	20.50 (17.00, 25.0)	20.87 (6.62)	20.00 (16.00, 26.0)	.790
No reaccionar	19.97 (4.18)	19.00 (17.00, 23.0)	19.80 (4.26)	20.00 (17.00, 23.0)	.911
MINDFULNESS	120.10 (18.47)	116.50 (109.50, 127.5)	117.29 (15.43)	117.00 (108.00, 126.0)	.523
Factor I TAS	23.32 (6.45)	24.00 (19.00, 28.0)	22.43 (6.45)	23.00 (19.00, 27.0)	.259
Factor II TAS	15.38 (4.28)	15.00 (13.00, 18.8)	15.44 (4.03)	16.00 (13.00, 18.0)	.952
Factor III TAS	21.32 (3.80)	22.00 (19.00, 24.0)	21.81 (4.25)	22.00 (19.00, 25.0)	.383
ALEXITIMIA	60.06 (11.38)	61.00 (53.00, 70.0)	59.66 (10.85)	59.00 (52.22, 68.0)	.634

Nota. Actuar = Actuar con conciencia; Factor I TAS = Dificultad para la discriminación de señales emocionales; Factor II TAS = Dificultad en la expresión verbal de emociones; Factor III TAS = Pensamiento orientado hacia detalles externos.

Los resultados indicaron que ambos tipos de consumidores mostraron las mismas estrategias de regulación emocional. No relacionándose la regulación emocional con la presencia de policonsumo.

En tercer lugar, se examinaron las diferencias en las estrategias de regulación emocional entre las personas con adicciones a sustancias con y sin juego patológico. En este caso, tener mayores niveles de *mindfulness* y menores niveles de alexitimia global, y específicamente menor pensamiento orientado a detalles, se relacionó con no tener juego patológico.

Tabla 42. Estrategias de regulación emocional en función de la presencia de juego patológico

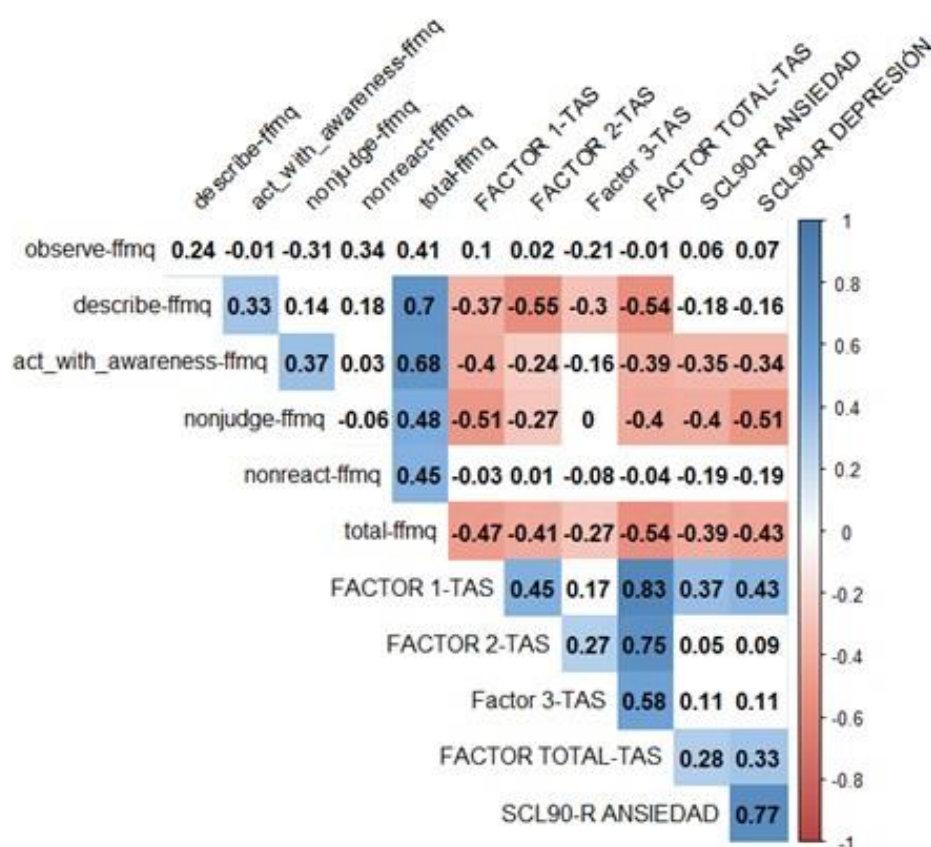
Regulación emocional	Juego patológico				p
	No		Sí		
	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	
Observar	28.05 (6.03)	28.00 (25.00, 32.0)	26.96 (5.30)	27.50 (24.00, 31.0)	.150
Describir	25.86 (6.20)	26.00 (22.00, 30.0)	24.83 (5.96)	25.00 (21.00, 29.0)	.232
Actuar	24.18 (6.50)	24.00 (19.00, 28.0)	22.59 (6.24)	23.00 (18.00, 27.0)	.126
No juzgar	21.03 (6.72)	20.00 (16.00, 25.0)	20.49 (6.12)	20.00 (16.00, 26.0)	.615
No reaccionar	19.93 (4.41)	20.00 (17.00, 23.0)	19.48 (3.53)	19.00 (18.00, 22.0)	.285
MINDFULNESS	118.83 (16.23)	118.00 (110.00, 127.0)	114.37 (15.39)	114.00 (105.00, 121.0)	.026
Factor I TAS	22.45 (6.45)	22.17 (19.00, 27.0)	23.21 (6.49)	23.00 (19.00, 28.0)	.388
Factor II TAS	15.26 (3.99)	15.00 (13.00, 18.0)	16.01 (4.37)	15.50 (13.00, 19.0)	.250
Factor III TAS	21.28 (4.30)	22.00 (18.50, 24.0)	23.24 (3.22)	24.00 (21.00, 26.0)	< .001
ALEXITIMIA	58.97 (10.92)	58.00 (52.00, 67.2)	62.58 (10.65)	62.00 (56.00, 72.0)	.008

Nota. Actuar = Actuar con conciencia; Factor I TAS = Dificultad para la discriminación de señales emocionales; Factor II TAS = Dificultad en la expresión verbal de emociones; Factor III TAS = Pensamiento orientado hacia detalles externos.

4.5.3.2. Mindfulness, alexitimia y salud mental: Su relación con la sintomatología ansioso-depresiva y la patología dual

En primer lugar, se examinó la relación del *mindfulness* y la alexitimia con la sintomatología ansioso-depresiva. Las correlaciones mostraron que tanto ambas estrategias de regulación emocional se relacionaron, pero de manera opuesta, con los niveles de ansiedad y depresión. Mayores niveles de *mindfulness* estuvieron ligados a menor ansiedad y depresión, mientras que más alexitimia se relacionó con mayor sintomatología ansioso-depresiva.

Figura 16. Correlograma de las distintas dimensiones de las estrategias de regulación emocional y *mindfulness* con las dimensiones de Ansiedad y Depresión del SCL90-R.



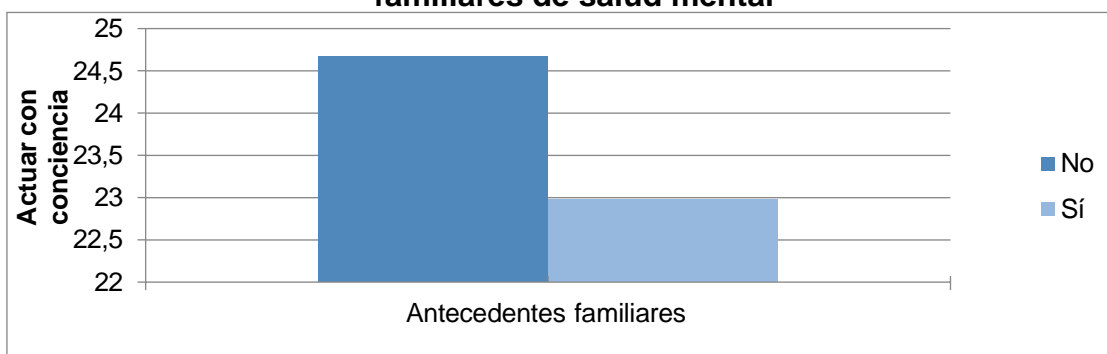
Nota. Observe-ffmq = Observar; Describe-ffmq = Describir; Act_with_awareness-ffmq = Actuar con conciencia; nonjudge-ffmq = No juzgar; nonreact-ffmq = No reaccionar; Total-ffmq = Mindfulness; Factor 1-TAS = Dificultad para la discriminación de señales emocionales; Factor 2-TAS = Dificultad en la expresión verbal de emociones; Factor 3-TAS = Pensamiento orientado hacia detalles externos; FACTOR TOTAL-TAS = Alexitimia.

Examinando las dimensiones concretas de *mindfulness*, se observa que la dimensión de No juzgar presenta las relaciones más fuertes con la ansiedad y la depresión, seguida de la dimensión de Actuar con conciencia. Las dimensiones de No reaccionar y de Describir también tuvieron una correlación negativa con ambos indicadores de salud mental, pero fueron correlaciones de magnitud marginal. La dimensión de Observar fue la única dimensión de *mindfulness* que no tuvo una relación significativa con la sintomatología ansioso-depresiva.

En relación a las dimensiones de alexitimia, se observa que únicamente el Factor 1 de Dificultades para la discriminación de señales emocionales se relacionó con la ansiedad y la depresión. Concretamente, mayores dificultades en la discriminación emocional se relacionaron con la presencia de mayor sintomatología ansioso-depresiva. Si bien, estas correlaciones fueron de tamaño pequeño indicando correlaciones débiles.

Con respecto a los antecedentes de salud mental, la única relación significativa fue entre la presencia de problemas de salud mental en la familia y la dimensión de *mindfulness* de describir la experiencia interna. Concretamente, antecedentes familiares de salud mental incrementaron la probabilidad de tener dificultades en la conciencia plena con respecto a la habilidad de describir la experiencia interna.

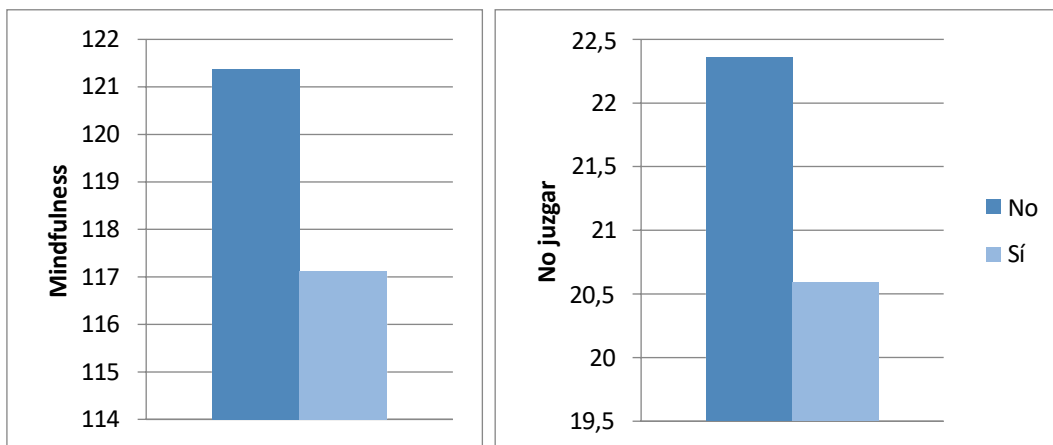
Figura 17. Describir la experiencia interna en función de los antecedentes familiares de salud mental



En relación a los antecedentes personales, tener historia personal de problemas de salud mental se relacionó con la dimensión global de *mindfulness* y, entre las dimensiones, con No juzgar la experiencia interna. Específicamente, haber tenido problemas de salud mental aumentó la probabilidad de tener

dificultades en la conciencia plena en el momento presente, especialmente en tomar conciencia de la experiencia interna sin realizar juicios sobre la misma.

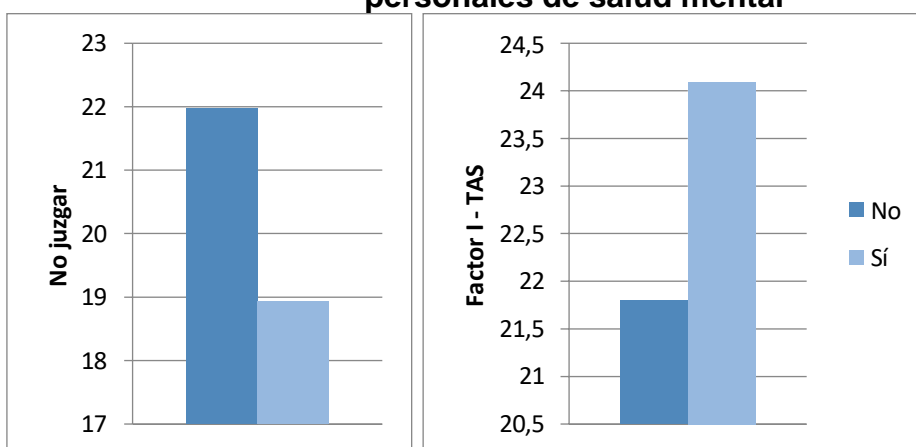
Figura 18. Mindfulness y no juzgar la experiencia interna en función de los antecedentes personales de salud mental



Nota. No = Sin antecedentes personales de salud mental; Sí = Con antecedentes personales de salud mental.

La presencia de antecedentes personales de sucesos vitales traumáticos se relacionó, dentro de las dimensiones de *mindfulness*, con tener menos capacidad de No juzgar la experiencia interna y, dentro de las dimensiones de alexitimia, esas experiencias traumáticas se relacionaron con tener dificultades para identificar y discriminar las emociones.

Figura 19. No juzgar la experiencia interna y Dificultad para la discriminación de señales emocionales en función de los antecedentes personales de salud mental



Nota. Factor I – TAS = Dificultad para la discriminación de señales emocionales; No = Sin antecedentes de sucesos vitales traumáticos; Sí = Con antecedentes de sucesos vitales traumáticos.

Por último, tener antecedentes de adicciones se relacionó con un perfil con mayores capacidades de regulación emocional mostrando este grupo una mayor capacidad para describir las experiencias internas y no reaccionar ante ellas, así como una tendencia a tener menores dificultades para identificar los estados emocionales.

Tabla 43. Estrategias de regulación emocional en función de los antecedentes de adicciones

Regulación emocional	Antecedentes de adicciones				p
	No		Sí		
	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	
Observar	27.45 (5.81)	28.00 (24.00, 31.0)	28.81 (6.03)	28.50 (25.00, 33.0)	.059
Describir	25.22 (5.90)	25.00 (22.00, 29.0)	26.80 (6.71)	27.00 (23.00, 32.0)	.044
Actuar	23.83 (6.43)	24.00 (19.00, 28.0)	23.86 (6.62)	24.00 (19.00, 28.0)	.945
No juzgar	21.03 (6.52)	20.00 (17.00, 26.0)	20.58 (6.85)	21.00 (16.00, 24.0)	.577
No reaccionar	19.55 (4.20)	19.00 (17.00, 22.0)	20.62 (4.26)	21.00 (18.00, 24.0)	.018
MINDFULNESS	116.89 (14.94)	116.00 (108.00, 124.0)	120.73 (18.94)	119.00 (107.00, 132.0)	.171
Factor I TAS	22.96 (6.43)	23.00 (19.00, 28.0)	21.66 (6.47)	21.00 (18.00, 27.0)	.098
Factor II TAS	15.49 (4.03)	15.00 (13.00, 18.0)	15.24 (4.24)	15.50 (12.00, 18.8)	.543
Factor III TAS	21.59 (4.11)	22.00 (19.00, 24.0)	22.02 (4.31)	22.00 (19.00, 25.0)	.375
ALEXITIMIA	60.06 (10.84)	60.00 (53.00, 68.0)	58.89 (11.25)	57.50 (52.00, 66.0)	.315

Nota. Actuar = Actuar con conciencia; Factor I TAS = Dificultad para la discriminación de señales emocionales; Factor II TAS = Dificultad en la expresión verbal de emociones; Factor III TAS = Pensamiento orientado hacia detalles externos.

4.5.4. Personalidad y adicciones en la población de estudio (n = 192)

Los indicadores de personalidad se midieron en una submuestra de 192 pacientes de la muestra general de personas que atienden en la UD mediante el cuestionario PAI (versión reducida 165 ítems).

Los resultados indican que las dificultades clínicas más frecuentes en base a los resultados del PAI fueron los trastornos relacionados con la ansiedad, seguidos de los rasgos límites de personalidad y la depresión.

Tabla 44. Personalidad (PAI)

PAI	M	DT	Med	(P ₂₅ , P ₇₅)
AFAB	7.17	(2.75)	7.00	(5.00, 9.0)
AGRE	9.47	(4.91)	8.50	(6.00, 13.0)
ANS	16.30	(7.74)	16.00	(11.00, 21.0)
DEP	17.57	(7.11)	18.00	(12.00, 23.0)
DOM	5.37	(2.66)	5.00	(3.00, 7.0)
ESQ	12.57	(5.92)	12.00	(8.50, 16.0)
EST	6.01	(3.16)	6.00	(4.00, 8.0)
FAP	5.53	(2.71)	6.00	(3.00, 7.5)
IS	4.70	(4.05)	4.00	(1.00, 8.0)
INEG	4.77	(3.15)	4.00	(2.00, 7.0)
IPOS	5.44	(2.59)	5.00	(4.00, 7.00)
INC	11.21	(3.91)	11.00	(8.00, 13.5)
INF	1.94	(1.78)	2.00	(0.00, 3.0)
MAN	13.46	(6.20)	13.00	(9.00, 17.0)
PAR	16.75	(6.09)	17.00	(13.00, 21.0)
ALC	4.75	(4.67)	3.50	(0.00, 9.0)
DRG	13.61	(5.30)	15.00	(10.00, 18.0)
RAN	13.27	(6.58)	12.00	(9.00, 17.0)
RLM	19.82	(7.44)	20.00	(15.00, 25.0)
RT	2.69	(2.24)	2.00	(1.00, 4.0)
TA	20.51	(6.01)	21.00	(16.00, 25.0)
TS	16.10	(7.13)	16.00	(10.50, 21.0)

Nota. AFAB = Afabilidad; AGRE = Agresividad; ANS = Ansiedad; DEP = Depresión, DOM = Dominancia; ESQ = Esquizofrenia; EST = Estrés; FAP = Falta de apoyo social; IS = Ideación suicida; INEG = Impresión negativa; IPOS = Impresión positiva; INC = Inconsistencia; INF = Infrecuencia; MAN = Manía; PAR = Paranoia; ALC = Problemas con el alcohol; DRG = Problemas con las drogas; RAN = Rasgos antisociales; RLM = rasgos límites; RT = Rechazo al tratamiento; TA = Trastornos relacionados con la ansiedad; TS = Trastornos somatomorfos.

4.5.4.1. Estudio diferencial de los rasgos de personalidad

En primer lugar, se analizaron las diferencias de género en las variables del cuestionario PAI. En relación a la salud mental, se observó que las mujeres tuvieron más prevalencia de trastornos de depresión, ansiedad y trastornos

asociados a la ansiedad así como una tendencia mayor que los hombres con adicciones a los trastornos somatomorfos. Los hombres, tuvieron más tendencia a la falta de apoyo social, la impresión positiva y el rechazo al tratamiento que las mujeres.

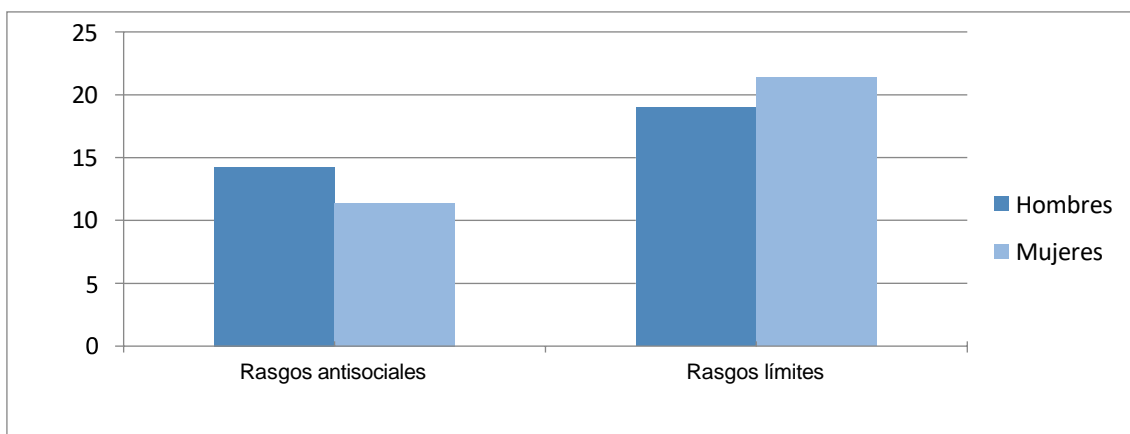
Tabla 45. Personalidad (PAI) en función del género

PAI	Género				p
	Hombre		Mujer		
	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	
AFAB	6.92 (2.83)	7.00 (5.00, 9.0)	7.63 (2.56)	8.00 (6.00, 9.0)	.138
AGRE	9.46 (4.84)	8.00 (6.00, 12.0)	9.48 (5.08)	9.00 (5.00, 14.0)	.927
ANS	14.58 (7.23)	14.00 (10.00, 19.0)	19.49 (7.68)	18.00 (14.00, 25.0)	< .001
DEP	16.30 (7.03)	17.00 (10.00, 21.0)	19.94 (6.68)	21.00 (15.00, 26.0)	.001
DOM	5.61 (2.68)	5.00 (4.00, 7.0)	4.93 (2.58)	5.00 (3.00, 7.0)	.111
ESQ	12.29 (5.96)	12.00 (8.00, 16.0)	13.10 (5.85)	13.00 (9.00, 17.0)	.297
EST	5.82 (3.12)	6.00 (3.00, 8.0)	6.36 (3.23)	6.00 (4.00, 9.0)	.213
FAP	5.82 (2.69)	6.00 (4.00, 8.0)	4.99 (2.71)	5.00 (3.00, 7.0)	.047
IS	4.50 (4.03)	3.00 (0.00, 8.0)	5.06 (4.10)	4.00 (1.00, 9.0)	.270
INEG	4.58 (3.21)	4.00 (2.00, 7.0)	5.12 (3.03)	5.00 (3.00, 7.0)	.161
IPOS	5.70 (2.56)	6.00 (4.00, 7.0)	4.96 (2.59)	5.00 (3.00, 6.0)	.024
INC	11.01 (3.80)	11.00 (8.00, 13.0)	11.58 (4.09)	11.00 (8.00, 14.0)	.500
INF	2.06 (1.78)	2.00 (0.00, 3.0)	1.70 (1.78)	1.00 (0.00, 3.0)	.138
MAN	13.51 (6.35)	14.00 (8.00, 17.0)	13.37 (5.97)	12.00 (9.00, 18.0)	.918
PAR	16.70 (5.89)	17.00 (13.00, 21.0)	16.84 (6.49)	17.00 (13.00, 21.0)	.812
ALC	4.43 (4.59)	3.00 (0.00, 8.0)	5.34 (4.78)	6.00 (0.00, 11.0)	.206
DRG	14.17 (4.82)	15.00 (11.00, 18.0)	12.57 (6.00)	14.00 (9.00, 17.0)	.128
RAN	14.27 (6.56)	13.00 (10.00, 18.0)	11.39 (6.24)	11.00 (8.00, 15.0)	.006
RLM	19.00 (7.65)	19.00 (14.00, 24.0)	21.36 (6.84)	21.00 (17.00, 26.0)	.022
RT	2.98 (2.23)	3.00 (1.00, 4.0)	2.15 (2.18)	2.00 (0.00, 3.0)	.005
TA	19.32 (5.84)	19.00 (15.00, 24.0)	22.73 (5.71)	23.00 (19.00, 26.0)	< .001
TS	15.46 (6.87)	15.00 (10.00, 20.0)	17.31 (7.50)	16.00 (12.00, 23.0)	.098

Nota. AFAB = Afabilidad; AGRE = Agresividad; ANS = Ansiedad; DEP = Depresión, DOM = Dominancia; ESQ = Esquizofrenia; EST = Estrés; FAP = Falta de apoyo social; IS = Ideación suicida; INEG = Impresión negativa; IPOS = Impresión positiva; INC = Inconsistencia; INF = Infrecuencia; MAN = Manía; PAR = Paranoia; ALC = Problemas con el alcohol; DRG = Problemas con las drogas; RAN = Rasgos antisociales; RLM = rasgos límites; RT = Rechazo al tratamiento; TA = Trastornos relacionados con la ansiedad; TS = Trastornos somatomorfos.

Con respecto a los rasgos de personalidad antisocial y límite, se observó una tendencia opuesta en ambos géneros. En el caso de las mujeres, fue más prevalente el presentar rasgos de personalidad límite que en los hombres. En éstos, en cambio, fue más probable el presentar rasgos antisociales que en las mujeres.

Figura 20. Medias de los trastornos de personalidad por género



En segundo lugar, se examinaron las diferencias en las dificultades de salud mental y trastornos de personalidad medidos por el PAI en función del tipo de consumo. Se observó que el tipo de consumo estuvo relacionado con los niveles de agresión, dominancia, estrés, problemas con el alcohol y las drogas y rechazo al tratamiento.

En concreto, las personas con policonsumo mostraron mayores niveles de agresión, problemas con el alcohol y las drogas. También mostraron mayores niveles de dominancia y estrés. Si bien, en el caso de la dominancia, las personas consumidoras de monoconsumidoras de fentanilo mostraron niveles similares a las personas con policonsumo.

En el caso del estrés, el consumo único de otras sustancias distintas del fentanilo o el alcohol mostró también niveles altos de estrés, incluso por encima del policonsumo.

Esto indica que la presencia de policonsumo es un factor de riesgo por encima de otros patrones de consumo.

Tabla 46. Personalidad (PAI) en función del tipo de consumo

PAI	Tipo de consumo				p
	Monoconsumo			Policonsumo	
	Fentanilo	Alcohol	Otras sustancias		
	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)	
AFAB	6.17 (2.93)	6.86 (2.40)	7.83 (2.99)	7.22 (2.79)	.720
AGRE	7.00 (4.98)	7.09 (3.18)	6.67 (1.37)	10.00 (5.05)	.012
ANS	19.00 (7.04)	15.55 (7.33)	18.33 (11.29)	16.22 (7.71)	.800
DEP	17.50 (8.96)	16.77 (6.94)	17.00 (8.90)	17.71 (7.06)	.940
DOM	5.50 (2.07)	4.91(2.18)	2.50 (1.64)	5.54 (2.72)	.034
ESQ	10.50 (5.54)	12.91(5.52)	11.67 (4.50)	12.64 (6.06)	.803
EST	3.67 (3.08)	4.77(3.94)	7.50 (1.64)	6.21 (3.03)	.028
FAP	6.17 (2.40)	5.41 (2.75)	4.67 (1.97)	5.56 (2.76)	.782
IS	4.00 (4.24)	3.00 (3.41)	3.83 (4.96)	4.99 (4.06)	.132
INEG	5.33 (3.61)	4.82 (2.74)	3.83 (3.54)	4.77 (3.20)	.760
IPOS	6.67 (2.66)	5.95 (2.59)	4.00 (2.76)	5.37 (2.57)	.169
INC	10.50 (3.62)	12.55 (4.65)	11.83 (1.94)	11.03 (3.85)	.316
INF	1.83 (2.56)	1.95 (2.08)	2.67 (1.63)	1.91 (1.72)	.647
MAN	9.50 (1.76)	13.27 (5.46)	14.00 (5.33)	13.62 (6.42)	.280
PAR	11.50 (5.32)	15.86 (6.35)	19.67 (7.84)	16.96 (5.94)	.106
ALC	1.67 (2.73)	8.41 (3.30)	1.17 (2.04)	4.49 (4.68)	.001
DRG	7.67 (5.50)	6.14 (4.63)	11.67 (5.89)	14.95 (4.26)	< .001
RAN	5.00 (5.97)	11.00 (5.94)	11.00 (5.18)	13.98 (6.47)	.003
RLM	15.00 (8.22)	17.05 (6.53)	18.33 (4.27)	20.45 (7.52)	.071
RT	5.17 (2.48)	3.59 (2.91)	1.83 (1.94)	2.50 (2.06)	.020
TA	20.67 (5.72)	19.45 (6.07)	22.50 (7.31)	20.58 (5.99)	.762
TS	23.50 (6.72)	16.36 (7.39)	18.67 (7.17)	15.69 (6.99)	.078

Nota. AFAB = Afabilidad; AGRE = Agresividad; ANS = Ansiedad; DEP = Depresión, DOM = Dominancia; ESQ = Esquizofrenia; EST = Estrés; FAP = Falta de apoyo social; IS = Ideación suicida; INEG = Impresión negativa; IPOS = Impresión positiva; INC = Inconsistencia; INF = Infrecuencia; MAN = Manía; PAR = Paranoia; ALC = Problemas con el alcohol; DRG = Problemas con las drogas; RAN = Rasgos antisociales; RLM = rasgos límites; RT = Rechazo al tratamiento; TA = Trastornos relacionados con la ansiedad; TS = Trastornos somatomorfos.

A nivel de rasgos de personalidad, el tipo de consumo se relacionó con los rasgos de personalidad antisocial. Específicamente, las personas con policonsumo mostraron los niveles más altos de rasgos antisociales mientras

que las personas monoconsumidoras de fentanilo mostraron los niveles más bajos.

Tabla 47. Personalidad (PAI) en función del policonsumo

PAI	Policonsumo				p
	No		Sí		
	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	
AFAB	6.91 (2.56)	7.50 (6.00, 9.0)	7.09 (2.81)	7.00 (5.00, 9.0)	.542
AGRE	7.00 (3.24)	8.00 (5.00, 11.0)	9.66 (4.85)	9.00 (6.00, 13.0)	.001
ANS	16.65 (7.96)	12.00 (7.00, 18.0)	16.98 (7.75)	17.00 (12.00, 22.0)	.763
DEP	16.94 (7.41)	14.00 (10.00, 20.0)	18.25 (7.19)	19.00 (13.00, 23.0)	.659
DOM	4.59 (2.26)	6.00 (4.00, 8.0)	5.25 (2.69)	5.00 (3.00, 7.0)	.065
ESQ	12.26 (5.29)	11.00 (6.00, 16.0)	12.89 (5.76)	12.50 (9.00, 17.0)	.939
EST	5.06 (3.63)	5.00 (3.00, 7.0)	6.17(3.19)	6.00 (4.00, 9.0)	.054
FAP	5.41 (2.55)	5.50(3.00, 8.0)	5.56 (2.67)	6.00 (4.00, 7.0)	.920
IS	3.32 (3.75)	4.00 (0.00, 7.0)	4.85 (4.14)	4.00 (1.00, 9.0)	.021
INEG	4.74 (2.98)	4.00 (2.00, 6.0)	4.93 (3.20)	4.00 (3.00, 7.0)	.753
IPOS	5.74 (2.69)	7.00 (6.00, 9.0)	5.09 (2.51)	5.00 (3.00, 7.0)	.441
INC	12.06 (4.11)	13.00 (11.00, 15.0)	10.90 (3.75)	11.00 (8.00, 13.0)	.122
INF	2.06 (2.06)	2.50 (0.00, 4.0)	1.83 (1.71)	1.50 (0.00, 3.0)	.927
MAN	12.74 (5.11)	13.50 (8.00, 16.0)	13.68 (6.20)	13.00 (9.00, 17.0)	.281
PAR	15.76 (6.73)	16.00 (12.00, 20.0)	16.93 (6.21)	17.00 (13.00, 21.0)	.318
ALC	5.94 (4.50)	4.50 (0.00, 8.0)	4.80 (4.74)	3.00 (0.00, 10.0)	.152
DRG	7.38 (5.28)	14.50 (7.00, 16.0)	13.85 (5.25)	15.00 (11.00, 18.0)	< .001
RAN	9.94 (6.11)	11.00 (9.00, 18.0)	13.28 (6.51)	13.00 (9.00, 17.0)	.001
RLM	16.91 (6.42)	16.00 (11.00, 20.0)	20.58 (7.24)	21.00 (16.00, 25.0)	.010
RT	3.56 (2.81)	4.00 (1.00, 4.0)	2.58 (2.27)	2.00 (1.00, 3.0)	.045
TA	20.21 (6.15)	19.00 (13.00,22.0)	20.99 (5.97)	22.00 (16.00, 26.0)	.817
TS	18.03 (7.53)	12.00 (8.00, 19.0)	16.48 (7.03)	16.00 (11.00, 21.0)	.123

Nota. AFAB = Afabilidad; AGRE = Agresividad; ANS = Ansiedad; DEP = Depresión, DOM = Dominancia; ESQ = Esquizofrenia; EST = Estrés; FAP = Falta de apoyo social; IS = Ideación suicida; INEG = Impresión negativa; IPOS = Impresión positiva; INC = Inconsistencia; INF = Infrecuencia; MAN = Manía; PAR = Paranoia; ALC = Problemas con el alcohol; DRG = Problemas con las drogas; RAN = Rasgos antisociales; RLM = rasgos límites; RT = Rechazo al tratamiento; TA = Trastornos relacionados con la ansiedad; TS = Trastornos somatomorfos.

Comparando los grupos con policonsumo y sin policonsumo, se observa que el perfil con policonsumo muestra peor predisposición a la salud mental. El policonsumo se relaciona con más problemas con las drogas, mayor nivel de

estrés y una tendencia a más ideación suicida. Esto pone de relieve que puede ser un grupo que puede verse sobrepasado por las circunstancias con mayor facilidad y en el que puede ser importante evaluar e intervenir en los pensamientos relacionados con quitarse la vida.

A nivel de personalidad, el perfil de las personas que realizan policonsumo es de perfiles de personalidad más agresivos, antisociales y límite, y con una tendencia a tener mayores niveles de dominancia. Estos perfiles podrían indicar una tendencia a perfiles con problemas para acatar las normas, con dificultades en las relaciones, labilidad emocional y de impulsividad.

El único aspecto en el que las personas con policonsumo muestran mejores factores para la evolución de la intervención es en el rechazo al tratamiento, donde se observa que el grupo con policonsumo muestra un menor nivel de rechazo.

En tercer lugar, se examinó si los perfiles de personalidad variaban en función de los niveles de riesgo de juego patológico (i.e., sin riesgo, problemas de juego pero no patológico y juego patológico).

Los niveles de juego patológico se relacionaron con los niveles de manía y rasgos antisociales. Específicamente, las personas con problemas de juego y juego patológico mostraron niveles más altos de manía que las personas sin riesgo de juego patológico. Si bien, las personas con problemas de juego, pero no patológico, mostraron mayores niveles de manía que las personas con juego patológico.

En relación a los rasgos de personalidad antisocial, las personas con juego patológico mostraron significativamente más rasgos antisociales que las personas con problemas de juego patológico, y estas mostraron niveles más altos que las personas sin riesgo de juego patológico. Esto indica que más rasgos de personalidad antisocial se relacionan con el aumento del riesgo de juego patológico.

Tabla 48. Personalidad (PAI) en función de los niveles de riesgo de juego patológico

PAI	Niveles de riesgo de juego patológico			p
	Sin riesgo	Problemas de juego pero no patológico	Juego patológico	
	M (DT)	M (DT)	M (DT)	
AFAB	7.18 (2.75)	7.50 (3.25)	7.05 (2.73)	.935
AGRE	9.01 (4.96)	11.00 (2.67)	10.76 (4.86)	.057
ANS	16.11 (7.82)	15.00 (3.30)	17.20 (8.08)	.643
DEP	17.53 (7.08)	17.75 (8.45)	17.68 (7.13)	1.000
DOM	5.23 (2.69)	7.13 (2.80)	5.51 (2.47)	.114
ESQ	12.14 (5.87)	12.25 (3.88)	14.15 (6.24)	.338
EST	5.79 (3.13)	6.50 (2.88)	6.66 (3.29)	.297
FAP	5.45 (2.74)	4.88 (1.73)	5.95 (2.78)	.460
IS	4.57 (4.13)	3.63 (3.62)	5.37 (3.85)	.314
INEG	4.47 (2.93)	4.13 (2.95)	5.93 (3.70)	.103
IPOS	5.48 (2.65)	5.88 (1.81)	5.22 (2.52)	.764
INC	11.09 (3.74)	9.38 (3.50)	11.98 (4.44)	.134
INF	1.85 (1.76)	1.75 (1.49)	2.27 (1.90)	.475
MAN	12.80 (6.13)	17.13 (4.91)	15.05 (6.27)	.028
PAR	16.36 (5.92)	19.00 (4.90)	17.66 (6.77)	.264
ALC	4.87 (4.85)	3.00 (3.25)	4.66 (4.25)	.654
DRG	13.09 (5.54)	16.63 (2.26)	14.83 (4.45)	.107
RAN	12.26 (6.14)	14.88 (7.40)	16.46 (6.96)	.004
RLM	19.43 (7.56)	18.63 (2.97)	21.41 (7.54)	.391
RT	2.67 (2.35)	2.50 (1.41)	2.78 (2.01)	.781
TA	20.47 (6.12)	19.63 (2.83)	20.83 (6.13)	.729
TS	15.92 (7.32)	14.38 (6.95)	17.07 (6.49)	.424

Nota. AFAB = Afabilidad; AGRE = Agresividad; ANS = Ansiedad; DEP = Depresión, DOM = Dominancia; ESQ = Esquizofrenia; EST = Estrés; FAP = Falta de apoyo social; IS = Ideación suicida; INEG = Impresión negativa; IPOS = Impresión positiva; INC = Inconsistencia; INF = Infrecuencia; MAN = Manía; PAR = Paranoia; ALC = Problemas con el alcohol; DRG = Problemas con las drogas; RAN = Rasgos antisociales; RLM = rasgos límites; RT = Rechazo al tratamiento; TA = Trastornos relacionados con la ansiedad; TS = Trastornos somatomorfos.

Examinando las diferencias entre aquellas personas sin ningún riesgo de juego y aquellas con algún nivel de problemas de juego, se observa que el perfil

de las personas con riesgo de juego patológico muestra mayores niveles agresión, manía y rasgos antisociales, y una tendencia a mayores problemas con las drogas y la impresión negativa.

Tabla 49. Personalidad (PAI) en función de la presencia o no de problemas de juego

PAI	Problemas de juego				p
	No		Sí		
	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	
AFAB	7.18 (2.75)	7.00 (5.00, 9.0)	7.12 (2.79)	7.00 (6.00, 9.0)	.998
AGRE	9.01 (4.96)	8.00 (5.00, 12.0)	10.80 (4.55)	10.00 (7.00, 14.0)	.020
ANS	16.11 (7.82)	16.00 (11.00, 21.0)	16.84 (7.53)	16.00 (12.00, 22.0)	.619
DEP	17.53 (7.08)	18.00 (12.00, 22.0)	17.69 (7.26)	17.00 (12.00, 23.0)	.990
DOM	5.23 (2.69)	5.00 (3.00, 7.0)	5.78 (2.57)	6.00 (4.00, 7.0)	.149
ESQ	12.14 (5.87)	12.00 (8.00, 16.0)	13.84 (5.93)	13.00 (10.00, 17.0)	.200
EST	5.79 (3.13)	6.00 (3.00, 8.0)	6.63 (3.20)	7.00 (5.00, 9.0)	.121
FAP	5.45 (2.74)	6.00 (3.00, 8.0)	5.78 (2.66)	6.00 (4.00, 7.0)	.505
IS	4.57 (4.13)	3.00 (1.00, 8.0)	5.08 (3.83)	5.00 (2.00, 8.0)	.361
INEG	4.47 (2.93)	4.00 (2.00, 6.0)	5.63 (3.63)	5.00 (3.00, 8.0)	.089
IPOS	5.48 (2.65)	5.00 (4.00, 7.0)	5.33 (2.42)	5.00 (4.00, 7.0)	.970
INC	11.09 (3.74)	11.00 (8.00, 13.0)	11.55 (4.37)	11.00 (8.00, 15.0)	.435
INF	1.85 (1.76)	1.00 (0.00, 3.0)	2.18 (1.83)	2.00 (1.00, 3.0)	.272
MAN	12.80 (6.13)	12.00 (8.00, 17.0)	15.39 (6.07)	15.00 (11.00, 18.0)	.014
PAR	16.36 (5.92)	16.00 (13.00, 20.0)	17.88 (6.48)	18.00 (13.00, 22.0)	.134
ALC	4.87 (4.85)	4.00 (0.00, 10.0)	4.39 (4.12)	3.00 (0.00, 7.0)	.857
DRG	13.09 (5.54)	15.00 (9.00, 17.0)	15.12 (4.21)	16.00 (13.00, 19.0)	.058
RAN	12.26 (6.14)	12.00 (8.00, 16.0)	16.20 (6.98)	15.00 (11.00, 20.0)	.001
RLM	19.43 (7.56)	20.00 (14.00, 25.0)	20.96 (7.06)	20.00 (17.00, 24.0)	.426
RT	2.67 (2.35)	2.00 (1.00, 4.0)	2.73 (1.91)	2.00 (1.00, 4.0)	.502
TA	20.47 (6.12)	21.00 (16.00, 25.0)	20.63 (5.71)	21.00 (17.00, 26.0)	.806
TS	15.92 (7.32)	16.00 (10.00, 21.0)	16.63 (6.57)	17.00 (12.00, 22.0)	.433

Nota. AFAB = Afabilidad; AGRE = Agresividad; ANS = Ansiedad; DEP = Depresión, DOM = Dominancia; ESQ = Esquizofrenia; EST = Estrés; FAP = Falta de apoyo social; IS = Ideación suicida; INEG = Impresión negativa; IPOS = Impresión positiva; INC = Inconsistencia; INF = Infrecuencia; MAN = Manía; PAR = Paranoia; ALC = Problemas con el alcohol; DRG = Problemas con las drogas; RAN = Rasgos antisociales; RLM = rasgos límites; RT = Rechazo al tratamiento; TA = Trastornos relacionados con la ansiedad; TS = Trastornos somatomorfos.

Estos aspectos indicarían que las personas con adicciones que tienen cualquier nivel de riesgo de juego patológico, sin necesidad de llegar a tener un perfil patológico, pueden presentar un consumo más problemático y perfiles de personalidad con más dificultades. Destacaría el tener más tendencias comportamentales a mostrar poco respeto a los demás y a las normas y a ofrecer de sí mismas una impresión más negativa.

4.5.4.2. Relación entre los rasgos de personalidad y la salud mental

En primer lugar se examinó la relación de las variables del PAI de personalidad con los indicadores de ansiedad y depresión del SCL-90R. Los resultados indicaron que las escalas de ansiedad y depresión de la escala del SCL 90-R tuvieron una correlación positiva y fuerte o muy fuerte con los indicadores de ansiedad, depresión y trastornos relacionados con la ansiedad del PAI.

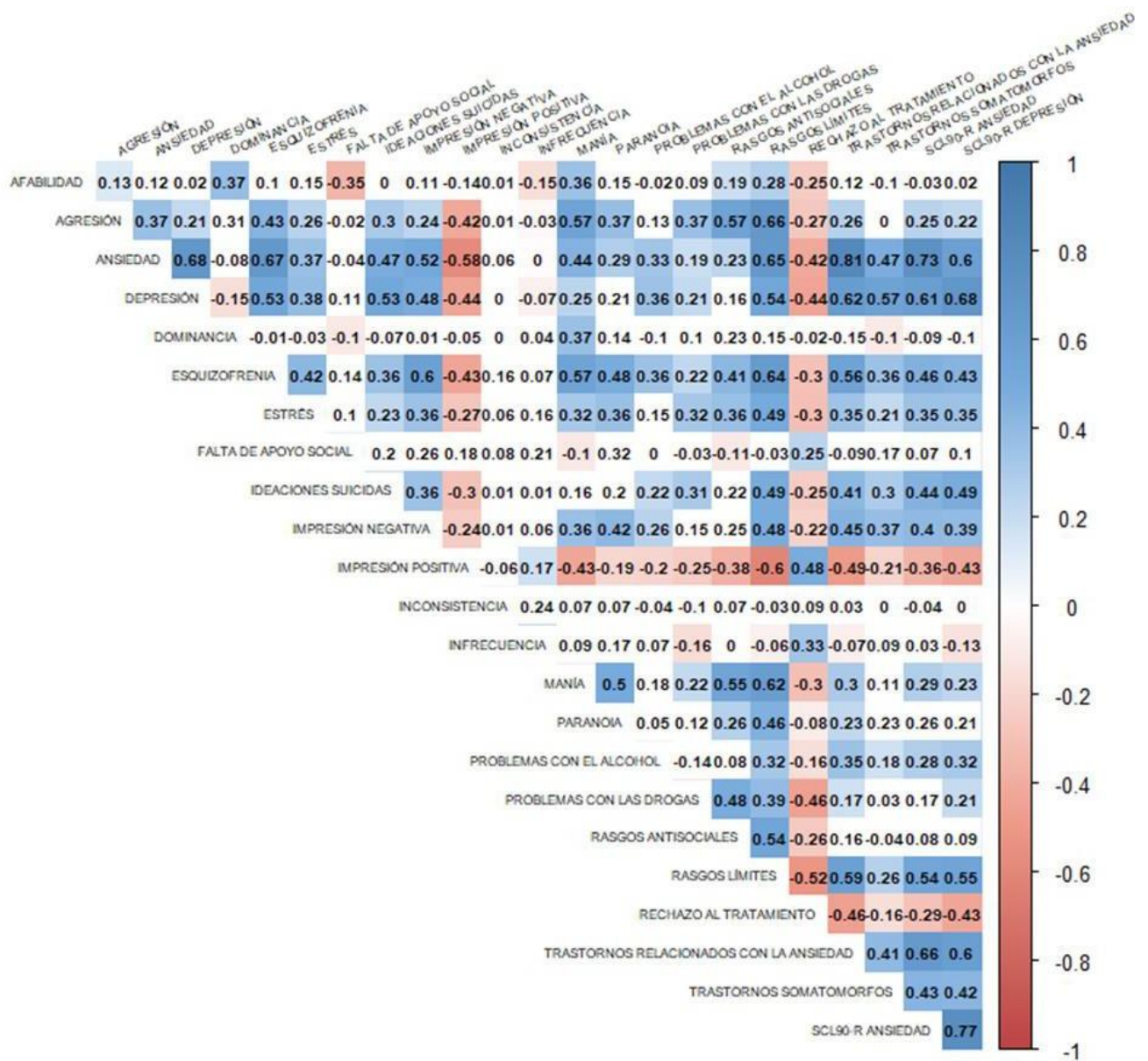
De entre los indicadores clínicos, los rasgos límites de personalidad fueron los que mostraron una relación más fuerte con la presencia de ansiedad y depresión, mientras que los rasgos antisociales no se relacionaron con la sintomatología ansioso-depresiva.

Los indicadores clínicos de esquizofrenia, ideaciones suicidas, el estrés y trastornos somatomorfos fueron los siguientes indicadores clínicos con una correlación de mayor magnitud, aunque ésta ya se situó en niveles débiles. En este mismo nivel de fuerza de relación se relacionó la impresión negativa con más niveles de ansiedad y depresión, mientras que la impresión positiva se relacionó con menor nivel de ambos indicadores de salud mental.

Los problemas de alcohol y drogas también se relacionaron con mayores niveles de ansiedad y depresión, pero las relaciones fueron débiles y, en el caso de los problemas de drogas y la ansiedad, la relación fue marginal.

Por último, el apoyo social no se relacionó con la sintomatología ansioso-depresiva y mayor rechazo al tratamiento se relacionó con menores niveles de ambas variables, pero con una correlación débil.

Figura 21. Correlograma de las distintas dimensiones relacionadas con la personalidad y adicciones con las dimensiones de Ansiedad y Depresión del SCL90-R



En relación a los antecedentes en salud mental, se observa que tener antecedentes personales de salud mental se relacionó con algunas dimensiones de salud mental y personalidad (ver Tabla 50). En concreto, tener antecedentes de salud mental se relacionó con tener más probabilidad de tener en la actualidad dificultades de ansiedad y trastornos relacionados con ella así como depresión. Aunque no significativo, también se observó una tendencia a tener más estrés y trastornos somatomorfos.

Tabla 50. Personalidad (PAI) en función de los antecedentes personales

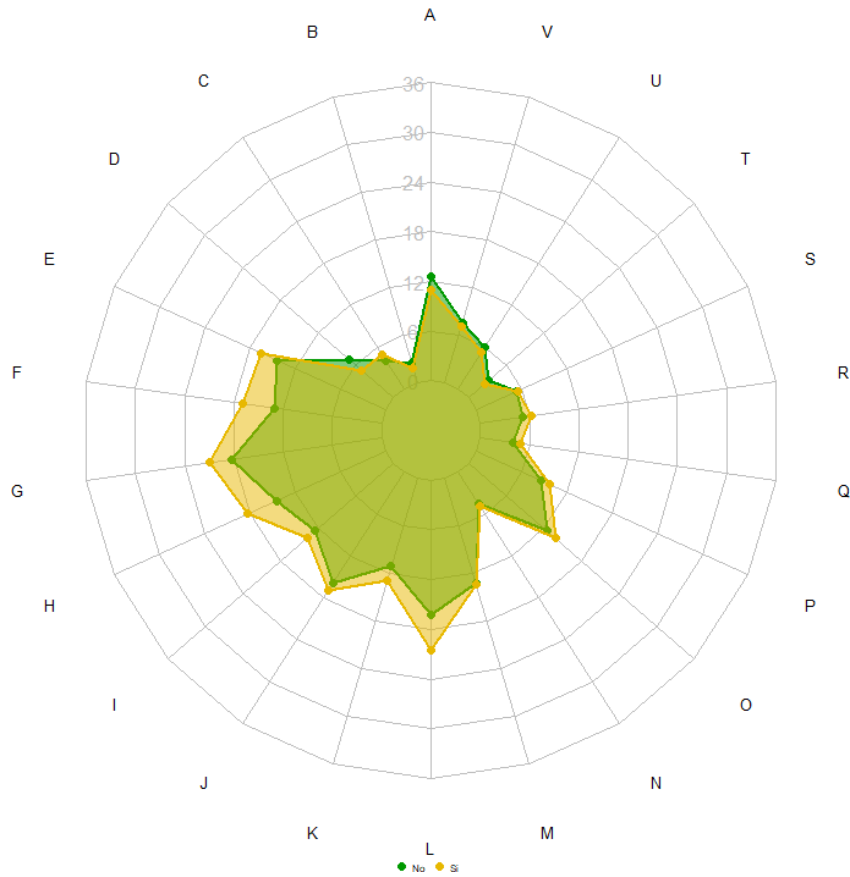
PAI	Antecedentes personales de salud mental				p
	No		Sí		
	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	
AFAB	7.53 (2.48)	7.50 (6.00, 9.0)	7.09 (2.81)	7.00 (5.00, 9.0)	.440
AGRE	8.59 (5.15)	8.00 (5.00, 11.0)	9.66 (4.85)	9.00 (6.00, 13.0)	.197
ANS	13.12 (6.92)	12.00 (7.00, 18.0)	16.98 (7.75)	17.00 (12.00, 22.0)	.007
DEP	14.44 (5.84)	14.00 (10.00, 20.0)	18.25 (7.19)	19.00 (13.00, 23.0)	.004
DOM	5.94 (2.47)	6.00 (4.00, 8.0)	5.25 (2.69)	5.00 (3.00, 7.0)	.150
ESQ	11.09 (6.52)	11.00 (6.00, 16.0)	12.89 (5.76)	12.50 (9.00, 17.0)	.183
EST	5.24 (2.94)	5.00 (3.00, 7.0)	6.17(3.19)	6.00 (4.00, 9.0)	.097
FAP	5.38 (2.94)	5.50(3.00, 8.0)	5.56 (2.67)	6.00 (4.00, 7.0)	.739
IS	3.97 (3.59)	4.00 (0.00, 7.0)	4.85 (4.14)	4.00 (1.00, 9.0)	.289
INEG	4.00 (2.85)	4.00 (2.00, 6.0)	4.93 (3.20)	4.00 (3.00, 7.0)	.172
IPOS	7.06 (2.32)	7.00 (6.00, 9.0)	5.09 (2.51)	5.00 (3.00, 7.0)	< .001
INC	12.65 (4.34)	13.00 (11.00, 15.0)	10.90 (3.75)	11.00 (8.00, 13.0)	.012
INF	2.44 (2.03)	2.50 (0.00, 4.0)	1.83 (1.71)	1.50 (0.00, 3.0)	.119
MAN	12.47 (6.24)	13.50 (8.00, 16.0)	13.68 (6.20)	13.00 (9.00, 17.0)	.262
PAR	15.91 (5.50)	16.00 (12.00, 20.0)	16.93 (6.21)	17.00 (13.00, 21.0)	.369
ALC	4.50 (4.38)	4.50 (0.00, 8.0)	4.80 (4.74)	3.00 (0.00, 10.0)	.663
DRG	12.50 (5.48)	14.50 (7.00, 16.0)	13.85 (5.25)	15.00 (11.00, 18.0)	.126
RAN	13.21 (6.97)	11.00 (9.00, 18.0)	13.28 (6.51)	13.00 (9.00, 17.0)	.678
RLM	16.29 (7.47)	16.00 (11.00, 20.0)	20.58 (7.24)	21.00 (16.00, 25.0)	.001
RT	3.21 (2.04)	4.00 (1.00, 4.0)	2.58 (2.27)	2.00 (1.00, 3.0)	.049
TA	18.26 (5.73)	19.00 (13.00,22.0)	20.99 (5.97)	22.00 (16.00, 26.0)	.019
TS	14.35 (7.42)	12.00 (8.00, 19.0)	16.48 (7.03)	16.00 (11.00, 21.0)	.066

Nota. AFAB = Afabilidad; AGRE = Agresividad; ANS = Ansiedad; DEP = Depresión, DOM = Dominancia; ESQ = Esquizofrenia; EST = Estrés; FAP = Falta de apoyo social; IS = Ideación suicida; INEG = Impresión negativa; IPOS = Impresión positiva; INC = Inconsistencia; INF = Infrecuencia; MAN = Manía; PAR = Paranoia; ALC = Problemas con el alcohol; DRG = Problemas con las drogas; RAN = Rasgos antisociales; RLM = rasgos límites; RT = Rechazo al tratamiento; TA = Trastornos relacionados con la ansiedad; TS = Trastornos somatomorfos.

En cuanto a la personalidad, fueron más frecuentes los rasgos límite entre aquellos con historia previa de dificultades psicológicas que en aquellos sin ellas. Cabe destacar que, por lo contrario, en relación a los factores relacionados con la intervención, las personas con antecedentes de salud mental tienen menor

tendencia a la impresión positiva y la inconsistencia y menor predisposición al rechazo al tratamiento.

Dimensiones del cuestionario PAI según antecedentes personales de Salud Mental



A: Inconsistencia; B: Infrecuencia; C: Impresión negativa; D: Impresión positiva; E: Trastornos somatomorfos; F: Ansiedad; G: Trastornos relacionados con la ansiedad; H: Depresión; I: Manía; J: Paranoia; K: Esquizofrenia; L: Rasgos límites; M: Rasgos antisociales; N: Problemas con el alcohol; O: Problemas con las drogas; P: Agresión; Q: Ideas suicidas; R: Estrés; S: Falta de apoyo social; T: Rechazo al tratamiento; U: Dominancia; V: Afabilidad.

En relación a los antecedentes familiares de salud mental de las personas con adicciones, la presencia de problemas de salud mental en historia de la familia se relacionó con más trastornos de ansiedad, más problemas con el alcohol y más ideación suicida.

Asimismo, tener antecedentes de salud mental en la familia se relacionó con más probabilidad de tener rasgos límite de personalidad.

Tabla 51. Personalidad (PAI) en función de los antecedentes familiares

PAI	Antecedentes familiares de salud mental				p
	No		Sí		
	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	
AFAB	6.96 (2.72)	7.00 (5.00, 9.0)	7.43 (2.78)	7.00 (5.00, 9.0)	.339
AGRE	8.98 (4.37)	8.00 (6.00, 12.0)	10.10 (5.49)	10.00 (5.00, 14.0)	.205
ANS	15.39 (7.47)	16.00 (10.00, 20.5)	17.46 (7.96)	17.00 (12.00, 23.0)	.099
DEP	16.85 (7.34)	17.00 (11.00, 22.0)	18.50 (6.72)	19.00 (13.50, 23.0)	.122
DOM	5.47 (2.43)	5.00 (4.00, 7.0)	5.24 (2.94)	5.00 (3.00, 7.0)	.443
ESQ	12.46 (6.33)	12.00 (8.00, 16.0)	12.71 (5.39)	13.00 (9.00, 17.0)	.428
EST	5.67 (3.25)	6.00 (3.00, 8.0)	6.44 (3.01)	6.00 (4.00, 9.0)	.100
FAP	5.37 (2.89)	5.00 (3.00, 8.0)	5.74 (2.47)	6.00 (4.00, 7.0)	.341
IS	4.13 (3.89)	3.00 (1.00, 7.0)	5.43 (4.16)	5.50 (1.50, 9.0)	.039
INEG	4.49 (3.16)	4.00 (2.00, 6.5)	5.12 (3.13)	5.00 (3.00, 7.0)	.151
IPOS	5.59 (2.54)	6.00 (4.00, 7.0)	5.24 (2.64)	5.00 (3.00, 7.0)	.342
INC	11.32 (3.92)	11.00 (8.00, 13.0)	11.06 (3.91)	11.00 (8.00, 14.0)	.766
INF	2.01 (1.84)	2.00 (0.00, 3.0)	1.85 (1.71)	2.00 (0.00, 3.0)	.596
MAN	13.04 (5.51)	13.00 (9.00, 16.0)	14.01 (6.99)	14.00 (9.00, 19.5)	.261
PAR	16.02 (5.57)	17.00 (12.00, 20.0)	17.69 (6.61)	17.00 (13.50, 23.0)	.104
ALC	4.18 (4.59)	2.00 (0.00, 8.5)	5.49 (4.69)	6.00 (0.00, 10.0)	.033
DRG	12.96 (5.69)	15.00 (9.00, 17.0)	14.44 (4.66)	16.00 (11.00, 18.0)	.117
RAN	13.16 (6.28)	12.00 (9.00, 17.0)	13.40 (6.97)	12.50 (8.00, 17.0)	.933
RLM	18.74 (7.21)	19.00 (13.50, 24.0)	21.21 (7.55)	21.50 (17.00, 26.0)	.015
RT	2.89 (2.21)	3.00 (1.00, 4.0)	2.43 (2.26)	2.00 (1.00, 3.5)	.086
TA	19.54 (5.87)	20.00 (15.00, 24.0)	21.76 (5.98)	22.00 (17.50, 26.0)	.016
TS	16.34 (7.66)	16.00 (10.00, 22.0)	15.80 (6.42)	16.00 (11.00, 21.0)	.621

Nota. AFAB = Afabilidad; AGRE = Agresividad; ANS = Ansiedad; DEP = Depresión, DOM = Dominancia; ESQ = Esquizofrenia; EST = Estrés; FAP = Falta de apoyo social; IS = Ideación suicida; INEG = Impresión negativa; IPOS = Impresión positiva; INC = Inconsistencia; INF = Infrecuencia; MAN = Manía; PAR = Paranoia; ALC = Problemas con el alcohol; DRG = Problemas con las drogas; RAN = Rasgos antisociales; RLM = rasgos límites; RT = Rechazo al tratamiento; TA = Trastornos relacionados con la ansiedad; TS = Trastornos somatomorfos.

Por otro lado, el tener antecedentes personales de sucesos vitales traumáticos a lo largo de la historia vital se relacionó con más probabilidad de ideación suicida y rasgos límites de personalidad.

Tabla 52. Personalidad (PAI) en función de los antecedentes personales de sucesos vitales traumáticos

PAI	Antecedentes personales de sucesos vitales traumáticos				p
	No		Sí		
	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	M (DT)	Med (P ₂₅ , P ₇₅)	
AFAB	6.96 (2.72)	7.00 (5.00, 9.0)	7.43 (2.78)	7.00 (5.00, 9.0)	.301
AGRE	8.98 (4.37)	8.00 (6.00, 12.0)	10.10 (5.49)	10.00 (5.00, 14.0)	.103
ANS	15.39 (7.47)	16.00 (10.00, 20.5)	17.46 (7.96)	17.00 (12.00, 23.0)	.186
DEP	16.85 (7.34)	17.00 (11.00, 22.0)	18.50 (6.72)	19.00 (13.50, 23.0)	.077
DOM	7.03 (2.81)	7.00 (5.00, 9.0)	7.38 (2.66)	8.00 (6.00, 9.0)	.167
ESQ	9.98 (5.23)	9.00 (6.00, 13.0)	8.65 (4.26)	8.00 (6.00, 12.0)	.498
EST	15.80 (7.97)	16.00 (10.00, 21.0)	17.09 (7.33)	16.50 (12.00, 22.0)	.476
FAP	16.88 (7.47)	17.00 (11.00, 22.0)	18.68 (6.38)	19.50 (14.00, 23.0)	.799
IS	5.58 (2.72)	5.00 (4.00, 7.0)	5.03 (2.55)	5.00 (3.00, 7.0)	.016
INEG	12.42 (6.04)	12.00 (8.00, 16.0)	12.81 (5.76)	12.50 (9.00, 17.0)	.076
IPOS	5.85 (3.22)	6.00 (3.00, 8.0)	6.26 (3.08)	6.00 (4.00, 9.0)	.639
INC	5.58 (2.78)	6.00 (4.00, 8.0)	5.45 (2.63)	6.00 (3.00, 7.0)	.079
INF	4.12 (3.81)	3.00 (0.00, 7.0)	5.62 (4.27)	5.00 (2.00, 9.0)	.775
MAN	4.50 (3.26)	4.00 (2.00, 7.0)	5.19 (2.94)	5.00 (3.00, 7.0)	.845
PAR	5.37 (2.71)	5.50 (3.00, 7.0)	5.54 (2.39)	5.00 (4.00, 7.0)	.712
ALC	11.64 (4.19)	11.00 (8.00, 14.0)	10.53 (3.32)	10.00 (8.00, 13.0)	.346
DRG	1.97 (1.79)	2.00 (0.00, 3.0)	1.89 (1.78)	2.00 (0.00, 3.0)	.373
RAN	13.61 (6.49)	13.00 (9.00, 18.0)	13.23 (5.75)	13.50 (9.00, 17.0)	.310
RLM	16.68 (6.31)	17.00 (13.00, 21.0)	16.86 (5.76)	17.00 (14.00, 20.0)	.045
RT	4.47 (4.70)	2.50 (0.00, 9.0)	5.19 (4.62)	5.00 (0.00, 9.0)	.323
TA	13.90 (5.24)	15.00 (11.00, 18.0)	13.15 (5.40)	15.00 (9.00, 17.0)	.182
TS	13.75 (6.98)	13.00 (9.00, 18.0)	12.50 (5.85)	12.00 (9.00, 15.0)	.231

Nota. AFAB = Afabilidad; AGRE = Agresividad; ANS = Ansiedad; DEP = Depresión, DOM = Dominancia; ESQ = Esquizofrenia; EST = Estrés; FAP = Falta de apoyo social; IS = Ideación suicida; INEG = Impresión negativa; IPOS = Impresión positiva; INC = Inconsistencia; INF = Infrecuencia; MAN = Manía; PAR = Paranoia; ALC = Problemas con el alcohol; DRG = Problemas con las drogas; RAN = Rasgos antisociales; RLM = rasgos límites; RT = Rechazo al tratamiento; TA = Trastornos relacionados con la ansiedad; TS = Trastornos somatomorfos.

4.6. APEGO, ALEXITIMIA Y PROBLEMAS DE JUEGO: “PROBLEMATIC GAMBLING BEHAVIOR IN A SAMPLE WITH SUBSTANCE USE DISORDER: THE ROLE OF ATTACHMENT STYLE AND ALEXITHYMIA” (Rueda Ruiz et al., 2022)

El artículo titulado “*Problematic gambling behavior in a sample with substance use disorder: The role of attachment style and alexithymia*” (Rueda Ruiz et al., 2022) publicado en el *Journal of Gambling Studies* muestra uno de los estudios realizado con la muestra de pacientes de la UD de este proyecto.

El objetivo de dicho estudio fue examinar la relación entre los estilos de apego (seguro o inseguro) y la presencia de problemas de juego patológico dentro de la población con adicción a sustancias de la UD, y el papel mediador de la alexitimia en ese proceso.

Para ello, se llevaron a cabo regresiones logísticas donde, además de las variables mencionadas, se tuvieron en consideración variables sociodemográficas (edad, género, estado civil, nivel educativo, situación laboral) y clínicas (historia de atención en salud mental, sintomatología psicológica y los patrones de policonsumo).

Como se muestra en la Tabla 2, los resultados de este estudio mostraron que, entre todas las variables sociodemográficas, el género fue la que tuvo mayor peso en los problemas de juego siendo los hombres los que mostraron 4.5 veces mayor probabilidad de experimentar problemas de juego que las mujeres.

Entre las variables clínicas, tener patrones de policonsumo o no haber estado en tratamiento para la adicción a sustancias triplicaron la probabilidad de tener problemas de juego patológico.

En relación a los objetivos del estudio, los resultados indicaron que las personas con apego inseguro tuvieron el doble de probabilidad de desarrollar problemas de juego además de la adicción a sustancias y que la alexitimia mediaba esta relación (0.02; ES Bootstrap = 0.01, IC 95% Bootstrap [-0.052, -0.003]; $z = -1.98$, $p = .048$).

Estos resultados indicaron que la alexitimia actuó como factor explicativo de la relación entre los tipos de apego y la aparición de problemas de juego patológico en la población con adicción a sustancias de la UD:

Tabla 53. Coeficientes de regresión en la predicción de problemas de juego

Variable independiente	Beta (ES)	OR (95% CI)	p
Sexo			
Hombre	1.49 (0.93)	4.43 (2.26, 8.68)	< .001
Mujer	Referencia	Referencia	
Tratamiento previo sustancias			
No	1.11 (0.33)	3.04 (1.58, 5.85)	< .001
Sí	Referencia	Referencia	
Policonsumo			
No	Referencia	Referencia	
Sí	1.06 (0.40)	2.90 (1.33, 6.30)	.007
Apego inseguro			
No	Referencia	Referencia	
Sí	0.70 (0.29)	2.01 (1.14, 3.54)	.016
Alexithimia*	0.03 (0.01)	1.03 (1.00, 1.05)	.023
AUC (95% CI)	13.04 (5.51)	13.00 (9.00, 16.0)	.261
Hosmer-Lemeshow test	16.02 (5.57)	17.00 (12.00, 20.0)	.104
Nota. Beta (ES) = Coeficiente de regresión (Error Estandar); OR = Odd ratio; AUC = Area Under the Curve= Área Bajo la Curva.			
* incrementos en unidades.			

5. CONCLUSIONES

5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS EN LA UD

Los datos de las características sociodemográficas de las personas que asisten a la UD indican que:

- La mayor parte de las personas que acuden a la UD son hombres.
- Son predominantemente personas adultas de entre 26 y 56 años.
- Son mayoritariamente personas solteras o divorciadas.
- Están predominantemente en paro o tienen reconocida alguna discapacidad.
- Un alto porcentaje hace uso de los servicios y ayudas sociales y vive en pisos tutelado, residencias o albergues.
- Hay una alta presencia de problemas legales.

La información de las personas con adicción a sustancias de la UD pone de relieve que hay ciertos grupos con mayor riesgo para el desarrollo de problemas de adicción a sustancias al mismo tiempo que indica que presentan dificultades para la adaptación en distintos contextos vitales.

En este sentido, los hombres parecen mostrar un mayor riesgo de desarrollar conductas adictivas dado que se observa que tienen el doble de probabilidad que las mujeres de acudir a la unidad. Este dato está en línea con los resultados que tradicionalmente se han encontrado en la prevalencia de personas con adicción a sustancias donde los hombres tienden a mostrar una mayor prevalencia que las mujeres, sobre todo en el consumo de sustancias ilegales (Lev-Ran et al., 2013; McHugh et al., 2018).

Con respecto a la edad, se observa que los adultos de edades medias son los más proclives a tener problemas de adicción y acceder a la búsqueda de ayuda en la UD mientras que es menos frecuente que acudan personas jóvenes de entre 18 y 26 años o mayores de más de 56 años. Aunque el porcentaje de personas jóvenes es menor, el inicio temprano en el consumo de sustancias se relaciona con un peor pronóstico, con mayor gravedad y cronicidad, mayor

probabilidad de patología dual y peor adherencia al tratamiento (King & Chassin, 2007; Subodh et al., 2019). Esto pone de relieve que el grupo de adultos jóvenes es un grupo de especial riesgo y señala la importancia de intervenir en esta población para prevenir el desarrollo de patrones de consumo problemáticos a lo largo de la vida adulta.

Asimismo, los datos sociodemográficos indican que la presencia de problemas de adicción a sustancias se relaciona con dificultades a nivel del desarrollo personal y social. La situación civil de estas personas indica que tienen mayor probabilidad de estar solteras o haberse separado o divorciado que la población general. Del mismo modo, se observa que pueden tener más dificultades para encontrar y mantener un trabajo estable dado el alto porcentaje de personas en situación de desempleo.

Además, estos datos podrían explicar que en muchos casos estas personas carezcan de la red de apoyo social y los recursos económicos necesarios para mantener su independencia económica y recurran en un alto porcentaje a la solicitud de servicios y ayudas sociales así como a pisos tutelados o albergues.

Todos estos datos sitúan a la población con adicciones en situaciones especialmente vulnerables para poder recuperar una vida independiente y sin consumo. De hecho, estar soltero/a o divorciado/a, un nivel educativo bajo o el nivel económico bajo se han relacionado con mayor probabilidad de consumo de sustancias, peor pronóstico y peor adherencia a los tratamientos (Scott et al., 2010; Şimşek et al., 2019; Walton et al., 2003).

Asimismo, hay un alto porcentaje que presenta o ha presentado problemas legales. La presencia de problemas con la ley puede favorecer el consumo de sustancias al mismo tiempo que el consumo de sustancias puede favorecer la aparición de dificultades a nivel legal (Klag et al., 2005)

Por tanto, la relación entre estos factores sociales y personales y la evolución de los procesos adictivos pone de relieve la necesidad de tener en consideración dichos factores para favorecer el éxito de las intervenciones con personas con adicción a sustancias.

5.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS PERSONAS DE LA UD

Las principales características clínicas de las personas de la UD son las siguientes:

- Las enfermedades médicas más frecuentes son:
 - Hepatitis B y C: afectan a 2 de cada 10 pacientes.
 - VIH: afecta a 1 de cada 10 pacientes.
 - Bronquiopatías y asma: afecta a 1 de cada 10 pacientes.
- Antecedentes familiares de salud mental:
 - El 50% de las personas de la UD refiere tener antecedentes familiares de problemas de salud mental.
 - El 70% de las personas de la UD tiene algún familiar cercano con problemas de adicción.
 - El 10% describe entornos familiares conflictivos y otro 10% describe no haber estado al cuidado de sus progenitores.
- Antecedentes personales de salud mental:
 - El 80% de pacientes tiene antecedentes de problemas personales de salud mental siendo lo más frecuente los trastornos del estado de ánimo (57.28%) y los trastornos neuróticos secundarios (27.48%).
 - El 33% ha sufrido un suceso vital traumático a lo largo de su vida.
 - El 33% tiene diagnóstico de algún trastorno de personalidad.
 - El 17.5% tiene diagnóstico de TDAH.
- Tener antecedentes personales o familiares de salud mental se relaciona con la presencia de patología dual (predominando la sintomatología ansioso-depresiva).

Los datos del presente estudio indican que las personas con problemas de adicción muestran un mayor riesgo que la población general de sufrir enfermedades crónicas como la Hepatitis B y C o el VIH, así como a tener una mayor prevalencia de deterioro cognitivo.

El consumo de sustancias es uno de los factores de riesgo más importante para el contagio del VIH o la Hepatitis C y B (Behzadifar et al., 2020; Muga et al., 2006). De hecho, el consumo inyectado de sustancias se han planteado como

una de las principales vías de contagio de la Hepatitis C y B o el VIH (Chu et al., 2009; Dausey & Desai, 2003; Hamzeh et al., 2019; Himelhoch et al., 2011).

Si bien, no sólo la forma de contagio, sino la propensión a la realización de conductas de riesgo (p. ej., relaciones sexuales sin protección), puede explicar esta alta relación entre la adicción a sustancias y estas enfermedades crónicas (Chu et al., 2009; Dausey & Desai, 2003; Hamzeh et al., 2019; Himelhoch et al., 2011).

Asimismo, estas personas describen contextos con alta prevalencia de familiares cercanos con problemas de adicción, familias con alto conflicto y abandono y altos niveles de problemas de salud mental en ese entorno. Estos entornos socio-familiares son factores que tienen una importante relación con el desarrollo y mantenimiento de la conducta adictiva (Afkar et al., 2017; Merikangas & McClair, 2012; Stewart, 2020). Por ello, la intervención con personas con adicciones puede beneficiarse de incluir en los procesos terapéuticos al entorno familiar y mejorar las circunstancias y la relación con este entorno (Stewart, 2020).

Por otro lado, entre la población con adicción a sustancias de la UD, se observa que el 80% ha tenido algún problema de salud mental y que una gran parte ha vivido eventos traumáticos o presenta algún trastorno de personalidad. Esta realidad y la historia familiar de problemas de salud mental se relacionan con la presencia actual de patología dual con sintomatología ansioso-depresiva indicando que muchas de las problemáticas psicológicas pueden haberse visto influidas por el entorno y que sus propios problemas psicológicos personales se han podido mantener a lo largo del tiempo dificultando la mejora de las personas con adicciones.

De hecho, la presencia de patología dual es una de las cuestiones que se ha planteado como factor de riesgo incrementado que relaciona las adicciones con la realización de conductas de riesgo y el contagio del VIH o la Hepatitis C y B. En este sentido, la investigación señala que la presencia de patología dual incrementa la probabilidad de tener sexo bajo el efecto de drogas inyectadas, compartir agujas o tener sexo por dinero y, consecuentemente, de infectarse de estas enfermedades (Dausey & Desai, 2003). Asimismo, la presencia de patología dual puede facilitar adicciones más severas y dificultar el propio proceso de cese del consumo reduciendo la adhesión a los procesos

terapéuticos y aumentar la probabilidad de recaídas (Saddichha et al., 2015; SAMHSA, 2020; Weaver et al., 2003).

Toda esta realidad remarca que las problemáticas de las personas con adicciones a sustancia hacen referencia a un contexto complejo donde ha de tenerse en cuenta el contexto socio-familiar y la presencia de la patología dual para reducir los problemas de salud y mejorar la adherencia y éxito terapéuticos con esta población.

5.3. CARACTERÍSTICAS DE LOS PATRONES DE ADICCIÓN A SUSTANCIAS DE LAS PERSONAS DE LA UD

Las principales características de los patrones de adicción de las personas atendidas por adicción a sustancias en la UD son las siguientes:

- Los consumos más frecuentes como motivo de ingreso y de adicción activa son:
 - o Alcohol (50%).
 - o Cocaína (40%).
 - o Cannabinoides (30%).
- Los consumos pasados frente a los actuales muestran:
 - o Un aumento muy alto en la prevalencia del consumo de alcohol.
 - o Un aumento moderado en la prevalencia en el consumo de opiáceos.
 - o Una prevalencia estable del consumo de cocaína.
- El 80% tiene patrones de policonsumo (sin contar el consumo de alcohol o tabaco).
- El 80% consume tabaco además de otro tipo de sustancias.
- El 80% ha estado en tratamiento por consumo de sustancias a lo largo de su vida.

Los datos sobre los tipos de sustancias con adicción activa en la UD del Hospital de Galdakao señalan que el alcohol, la cocaína y los cannabinoides son, por ese orden, las sustancias psicoactivas con mayor consumo entre la población con adicciones. En esta línea, aunque se observa que la prevalencia en el consumo de cocaína y cannabinoides es similar al observado en el pasado, se

observa un gran incremento en el consumo de alcohol de aproximadamente un 25%.

Los datos sobre el consumo de cocaína y cannabinoides es similar al reportado desde el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA, 2021) con respecto a los tipos de sustancia bajo las admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactiva. Asimismo, los datos de este informe sitúan también el alcohol como la sustancia con mayor prevalencia entre las personas en tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Si bien, los datos de este informe contrastan con lo observado en la población de la UD del Hospital de Galdakao dado que, frente al informe de la OEDA (2021) donde se observa un patrón relativamente estable en los últimos años en las personas ingresadas por consumo de alcohol para el tratamiento de la dependencia o abuso, en el presente estudio se observa un importante incremento.

Asimismo, los datos de esta investigación señalan que la población con adicciones de la UD del Hospital de Galdakao presenta una alta prevalencia de policonsumo, sin incluir tabaco o alcohol, y de consumo de tabaco. Dado que el abuso de varios tipos de sustancias adictivas se relaciona con patrones de adicción más graves y peor pronóstico terapéutico (Jeffirs et al., 2019; Wu et al., 2011), esto señalaría que la población de la UD puede presentar patrones de consumo de especial riesgo que hacen relevante tener en consideración el policonsumo en las intervenciones.

5.4. VARIABLES COGNITIVO-EMOCIONALES Y ADICCIONES

5.4.1. Apego y adicciones

Las principales conclusiones sobre los estilos de apego en la población con adicciones activas a sustancias de la UD son las siguientes:

- Las personas con adicciones tienen el doble de probabilidad de tener apego inseguro que apego seguro.
- Los perfiles de apego de las personas con adicciones a sustancia destacan por baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo.

- La presencia de antecedentes personales o familiares de salud mental, o antecedentes de sucesos vitales traumáticos se relacionan con más baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo.
- El policonsumo no se relaciona con los estilos de apego (seguro e inseguro), pero sí con perfiles enfocados en la resolución hostil de conflictos, el rencor y la posesividad.
- El perfil de baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo es el que mayor relación tiene con la patología dual (sintomatología ansio-depresiva), sobre todo con los niveles de depresión.

La alta prevalencia de apego inseguro frente a apego seguro muestra que estas dificultades pueden ser un factor de riesgo relacionado con la adicción a sustancias, también entre las personas de la UD, reafirmando lo observado en estudios previos (Fairbairn et al., 2018; Schindler, 2019).

En línea con los modelos de apego y adicciones (Fletcher et al., 2015; Lafond Padykula & Conklin, 2010), las experiencias tempranas con las figuras de apego tendrían un gran impacto en los modelos aprendidos sobre uno mismo y los demás, incluyendo las estrategias para autorregularse antes las dificultades vitales. La alta presencia de apego inseguro indicaría problemas para regular las emociones y la conducta, aumentando el malestar y favoreciendo el uso del consumo de sustancia como estrategia inadaptativa para suplir las dificultades en autorregulación.

Concretamente, los perfiles con mayor prevalencia entre las personas con apego inseguro en la presente muestra destacan por mostrar baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo. Estos perfiles muestran unos modelos operativos internos negativos de uno/a mismo/a y positivos de los demás, aunque con desconfianza, compatibles con tipologías de apego inseguro ambivalente o preocupado (Bartholomew & Horowitz, 1991; Howe et al., 1999). Precisamente estos perfiles son los que muestran una relación más fuerte con la patología dual con sintomatología ansioso-depresiva. Esto indica que, en línea estos modelos operativos internos, negativos sobre uno/a mismo/a y positivos de los demás podrían favorecer con mayor probabilidad la patología dual.

Aunque menos prevalentes, los perfiles caracterizados por la resolución hostil de conflictos, el rencor y la posesividad también presentan un valor alto

dentro de la muestra del presente estudio. Están caracterizados por modelos operativos internos negativos de los demás, sin que los modelos sobre uno/a mismo/a tengan que estar afectados, siendo compatibles con el apego inseguro evitativo (Bartholomew & Horowitz, 1991; Howe et al., 1999). En este caso, los factores contextuales como son la presencia de antecedentes familiares de salud mental o antecedentes de sucesos vitales traumáticos se relacionan con la presencia de estos perfiles de apego inseguro enfocados en la hostilidad. Esto indica que, en línea con lo planteado, las experiencias tempranas en el contexto socio-familiar de la persona pueden influir en el desarrollo de traumas de apego que faciliten el aprendizaje de modelos operativos internos negativos sobre los demás. Asimismo, estos perfiles con mayores niveles de hostilidad aumentan la probabilidad de patrones de policonsumo. Por tanto, dentro de los estilos de apego inseguro, aquellos con tendencia a la hostilidad, el rencor y la posesividad verían aumentada la probabilidad de conductas adictivas de mayor riesgo.

Estos resultados ponen de relieve que los estilos de apego pueden ser un importante factor a evaluar para entender la realidad concreta de las personas con adicción. Asimismo, las diferencias en la relación de los perfiles con baja autoestima y los perfiles con resolución de conflictos con la patología dual y el policonsumo indican que la evaluación de los modelos operativos internos que puedan ser negativos sobre uno/a mismo/a o los demás puede ayudar a diseñar estrategias de intervención específicas en función de la realidad concreta de las personas con adicción. Esto permitiría un mayor ajuste a las necesidades de los/as pacientes para favorecer el éxito terapéutico.

5.4.2. Estrategias de afrontamiento y adicciones

Las principales conclusiones sobre las estrategias de afrontamiento en la población con adicciones activas a sustancias de la UD son las siguientes:

- Las personas con adicciones muestran niveles más altos de autocrítica y retirada social que la población general.
- El policonsumo se relaciona con mayores niveles de retirada social.
- Tener antecedentes familiares o personales de salud mental se relaciona con mayor uso del pensamiento desiderativo.

- La resolución de problemas se relaciona con menores niveles de patología dual, concretamente de depresión.
- La autocrítica, el pensamiento desiderativo y la expresión emocional se relacionan con mayor probabilidad de patología dual (síntomatología ansioso-depresiva).

Las estrategias de afrontamiento inadecuadas centradas en la emoción, como son la retirada social y la autocrítica (Lazarus & Folkman, 1986), son en las que se observan niveles más altos en la población con adicciones de la UD comparados con los valores obtenidos en muestras de estudios previos con población general (Cano García et al., 2007). Estos datos señalan que son las estrategias inadecuadas centradas en la emoción las que más riesgo supondrían para facilitar la presencia de adicciones a sustancias, en línea con lo observado en la literatura previa (Askari et al., 2011; Caparrós & Masferrer, 2021). Así, la retirada social y la autocrítica, referirían una tendencia a enfrentar los eventos estresantes alejándose de los demás y realizando juicios negativos sobre uno/a mismo/a. En línea con modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1986) y lo observado en el contexto de las adicciones (Arévalo et al., 2008; Estevez et al., 2019; Hassanbeigi et al., 2013; Jauregui & Estevez, 2020), esto reafirma que las personas que, ante situaciones de estrés, llevan a cabo conductas de afrontamiento inadecuadas, aumentan la probabilidad de mantener el malestar y no sobreponerse adecuadamente la circunstancia estresante, favoreciendo conductas inadecuadas como los problemas de adicción.

Asimismo, las estrategias de afrontamiento que llevan a cabo las personas con adicciones no se relacionan únicamente con los problemas de adicción a sustancias sino con los patrones de consumo y la patología dual. En relación al policonsumo, se observa el uso de estrategias de retirada social aumenta el riesgo de adicción a varias sustancias distintas del tabaco. Estos datos indicarían que el alejarse de las personas de apoyo es un factor clave a tener en cuenta en la prevención e intervención con patrones de policonsumo.

Las estrategias de afrontamiento también se relacionan con la patología dual con sintomatología ansioso-depresiva. Por un lado, un mayor uso de las estrategias de resolución de problemas ayuda a reducir la probabilidad de sintomatología depresiva, mientras que la autocrítica, el pensamiento

desiderativo y la expresión emocional se relacionan con mayor probabilidad de patología dual. Estos resultados ponen de relieve que favorecer la resolución de problemas mientras que se reduce el uso de estrategias desadaptativas de afrontamiento puede ser clave para prevenir e intervenir sobre la aparición comórbida de problemas de salud mental como la ansiedad y la depresión, junto con la adicción a sustancias.

En base a lo expuesto, la promoción de estrategias de afrontamiento adecuadas puede favorecer la mejora de los problemas de adicción y la reducción de perfiles de riesgo como son el policonsumo y la patología dual. Además, estos resultados permiten tener en cuenta los patrones específicos, como son la autocrítica y la retirada social, que pueden ser más relevantes en esta población, haciendo más probable el éxito terapéutico.

5.4.3. Regulación emocional y adicciones

Las principales conclusiones sobre la relación entre la regulación emocional (i.e., *mindfulness* y alexitimia) y las adicciones en la población con adicciones activas a sustancias de la UD son las siguientes:

- Las personas con adicciones muestran los valores más bajos de *mindfulness* en las dimensiones de No juzgar y No reaccionar a la experiencia interna.
- Los niveles de alexitimia de la población con adicciones son similares a lo observado en población general excepto en el pensamiento orientado a lo externo, donde muestran niveles más altos.
- El policonsumo no se relaciona con la regulación emocional (i.e., *mindfulness* y alexitimia).
- Tener antecedentes familiares de salud mental se relaciona con menor capacidad de Describir la experiencia interna (*mindfulness*).
- Tener antecedentes personales de salud mental y haber vivido experiencias vitales traumáticas se relaciona con menor capacidad de No juzgar la experiencia interna (*mindfulness*).
- *Mindfulness* actúa como factor protector ante la patología dual (síntomatología ansioso-depresiva), sobre todo No juzgar la experiencia interna y Actuar con conciencia.

- La alexitimia es un factor de riesgo de la patología dual (sintomatología ansioso-depresiva), sobre todo las dificultades en la discriminación emocional.

La población con adicciones de la UD muestra dificultades específicas de regulación emocional. Dentro de la habilidad de *mindfulness* se observa que las personas con trastornos de adicción a sustancias psicoactivas muestran mayores dificultades en las facetas de No juzgar la experiencia interna y en No reaccionar, indicando una tendencia a tener problemas en la aceptación de emociones, pensamientos y otros eventos internos desagradables (Baer et al., 2006). En el caso de la alexitimia, no se observan dificultades a nivel global con respecto a los valores observados en otros estudios con población general (Martínez Sanchez, 1996). Sin embargo, en la subdimensión de alexitimia del Pensamiento orientado a lo externo sí se observan valores más altos que los de la población general (Martínez Sanchez, 1996). Los valores altos encontrados en esta dimensión indicarían que estas personas con adicción a sustancias mostrarían una tendencia a orientar la atención y el pensamiento hacia elementos externos y dificultades para dirigirlos hacia los eventos emocionales internos (Kooiman et al., 2002). Estos resultados señalarían que, aunque las personas con adicciones muestran dificultades en la regulación emocional como sitúa la literatura previa (Stellern et al., 2022), las dificultades de las personas con adicción no tienen por qué implicar una afectación global de la regulación emocional sino que estarían especialmente afectados aspectos específicos relacionados con la posibilidad de atender las emociones sin juzgarlas y sin reaccionar.

Asimismo, los resultados de la presente investigación indican que la regulación emocional puede no ser un factor relevante en relación al policonsumo, pero sí en relación a la patología dual. La estrategia de *mindfulness* puede tener un valor beneficioso para reducir la patología dual y mejorar la salud mental de las personas con adicciones, especialmente el saber no juzgar y actuar con conciencia. La alexitimia, aunque con menos impacto, también se observa como una estrategia de regulación emocional que tiene un papel importante en la presencia de patología dual. En este caso, el efecto de la

alexitimia en la sintomatología ansioso-depresiva es desfavorable, indicando la deseabilidad de facilitar la identificación y comprensión emocional.

Esta relación entre la regulación emocional y la patología dual no es de extrañar dado que las dificultades en la regulación de los eventos emocionales se ha propuesto como el factor de mayor importancia para la aparición de problemas de salud mental (Mestre-Bach et al., 2020). Por un lado, la alexitimia se ha relacionado con mayores dificultades en el control de impulsos y estados emocionales negativos que explicarían la probabilidad de que las personas con adicción presenten patología dual (Marchetti et al., 2019; Nasrolahi & Aghaee, 2022). Por el contrario, la promoción de *mindfulness* en contexto de intervención con adicciones ayuda a mejorar la regulación emocional favoreciendo la reducción de los problemas de salud mental que subyacen a la patología dual por lo que se ha propuesto como una estrategia deseable para reducir los problemas de adicción a través de la reducción de los problemas de regulación emocional de esta población (Rosenthal et al., 2021; Sancho et al., 2018).

Dada la alta frecuencia de patología dual en la población con adicción a sustancias, la atención a los problemas de regulación emocional en los procesos de intervención puede tenerse en cuenta de manera combinada con los esfuerzos dirigidos a la abstinencia para facilitar el éxito terapéutico.

5.4.4. Personalidad y adicciones

Las principales conclusiones sobre los rasgos de personalidad límite y antisocial y las adicciones en la población con adicciones activas a sustancias de la UD son las siguientes:

- La personalidad límite es una de las problemáticas más frecuentes entre las personas con adicción.
- El policonsumo se relaciona tanto con los rasgos de personalidad límite como con los rasgos de personalidad antisocial.
- Los antecedentes familiares, personales y la presencia de sucesos vitales traumáticos se relacionan con más rasgos de personalidad límite.
- Los rasgos de personalidad antisocial no se relacionan con la patología dual (sintomatología ansioso-depresiva).

- Los rasgos de personalidad límite se relacionan con un mayor riesgo de patología dual (síntomatología ansioso-depresiva).

La población con adicción a sustancias de la UD muestra niveles altos de rasgos antisociales y rasgos límites de personalidad, sobre todo de estos últimos. Estos resultados apoyan la presencia de una alta prevalencia de estos patrones comportamentales entre las personas con adicción a sustancias (Arias et al., 2013b, 2013a; Trull et al., 2018; Vest & Tragesser, 2020; Walter, 2015).

Los rasgos de personalidad límite y antisocial conllevan problemas en la adaptación social y personal y la gravedad y evolución de los problemas de adicción con un impacto alto a lo largo del tiempo en la vida de estas personas dada la estabilidad en la tendencia a la realización de conductas de riesgo e impulsivas (Barnes et al., 2015; Del Pino-Gutiérrez et al., 2017). Como se observa en la presente investigación, ambos rasgos de personalidad se relacionan con la presencia de policonsumo, siendo, en consecuencia, factores de riesgo a tener en cuenta por poder aumentar la gravedad de la conducta adictiva.

En relación a la patología dual, se observa que los rasgos de personalidad límite, pero no los rasgos de personalidad antisocial, se relacionan con la patología dual con sintomatología ansioso-depresiva. Esto indica que, si bien los perfiles de personalidad antisocial pueden relacionarse con la gravedad de la conducta adictiva, los perfiles de personalidad límite serían más determinantes a la hora de explicar las problemáticas comórbidas de salud mental. Además de la impulsividad también presente en la personalidad antisocial, los rasgos de personalidad límite presentan inestabilidad en el autoconcepto y los estados emocionales (APA, 2022). De hecho, la relación entre la personalidad límite y las adicciones se ha observado que se relaciona con problemas en la regulación afectiva y relacional y más problemas comórbidos de salud mental que se cubren con el uso del consumo de sustancias como conducta para eliminar el malestar (Kienast et al., 2014; Trull et al., 2018).

Dada esta realidad compleja, la intervención con personas con adicción debe tener en cuenta la presencia de rasgos de personalidad límite y antisocial para el abordaje en los procesos de intervención (Del Pino-Gutiérrez et al., 2017; Kienast et al., 2014).

5.5. Perspectiva de Género y Adicciones

Las principales conclusiones sobre las diferencias entre hombres y mujeres con trastornos de adicción a sustancias de la UD del Hospital de Galdakao se muestran a continuación.

5.5.1. Características sociodemográficas, género y adicciones

Los resultados sobre las diferencias de género en las características sociodemográficas de las personas con adicción a sustancias indican que:

- Los hombres tienen más probabilidad de tener un empleo que las mujeres.
- Las mujeres tienen menos probabilidad de estar solteras que los hombres, y ellas tienen más probabilidad de vivir con alguien que ellos.
- Tanto hombres como mujeres tienen la misma probabilidad de necesitar ayudas y servicios sociales, tutor/a legal, valoración de discapacidad, exclusión social y de haber incurrido en infracciones legales.

Los datos de las características sociodemográficas indican que las mujeres con adicciones tienen una situación de vulnerabilidad mayor a nivel laboral dado que tienen menor probabilidad de tener un empleo que los hombres con adicción. En el caso de la población general, los datos de empleo del INE (2021) indican que una prevalencia del 10.52% más de hombres con empleo que mujeres. En este estudio, la diferencia entre el porcentaje de hombre y mujeres con empleo es del 13.27%, lo que indica niveles similares a los de la población general, por lo que la vulnerabilidad observada en la situación laboral de las mujeres podría explicarse por factores similares a los observados culturalmente en la población española en general.

La posibilidad de que las mujeres vivan acompañadas y no estén solteras es mayor que la de los hombres con adicción. Dado que estar soltero/a o haberse divorciado son factores de riesgo para el consumo de sustancias y la patología dual (Scott et al., 2010; Walton et al., 2003), en este caso, los hombres con adicciones presentarían una mayor vulnerabilidad que las mujeres.

A nivel de aspectos relacionados con la situación social de las personas con adicción como son el requerimiento de ayudas y servicios sociales, tutor/a

legal, valoración de discapacidad, exclusión social o haber incurrido en infracciones legales, se observa que no hay diferencias por género observándose una situación similar para hombres y mujeres con adicción a sustancias.

5.5.2. Características clínicas, género y adicciones

Los resultados sobre las diferencias de género en las características clínicas de las personas con adicción a sustancias indican que:

- Las mujeres tienen mayor probabilidad de padecer enfermedades crónicas como fibromialgia, dolor crónico o asma, mientras que los hombres tienen mayor probabilidad de padecer enfermedades crónicas como la Hepatitis B o C.
- Las mujeres tienen el doble de probabilidad que los hombres de tener antecedentes de violencia intrafamiliar.
- Las mujeres tienen más antecedentes personales de trastornos del estado de ánimo y trastornos neuróticos secundarios, mientras que los hombres tienen más probabilidades de tener antecedentes de TDAH.

Los datos de las características clínicas de hombres y mujeres con adicción a sustancias indican diferencias en las enfermedades físicas y psicológicas así como en los antecedentes de ambos grupos indicando realidades distintas para cada género. En concreto, las mujeres muestran una mayor probabilidad de problemas de dolor crónico y fibromialgia, en línea con lo observado en población general (Branco et al., 2010; Wolfe et al., 2018). Los hombres, sin embargo, tienen mayor probabilidad de padecer Hepatitis B o C. Las investigaciones previas señalan resultados contradictorios en muestras distintas (Ayano et al., 2018; Lidman et al., 2009) por lo que los resultados encontrados podrían explicarse por las características específicas de las personas con adicciones de la UD.

Con respecto a los antecedentes familiares, las mujeres con adicción a sustancias muestran mayor vulnerabilidad a nivel de las circunstancias sociofamiliares habiendo experimentado significativamente violencia intrafamiliar con mayor probabilidad que los hombres. Estos datos concuerdan con los datos

sobre violencia de género (Bermúdez & Meléndez-Domínguez, 2020) y el mayor impacto en niñas que en niños de la violencia intrafamiliar (Alcántara-López et al., 2013). En esta línea, los datos de este estudio indicarían que las mujeres son una población más vulnerable ante la violencia intrafamiliar pudiendo impactar en mayor medida en su salud favoreciendo el desarrollo de conductas adictivas.

A nivel de los antecedentes personales, se observa que las mujeres muestran una mayor proporción de trastornos del estado de ánimo y trastornos neuróticos secundarios, mientras que los hombres muestran mayores antecedentes de TDAH. Estas diferencias pueden explicarse por las concepciones culturales sobre los comportamientos esperables de cada género.

Así, mientras que expresiones emocionales como el llanto se consideran más típicas del rol femenino, comportamientos más activos e incluso agresivos se relacionan con el rol masculino. Estos resultados están en línea con estudios previos que indican que las mujeres con adicciones muestran mayores problemas de salud mental emocionales y los hombres mayores problemas comportamentales (Brady et al., 1993; Hsieh & Hollister, 2004).

5.5.3. Patrones de consumo de sustancias y género

En relación a los patrones de consumo de las personas con adicción activa a sustancias, los resultados de las diferencias de género permiten concluir que:

- Los hombres tienen adicción a la cocaína con mayor frecuencia que las mujeres, mientras que las personas con adicción a los analgésicos opiáceos son mayoritariamente mujeres. Hay que señalar que su ingreso en la UD se realiza en contexto de ajuste de tratamiento para el dolor.
- Los hombres presentan más probabilidad de policonsumo, consumo de tabaco y comorbilidad con juego patológico que las mujeres.

Las diferencias en los patrones de consumo de hombres y mujeres muestran diferencias de género tanto en la sustancia consumida principal como en los patrones de gravedad.

En los hombres se observa un mayor consumo de cocaína y patrones de consumo con mayor gravedad que las mujeres dado que tienen más probabilidad tanto de desarrollar adicción a varias sustancias, como de desarrollar adicción a sustancias y comportamentales, en concreto al juego de azar.

Estos resultados indican, por un lado, que los hombres tienden a involucrarse en conductas adictivas más graves con mayor complejidad y, por otro lado, que las mujeres presentan patrones de consumo específicos con una presencia creciente de ingresos para desintoxicación de los analgésicos opiáceos, en coordinación con la Unidad del Dolor. En este último aspecto, es importante destacar la prescripción de estos analgésicos para la reducción del dolor ha supuesto un aumento de las adicciones a estas sustancias y que, dado que las mujeres sufren con mayor probabilidad enfermedades de dolor crónico, el riesgo de las mujeres a este respecto es mayor que el de los hombres siendo necesarias campañas de prevención y tratamiento específicos por género para abordar esta situación (Goetz et al., 2021).

5.5.4. Factores cognitivo-emocionales, género y adicciones

En relación a las diferencias de género en los factores cognitivo-emocionales en las personas con adicción a sustancias, se observa lo siguiente:

- No hay diferencias en los estilos de apego (seguro vs. inseguro) entre hombres y mujeres.
- Las mujeres tienen perfiles de apego con menor autoestima y más necesidad de aprobación, pero con mayor facilidad de expresión emocional y comodidad en las relaciones.
- Las mujeres muestran un mayor uso de estrategias de afrontamiento centradas en la autocrítica, la expresión emocional y el pensamiento desiderativo que los hombres.
- Las mujeres muestran menos capacidad de *mindfulness*, sobre todo, menor capacidad de No juzgar y No reaccionar que los hombres.
- Ambos géneros muestran niveles similares de alexitimia global, pero las mujeres muestran más dificultades en la discriminación de las señales emocionales.

- Las mujeres muestran mayores rasgos de personalidad límite que los hombres, mientras que los hombres muestran mayores rasgos de personalidad antisocial que las mujeres.

Los resultados sobre las variables cognitivo-emocionales de las personas con adicción indican que no hay diferencias en la prevalencia de apego seguro e inseguro entre hombres y mujeres indicando que se trata de un factor común para los problemas de adicción para ambos géneros. Si bien, ambos géneros muestran diferencias en los perfiles de apego inseguro que presentan. Así, las mujeres muestran con más probabilidad que los hombres perfiles de apego con modelos negativos sobre ellas mismas, pero positivos sobre los demás, sin dificultades para buscar apoyo en otras personas que indicarían estilos de apego inseguros ambivalentes o ansiosos (Bartholomew & Horowitz, 1991; Howe et al., 1999). Por el contrario, los hombres tendrían mayor probabilidad de mostrar perfiles positivos de sí mismos pero negativos de los demás, indicadores de estilos de apego evitativos (Bartholomew & Horowitz, 1991; Howe et al., 1999). Estos perfiles de apego diferenciales en las mujeres podrían explicar las diferencias encontradas en los procesos de autorregulación comportamental y emocional observada entre ambos géneros.

Las mujeres muestran perfiles de autorregulación con mayores dificultades tanto a nivel de las estrategias de afrontamiento como a nivel de la regulación emocional. Con respecto a las estrategias de afrontamiento, se observa que las mujeres tienden a usar más que los hombres estrategias centradas en la autocrítica, la expresión emocional y el pensamiento desiderativo. Asimismo, las mujeres muestran más dificultades en la regulación emocional con menores niveles de *mindfulness* y mayores dificultades de discriminación emocional que los hombres. Estos resultados destacan una especial vulnerabilidad de las mujeres con adicciones para gestionar los estresores y regularse emocionalmente. Además, dado que tanto dichas estrategias de afrontamiento como la regulación emocional se han relacionado con la presencia de patología dual en esta investigación, estas dificultades podrían conllevar un mayor riesgo para el desarrollo comórbido de dificultades psicológicas ansioso-depresivas como se ha observado en estudios previos (Marchetti et al., 2019; Mestre-Bach et al., 2020). En base a ello, la atención a

las personas con adicción ha de tener en consideración las diferencias de género prestando especial atención a las dificultades en el afrontamiento del estrés y la regulación emocional de las mujeres.

A nivel de personalidad, las mujeres con adicción a sustancias mostraron más rasgos de personalidad límite y los hombres más rasgos de conducta antisocial. Estos datos ponen de relieve que las mujeres con adicciones presentan con mayor probabilidad perfiles con tendencias comportamentales inestables, con cambios en el estado de ánimo y el autoconcepto que suelen conllevar problemas relacionales (APA, 2022). Los hombres tenderían a presentar con mayor probabilidad un patrón de personalidad antisocial que se caracteriza por patrones comportamentales que implican el infringir las normas y la manipulación y conductas violentas hacia los demás (APA, 2022). Estas diferencias pueden tener importantes consecuencias en los procesos adictivos en función del género dada la relación de cada tipo de personalidad con consecuencias diferenciales en los procesos adictivos. Así, los resultados de este estudio muestran que mientras que los rasgos de personalidad límite se relacionan con la patología dual, los rasgos de personalidad antisocial pueden hacer más probable el juego patológico junto con la adicción a sustancias.

De cara a la intervención psicológica, ambos trastornos de personalidad pueden suponer una explicación etiológica y de mantenimiento del problema de consumo que requiere el trabajo con estas problemáticas para mejorar los resultados de las intervenciones (Arias et al., 2013b, 2013a; Helle et al., 2019; Trull et al., 2018). Así, si bien las necesidades de ambos grupos tienen aspectos comunes (p. ej., la necesidad del control de impulsos), existen muchas diferencias en las necesidades terapéuticas de ambos grupos, lo que destaca la importancia de tener en cuenta el género y la personalidad de los pacientes de la UD para dar una respuesta adecuada en la intervención para su desintoxicación.

5.6. PRESENCIA DE JUEGO EN UNA MUESTRA DE POBLACIÓN CON ADICCIONES CON SUSTANCIA ACTIVA

5.6.1. Características sociodemográficas y juego

Los análisis sobre las diferencias en las características sociodemográficas entre las personas con adicciones con y sin problemas comórbidos de juego indican que:

- La presencia de juego problemático es más probable en hombres que en mujeres.
- El 100% de las personas con problemas de juego no tiene estudios universitarios.
- Las personas con problemas de juego tienen menos viviendas en propiedad.
- La necesidad de servicios sociales, tutor/a legal, valoración de discapacidad, los problemas legales, y los antecedentes personales y familiares de salud mental no se relacionan con la presencia de juego.

El perfil más prevalente de persona con adicción a sustancias y juego problemático es el de hombre sin estudios universitarios. Estos datos sitúan a los hombres como un grupo de riesgo mayor para el desarrollo de problemas de juego, como sucede en otros estudios (Kessler et al., 2008; Parhami et al., 2014). También se observa que el nivel de estudios se relaciona con la presencia comórbida de juego patológico y abuso de sustancias, en línea con la literatura previa (del Pino-Gutiérrez et al., 2017; El-Guebaly et al., 2006), indicando que el grupo con estudios no universitarios es un grupo de especial vulnerabilidad al desarrollo de juego patológico.

No se observan diferencias en las características sociales de las personas con adicción a sustancias y juego patológico y aquellas personas con adicción a sustancias pero sin juego patológico. Ambos grupos presentan la misma necesidad de servicios sociales, tutor/a legal, valoración de discapacidad y problemas legales. Esto indicaría que ambos grupos presentan los mismos problemas de adaptación social. La única diferencia en estas características es

que las personas con juego patológico comórbido tienen viviendas en propiedad con menor probabilidad. Esto indica probablemente que el gasto económico y las deudas unidas al juego de azar (Blaszczynski & Nower, 2002; del Pino- Gutiérrez et al., 2017) pueden dificultar la situación económica de las personas que tienen añadidos problemas de juego a los problemas de adicción.

Los antecedentes personales y familiares de salud mental no se relacionan con la presencia de juego patológico entre las personas con adicción a sustancias indicando que estos antecedentes son factores de riesgo comunes a ambos grupos.

5.6.2. Características clínicas y juego

Las principales conclusiones sobre las características clínicas y la presencia de juego en la población con adicciones son las siguientes:

- No hay diferencias en las enfermedades crónicas entre aquellas personas con y sin problemas de juego.
- No hay diferencias en el deterioro cognitivo entre aquellas personas con y sin problemas de juego.
- No hay diferencias en los antecedentes personales y familiares entre aquellas personas con y sin problemas de juego.

La ausencia de diferencias entre las personas con adicción a sustancias sin problemas y con problemas de juego en las enfermedades crónicas, el deterioro cognitivo y los antecedentes personales indica que, aunque presentan riesgos mayores que la población general, ambos grupos presentan el mismo riesgo a nivel de la salud física y mental.

5.6.3. Patrones de consumo de sustancias y juego

La información sobre los patrones de consumo de sustancias y juego indican lo siguiente:

- Un 21.68% de las personas con adicción a sustancias presentan indicadores de juego patológico.
- Ha habido un aumento del juego patológico a lo largo del tiempo.

- La mitad de las personas con indicadores de juego patológico no están en tratamiento.
- Las personas con problemas de juego además de problemas de adicción a sustancias tienen una edad más tardía (45 años de media) del inicio del consumo de sustancias que las personas que sólo presentan adicción a sustancias (19 años de media).
- El policonsumo se relaciona con la presencia de problemas de juego.
- Las personas que tienen antecedentes de tratamiento del consumo de sustancias tienen menos probabilidad de presencia de juego en la actualidad.

Los datos sobre la presencia de juego patológico en la población con adicción a sustancias de la UD indica que más de 1 de cada 5 de estas personas muestra indicadores comórbidos de juego patológico. Estos datos son similares a los observados en otras poblaciones de personas en tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas (Cowlshaw et al., 2014) y muestran la alta presencia de patrones adictivos complejos con adicciones a sustancias y comportamentales.

Asimismo, la información de esta investigación señala que los problemas de juego patológico en la población con adicciones están en aumento, pero que gran parte de estas personas no reciben tratamiento para cesar las conductas relacionadas con el juego de azar. De hecho, los datos sobre el tratamiento psicológico previo demuestran que aquellas personas con un tratamiento previo de la adicción a sustancias tienen menos probabilidad de tener problemas de juego. Estos datos refuerzan la necesidad de contemplar las adicciones comportamentales como el juego de azar en la intervención con personas con adicciones (Freimuth et al., 2008; Grant & Chamberlain, 2020; Petry, 2007).

El inicio del consumo de sustancias en las personas con problemas de juego de azar es más tardío que el de las personas con adicciones puramente a sustancias. Sin embargo, los patrones de consumo de sustancias de las personas con juego patológico comórbido muestran mayor presencia de policonsumo lo que indica una evolución más rápida y de mayor gravedad en este grupo en el consumo de sustancias. Estos datos están en línea con la escasa literatura previa que relaciona la presencia de juego patológico junto con

la adicción a sustancias con patrones adictivos más severos (Abdollahnejad et al., 2014; Langenbucher & Merrill, 2001). Así, estos datos aportan un conocimiento relevante sobre la importancia de la consideración del juego de azar entre las personas con abuso de sustancias para mejorar el pronóstico de la evolución de las adicciones.

5.6.4. Factores cognitivo-emocionales y juego

La relación entre los factores cognitivo-emocionales y el juego indican lo siguiente:

- Las personas con apego inseguro tienen el doble de probabilidad de tener problemas de juego que las personas con apego seguro.
- El perfil de apego con resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad se relaciona con problemas de juego.
- El uso de estrategias de afrontamiento enfocadas en la retirada social se relaciona con mayor probabilidad de problemas de juego.
- Mayores niveles de *mindfulness* se relacionan con menores problemas de juego.
- Mayores niveles de alexitimia se relacionan con mayores problemas de juego.
- La alexitimia explica la relación entre los estilos de apego y la presencia de problemas de juego.
- Mayores rasgos de personalidad antisocial se relacionan con más problemas de juego y juego patológico.

Los resultados de esta investigación remarcan que los factores cognitivo-emocionales pueden tener una importante relación con los problemas de juego y el juego patológico en la población con adicciones.

En primer lugar, los presentes resultados ponen de relieve que los problemas de apego son un importante factor de riesgo para el desarrollo de problemas de juego junto con la adicción a sustancias. Esto está en línea con lo observado en la literatura previa con respecto al riesgo de juego de azar en otras poblaciones (Estévez et al., 2020; Kaya & Deveci, 2021). En línea con los

modelos de apego y adicciones y lo comentado anteriormente (Lafond Padykula & Conklin, 2010), las personas con traumas en el apego como son aquellas con apego inseguro pueden haber aprendido estrategias de autorregulación inadecuadas por las experiencias tempranas que pueden hacer más probables los problemas de adicción. Si bien, estos resultados indican que el apego inseguro no sólo tiene un importante papel en la aparición de las adicciones sino que sería un factor de riesgo para patrones adictivos complejos con adicciones a sustancias y adicciones comportamentales. Concretamente, los perfiles de apego con resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad, que describen modelos operativos internos negativos sobre los demás (Bartholomew & Horowitz, 1991; Howe et al., 1999), serían los que mayor relación tendrían con el juego patológico.

En segundo lugar, la retirada social es una estrategia de afrontamiento inadecuada que se relaciona con la comorbilidad del juego patológico con las adicciones a sustancias. En esta línea, el alejarse de las personas relevantes que pueden ser fuente de apoyo social se ha destacado como uno de los factores que puede relacionarse con el juego patológico en muestras clínicas (Estévez et al., 2021; Jauregui et al., 2017), pero esta relación no se observa en muestras comunitarias (Estévez, Jáuregui, Lopez-Gonzalez, Macia, et al., 2021; Jauregui & Estevez, 2020). Esto podría indicar que la retirada social es una conducta de afrontamiento especialmente desadaptativa en la evolución a patrones graves de juego (Quinlan et al., 2014). En concreto, los resultados del presente estudio añaden que la retirada social puede ser una estrategia que puede favorecer el juego patológico en personas con adicción a sustancias.

En tercer lugar, se observa que las personas con adicciones que tienen problemas de regulación emocional tienen mayor probabilidad de desarrollar problemas de juego. Concretamente, menores niveles de *mindfulness* y mayores niveles de alexitimia se relacionan con la comorbilidad de problemas de juego y la adicción a sustancias. Estos datos ponen de relieve que los problemas de regulación emocional no sólo favorecen las adicciones (Fletcher et al., 2015; Lafond Padykula & Conklin, 2010; Schindler, 2019), sino que pueden predisponer a desarrollar patrones adictivos con varias adicciones, incluyendo el consumo de sustancias y la adicción al juego.

Además, la alexitimia es un factor explicativo que relaciona el apego inseguro con una probabilidad mayor de desarrollar problemas de juego. En este sentido, estos resultados apoyan que la relación entre los traumas de apego y las adicciones se explique por el aprendizaje de estrategias inadecuadas de regulación emocional (Lafond Padykula & Conklin, 2010). En este caso, tener dificultades en diferenciar y expresar los estados emocionales así como a dirigir el pensamiento hacia las experiencias internas no sólo se relacionaría con el consumo de sustancias como se ha observado en estudios previos (Honkalampi et al., 2022), sino que explicaría el impacto del apego en la comorbilidad entre los problemas de juego y la adicción a sustancias.

En cuarto lugar, la personalidad antisocial se relaciona tanto con los problemas de juego como con el juego patológico. Esto describe que aquellas personas con adicciones que muestran patrones de comportamiento caracterizados por desprecio y falta de preocupación por los demás, que llevan a cabo actos impulsivos y conductas disruptivas y criminales fuera de las normas sociales y con poca sensibilidad al refuerzo tienen más probabilidad de desarrollar problemas de juego patológico junto con la adicción a sustancias.

La tendencia al riesgo y los problemas de control de impulsos pueden explicar el riesgo aumentado de las personas con rasgos antisociales hacia los problemas de adicción (Del Pino-Gutiérrez et al., 2017; Steel & Blaszczynski, 1996; Valleur et al., 2016). Los datos de esta investigación destacan que también podrían relacionarse con varios tipos de adicciones. De hecho, aunque la literatura al respecto es escasa, los estudios previos señalan que la personalidad antisocial se relaciona con la presencia de adicciones comórbidas a sustancias y comportamentales (Barnes et al., 2015). Por todo ello, es importante que en la intervención con personas con adicción a sustancias se valore la presencia de problemas de juego y la personalidad antisocial para favorecer intervenciones adecuadas y específicas a las características comportamentales de estos/as pacientes.

5.7. CONCLUSIONES GENERALES

La información proporcionada por las personas con adicciones a sustancias de la UD del Hospital de Galdakao permite concluir que esta población es especialmente vulnerable. La realidad de estas personas muestra una alta presencia de policonsumo y patología dual, tanto a nivel de sintomatología ansioso-depresiva como a nivel de trastornos de personalidad, siendo necesaria una atención completa que permita abordar los problemas de adicción junto con las problemáticas psicológicas comórbidas para el mayor éxito de los procesos terapéuticos como se plantea dentro de la UD.

Asimismo, el presente estudio indica la presencia de realidades heterogéneas con necesidades específicas como es el caso de las mujeres y el de las personas con problemas de juego patológico comórbidos a la adicción a sustancias.

En el caso de las mujeres, se observan perfiles de consumo específicos especialmente hacia los analgésicos opiáceos y una alta prevalencia de problemas de afrontamiento del estrés regulación emocional y personalidad límite que les hacen especialmente vulnerables al desarrollo de patología dual ansioso-depresiva. Estos datos indican la necesidad de estrategias terapéuticas enfocadas en la mejora de la regulación emocional, especialmente de la habilidad de *mindfulness* para reducir los problemas de adicción y mejorar la adaptación vital de este género.

Asimismo, el subgrupo con problemas comórbidos de juego junto con la adicción a sustancias pone de relieve una realidad de alto riesgo con altos niveles de policonsumo. En este grupo, se observa como especialmente importante tener en cuenta la presencia de rasgos antisociales y apego inseguro. La intervención sobre las dificultades de regulación emocional, especialmente la alexitimia, puede ayudar a reducir el impacto de estos factores de riesgo y mejorar los procesos de abstinencia y mejora de la calidad de vida de estas personas con problemas de adicción a sustancias y comportamentales.

En conclusión, la presente investigación da información de especial relevancia para conocer la realidad de la población con adicciones y para poder mejorar el abordaje terapéutico y facilitar la mejora de la calidad de vida de estas personas en función de su realidad concreta.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abdollahnejad, R., Delfabbro, P., & Denson, L. (2014). Psychiatric co-morbidity in problem and pathological gamblers: Investigating the confounding influence of alcohol use disorder. *Addictive Behaviors*, 39(3), 566–572. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.11.004>
- Afkar, A., Rezvani, S. M., & Sigaroudi, A. E. (2017). Measurement of factors influencing the relapse of addiction: A factor analysis. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 6(3). <https://doi.org/10.5812/ijhrba.32141>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.
- Alcántara-López, M., López Soler, C., Castro Sáez, M., & López-García, J. J. (2013). Alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género: prevalencia y diferencias de género y edad. *Anales de Psicología*, 29(3), 119–126. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.171481>
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (A. P. Association (ed.); 5th ed.).
- APA. (2022). *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition Text Revision. DSM-5-TR*. American Psychiatric Association.
- Arévalo, S., Prado, G., & Amaro, H. (2008). Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation and Program Planning*, 31(1), 113–123. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2007.05.009>
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F., & Babin, F. (2013a). Abuse or dependence on cannabis and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology prevalence. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 41(2), 122–129.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F., & Babin, F. (2013b). Cocaine abuse or dependency and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 6(3), 121–128. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2012.09.003>
- Askari, J., Hassanbeigi, A., & Fallahzadeh, H. (2011). The rate of various psychological stressors, perceived mental strain due to these stressors, and coping strategies in opium addicts compared to normal individuals. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 654–661. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.127>
- Atkinson, L., & Goldberg, S. (2004). *Attachment issues in psychopathology and intervention*. Lawrence Erlbaum.
- Ayano, G., Tulu, M., Haile, K., Assefa, D., Habtamu, Y., Araya, G., & Yohannis, Z. (2018). A systematic review and meta-analysis of gender difference in epidemiology of HIV, hepatitis B, and hepatitis C infections in people with severe mental illness. *Annals of General Psychiatry*, 17(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0186-2>
- Baer, R. a, Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Baer, R. a, Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., & Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15(3), 329–342. <https://doi.org/10.1177/1073191107313003>
- Barnes, G. M., Welte, J. W., Tidwell, M. C. O., & Hoffman, J. H. (2015). Gambling and

- substance use: Co-occurrence among adults in a recent general population study in the United States. *International Gambling Studies*, 15(1), 55–71. <https://doi.org/10.1080/14459795.2014.990396>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Bazargan, M., Bazargan, S. H., & Akanda, M. (2001). Gambling habits among aged African Americans. *Clinical Gerontologist*, 22(3–4), 51–62. https://doi.org/10.1300/J018v22n03_06
- Becoña Iglesias, E., Del Río, E. F., Calafat, A., & Fernández-Hermida, J. R. (2014). Attachment and substance use in adolescence: A review of conceptual and methodological aspects. *Adicciones*, 26(1), 77–86. <https://doi.org/10.20882/adicciones.137>
- Behzadifar, M., Behzadifar, M., & Bragazzi, N. L. (2020). A systematic review and meta-analysis of the prevalence of hepatitis C virus infection in people who inject drugs in Iran. *BMC Public Health*, 20(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8175-1>
- Bermúdez, M. P., & Meléndez-Domínguez, M. (2020). Análisis epidemiológico de la violencia de género en la Unión Europea. *Anales de Psicología*, 36(3), 380–385. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/428611/286811>
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97, 487–499.
- Bowlby, J. (1986). The nature of the child's tie to his mother. In P. Buckley (Ed.), *Essential papers in psychoanalysis: Essential papers on object relations* (pp. 153–199). New York University Press.
- Bowlby, J. (1989). *Una Base Segura. Aplicaciones clínicas de una teoría de apego*. Paidós Ibérica.
- Brady, K. T., Grice, D. E., Dustan, L., & Randall, C. (1993). Gender differences in substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 150(11), 1707–1711. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.11.1707>
- Branco, J. C., Bannwarth, B., Failde, I., Abello Carbonell, J., Blotman, F., Spaeth, M., Saraiva, F., Nacci, F., Thomas, E., Caubère, J. P., Le Lay, K., Taieb, C., & Matucci-Cerinic, M. (2010). Prevalence of fibromyalgia: A survey in five European countries. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 39(6), 448–453. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2008.12.003>
- Brown, M., Allen, J. S., & Dowling, N. A. (2014). The application of an etiological model of personality disorders to problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 31(4), 1179–1199. <https://doi.org/10.1007/s10899-014-9504-z>
- Cano García, F., Franco, L. R., & García Martínez, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 35(1), 29–39.
- Caparrós, B., & Masferrer, L. (2021). Coping Strategies and Complicated Grief in a Substance Use Disorder Sample. *Frontiers in Psychology*, 11(January), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.624065>
- Cardoso, J. B. (2018). Running to stand still: Trauma symptoms, coping strategies, and substance use behaviors in unaccompanied migrant youth. *Children and Youth Services Review*, 92(April), 143–152. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.04.018>
- CBHSQ. (2019). *2018 National Survey on Drug Use and Health: Detailed tables*. <https://www.samhsa.gov/data/>

- Chambers, R., Gullone, E., & Allen, N. B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 560–572. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.005>
- Chu, F.-Y., Chiang, S.-C., Su, F.-H., Chang, Y.-Y., & Cheng, S.-H. (2009). Prevalence of human immunodeficiency virus and its association with hepatitis B, C, and D virus infections among incarcerated male substance abusers in Taiwan. *Journal of Medical Virology*, 81(6), 973–978. <https://doi.org/10.1002/jmv.21481>
- Coo Calcagni, C., & Salanova Soria, M. (2016). Validación española de la escala abreviada Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ): Un estudio piloto. *Àgora De Salut*, 3, 103–110. <https://doi.org/10.6035/agorasalut.2016.3.11>
- Cowlishaw, S., Merkouris, S., Chapman, A., & Radermacher, H. (2014). Pathological and problem gambling in substance use treatment: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(2), 98–105. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.08.019>
- Dausey, D. J., & Desai, R. A. (2003). Psychiatric comorbidity and the prevalence of HIV infection in a sample of patients in treatment for substance abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(1), 10–17. <https://doi.org/10.1097/00005053-200301000-00003>
- del Pino-Gutiérrez, A., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Tárrega, S., Valdepérez, A., Agüera, Z., Håkansson, A., Sauvaget, A., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Moragas, L., Baño, M., Honrubia, M., Menchón, J. M., & Jiménez-Murcia, S. (2017). Impact of alcohol consumption on clinical aspects of gambling disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(2), 121–128. <https://doi.org/10.1111/inm.12221>
- Del Pino-Gutiérrez, A., Jiménez-Murcia, S., Fernández-Aranda, F., Agüera, Z., Granero, R., Hakansson, A., Fagundo, A. B., Bolao, F., Valdepérez, A., Mestre-Bach, G., Steward, T., Penelo, E., Moragas, L., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Rigol-Cuadras, A., Martín-Romera, V., & Menchón, J. M. (2017). The relevance of personality traits in impulsivity-related disorders: From substance use disorders and gambling disorder to bulimia nervosa. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(3), 396–405. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.051>
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 ítems [SCL-90-R. 90 items Questionnaire]*. TEA Ediciones.
- Di Trani, M., Renzi, A., Vari, C., Zavattini, G. C., & Solano, L. (2017). Gambling disorder and affect regulation: The role of alexithymia and attachment style. *Journal of Gambling Studies*, 32(2), 649–659. <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9637-3>
- Dowling, N. A., Cowlishaw, S., Jackson, A. C., Merkouris, S. S., Francis, K. L., & Christensen, D. R. (2015). The prevalence of comorbid personality disorders in treatment-seeking problem gamblers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Personality Disorders*, 29(6), 735–754. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_168
- Echeburúa Odriozola, E., Báez Gallo, C., Fernández-Montalvo, J., & Páez Rovira, D. (1994). Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS): Validación española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20(74), 669–791.
- El-Guebaly, N., Patten, S. B., Currie, S., Williams, J. V. A., Beck, C. A., Maxwell, C. J., & Wang, J. L. (2006). Epidemiological associations between gambling behavior, substance use & mood and anxiety disorders. *Journal of Gambling Studies*, 22(3), 275–287. <https://doi.org/10.1007/s10899-006-9016-6>
- Estévez, A., Jauregi, P., Macía, L., & López-González, H. (2020). Gambling and attachment: The mediating role of alexithymia in adolescents and young adults.

- Estevez, A., Jauregui, P., & Lopez-Gonzalez, H. (2019). Attachment and behavioral addictions in adolescents: The mediating and moderating role of coping strategies. *Scandinavian Journal of Psychology*, *60*(4), 348–360. <https://doi.org/10.1111/sjop.12547>
- Estévez, A., Jáuregui, P., Lopez-Gonzalez, H., Macia, L., Granero, R., Mestre-Bach, G., Fernández-Aranda, F., Gómez-Peña, M., Moragas, L., Mena-Moreno, T., Lozano-Madrid, M., Del Pino-Gutierrez, A., Codina, E., Testa, G., Vintró-Alcaraz, C., Agüera, Z., Munguía, L., Baenas, I., Valenciano-Mendoza, E., ... Jiménez-Murcia, S. (2021). Comorbid behavioral and substance-related addictions in young population with and without gambling disorder. *International Gambling Studies*, *21*(1), 133–152. <https://doi.org/10.1080/14459795.2020.1836250>
- Estévez, A., Jáuregui, P., Lopez-Gonzalez, H., Mena-Moreno, T., Lozano-Madrid, M., Macia, L., Granero, R., Mestre-Bach, G., Steward, T., Fernández-Aranda, F., Gómez-Peña, M., Moragas, L., del Pino-Gutierrez, A., Codina, E., Testa, G., Vintró-Alcaraz, C., Agüera, Z., Munguía, L., Baenas, I., ... Jiménez-Murcia, S. (2021). The Severity of Gambling and Gambling Related Cognitions as Predictors of Emotional Regulation and Coping Strategies in Adolescents. *Journal of Gambling Studies*, *37*(2), 483–495. <https://doi.org/10.1007/s10899-020-09953-2>
- Estévez, A., Jauregui, P., Macía, L., & Martín-Pérez, C. (2022). Alexithymia and emotion regulation strategies in adolescent gamblers with and without at-risk profiles. *Journal of Gambling Studies*, *38*(1), 15–29. <https://doi.org/10.1007/s10899-021-10057-8>
- Estévez, A., Jáuregui, P., Sánchez-Marcos, I., López-González, H., & Griffiths, M. D. (2017). Attachment and emotion regulation in substance addictions and behavioral addictions. *Journal of Behavioral Addictions*, *6*(4), 534–544. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.086>
- Fairbairn, C. E., Briley, D. A., Kang, D., Fraley, R. C., Benjamin, L., & Ariss, T. (2018). A meta-analysis of longitudinal associations between substance use and interpersonal attachment security. *Psychological Bulletin*, *144*(5), 532–555. <https://doi.org/10.1037/bul0000141.A>
- Feng, Y., Ma, Y., & Zhong, Q. (2019). The relationship between adolescents' stress and internet addiction: A mediated-moderation model. *Frontiers in Psychology*, *10*(October), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02248>
- Fernández-Montalvo, J., & Echeburúa, E. (2004). Pathological gambling and personality disorders: An exploratory study with the IPDE. *Journal of Personality Disorders*, *18*(5), 500–505. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.5.500.51326>
- Fernández-Montalvo, J., Echeburúa Odriozola, E., & Báez Gallo, C. (1995). El Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP): Un nuevo instrumento de “screening.” *Análisis y Modificación de Conducta*, *21*(76), 211–223.
- Fletcher, K., Nutton, J., & Brend, D. (2015). Attachment, a matter of substance: The potential of attachment theory in the treatment of addictions. *Clinical Social Work Journal*, *43*(1). <https://doi.org/10.1007/s10615-014-0502-5>
- Freimuth, M., Waddell, M., Stannard, J., Kelley, S., Kipper, A., Richardson, A., & Szuromi, I. (2008). Expanding the scope of dual diagnosis and co-addictions: Behavioral addictions. *Journal of Groups in Addiction and Recovery*, *3*(3–4), 137–160. <https://doi.org/10.1080/15560350802424944>
- Goetz, T. G., Becker, J. B., & Mazure, C. M. (2021). Women, opioid use and addiction. *FASEB Journal*, *35*(2). <https://doi.org/10.1096/fj.202002125R>
- González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez, M., & Rodríguez, F. (2002).

- Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis, Adaptación española.* TEA Ediciones.
- Goudriaan, A. E., Brink, W. Van Den, & Holst, R. J. Van. (2019). Gambling disorder and substance-related disorders: Similarities and differences. In A. Heinz, N. Romanczuk-Seiferth, & M. Potenza (Eds.), *Gambling disorder* (pp. 181–194). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-03060-5>
- Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2020). Gambling and substance use: Comorbidity and treatment implications. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, *99*, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.109852>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, *2*(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Hamzeh, B., Moradi, Z., Najafi, F., & Moradinazar, M. (2019). Pattern of substance abuse and prevalence of risk factors of HIV and hepatitis among addicted women in Western Iran. *International Journal of Preventive Medicine*, *10*(1), 58. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_167_17
- Hasking, P., & Claes, L. (2020). Transdiagnostic mechanisms involved in nonsuicidal self-injury, risky drinking and disordered eating: Impulsivity, emotion regulation and alexithymia. *Journal of American College Health*, *68*(6), 603–609. <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1583661>
- Hassanbeigi, A., Askari, J., Hassanbeigi, D., & Pourmovahed, Z. (2013). The relationship between stress and addiction. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *84*, 1333–1340. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.752>
- Helle, A. C., Watts, A. L., Trull, T. J., & Sher, K. J. (2019). Alcohol Use Disorder and Antisocial and Borderline Personality Disorders. *Alcohol Research: Current Reviews*, *40*, 16. <https://arcr.niaaa.nih.gov/alcohol-use-disorder-and-co-occurring-mental-health-conditions/alcohol-use-disorder-and-antisocial-personality-disorder>
- Hernández Pacheco, M. (2017). (2017). *Apego y psicopatología: la ansiedad y su origen. Conceptualización y tratamiento de las psicopatologías relacionadas con la ansiedad desde una perspectiva integradora.* Desclée de Brouwer.
- Himelhoch, S., Goldberg, R., Calmes, C., Medoff, D., Slade, E., Dixon, L., Gallucci, G., & Rosenberg, S. (2011). Screening for and prevalence of HIV and Hepatitis C among an outpatient urban sample of people with serious mental illness and co- occurring substance abuse. *Journal of Community Psychology*, *39*(2), 231–239. <https://doi.org/10.1002/jcop.20422>
- Hogarth, L., Martin, L., & Seedat, S. (2019). Relationship between childhood abuse and substance misuse problems is mediated by substance use coping motives, in school attending South African adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, *194*(July 2018), 69–74. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.10.009>
- Honkalampi, K., Jokela, M., Lehto, S. M., Kivimäki, M., & Virtanen, M. (2022). Association between alexithymia and substance use: A systematic review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Psychology*, *63*(5), 427–438. <https://doi.org/10.1111/sjop.12821>
- Howe, D., Brandon, M., Hinings, D., & Schofield, G. (1999). *Attachment Theory , Child Maltreatment and Family Support: A Practical and Assesment Model.* Palgrave Macmillan.
- Hsieh, S., & Hollister, C. D. (2004). Examining gender differences in adolescent substance abuse behavior: Comparisons and implications for treatment. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, *13*(3), 53–70. https://doi.org/10.1300/J029v13n03_03

- INE. (2021). *Tasas de empleo por distintos grupos de edad, sexo y comunidad autónoma*. Instituto Nacional de Estadística. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=4942&L=0>
- Jauregui, P., & Estevez, A. (2020). Predictive role of attachment, coping, and emotion regulation in gambling motives of adolescents and young people. *Journal of Gambling Studies*, *36*(4), 1283–1300. <https://doi.org/10.1007/s10899-019-09893-6>
- Jauregui, P., Onaindia, J., & Estévez, A. (2017). Adaptive and Maladaptive Coping Strategies in Adult Pathological Gamblers and Their Mediating Role with Anxious-Depressive Symptomatology. *Journal of Gambling Studies*, *33*(4), 1081–1097. <https://doi.org/10.1007/s10899-017-9675-5>
- Jeffirs, S. M., Jarnecke, A. M., Flanagan, J. C., Killeen, T. K., Laffey, T. F., & Back, S. E. (2019). Veterans with PTSD and comorbid substance use disorders: Does single versus poly-substance use disorder affect treatment outcomes? *Drug and Alcohol Dependence*, *199*, 70–75. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.04.001>. Veterans
- Jiménez-Murcia, S., Granero Pérez, R., Fernández-Aranda, F., Álvarez Moya, E., Aymamí, M. N., Gómez-Peña, M., Bueno, B., Santamaría, J. J., Moragas, L., Penelo, E., Jaurrieta, N., Alonso, M. P., Segalàs, C., Real, E., Labad, J., Bove, F., Vallejo, J., & Menchón, J. M. (2009). Comorbidity of Pathological Gambling: Clinical variables, personality and response to treatment. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, *2*(4), 178–189. [https://doi.org/10.1016/s2173-5050\(09\)70050-0](https://doi.org/10.1016/s2173-5050(09)70050-0)
- Jiménez-Murcia, Susana, Fernández-Aranda, F., Granero, R., Chóliz, M., La Verde, M., Aguglia, E., Signorelli, M. S., Sá, G. M., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Del Pino-Gutiérrez, A., Moragas, L., Fagundo, A. B., Sauchelli, S., Fernández-Formoso, J. A., & Menchón, J. M. (2014). Video game addiction in gambling disorder: Clinical, psychopathological, and personality correlates. *BioMed Research International*, *2014*. <https://doi.org/10.1155/2014/315062>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Bantam Dell.
- Kaya, E., & Deveci, A. (2021). Parental rejection and insecure attachment styles are linked to online gambling disorder in men. *Journal of Gambling Studies, Advance online publication*.
- Keough, M. T., Penniston, T. L., Vilhena-churchill, N., Bagby, R. M., & Lena, C. (2018). Depression symptoms and reasons for gambling sequentially mediate the associations between insecure attachment styles and problem gambling. *Addictive Behaviors*, *78*(166–172).
- Kessler, R. C., Hwang, I., Labrie, R., Petukhova, M., Sampson, N. A., Winters, K. C., & Shaffer, H. J. (2008). The prevalence and correlates of DSM-IV Pathological Gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, *38*(9), 1351–1360. <https://doi.org/10.1017/S0033291708002900>.The
- Kienast, T., Stoffers, J., Bermpohl, F., & Lieb, K. (2014). Borderline Personality Disorder and Comorbid Addiction. *Deutsches Ärzteblatt International*, *111*(16), 280–286. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0280>
- King, K. M., & Chassin, L. (2007). A prospective study of the effects of age of initiation of alcohol and drug use on young adult substance dependence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *68*(2), 256–265. <https://doi.org/10.15288/jsad.2007.68.256>
- Klag, S., O’Callaghan, F., & Creed, P. (2005). The use of legal coercion in the treatment of substance abusers: An overview and critical analysis of thirty years of research. *Substance Use and Misuse*, *40*(12), 1777–1795.

- <https://doi.org/10.1080/10826080500260891>
- Kooiman, C. G., Spinhoven, P., & Trijsburg, R. W. (2002). The assessment of alexithymia: A critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of Psychosomatic Research*, *53*(6), 1083–1090. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00348-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00348-3)
- Lafond Padykula, N., & Conklin, P. (2010). The self regulation model of attachment trauma and addiction. *Clinical Social Work Journal*, *38*, 351–360. <https://doi.org/10.1007/s10615-009-0204-6>
- Langenbucher, J., & Merrill, J. (2001). The validity of self-reported cost events by substance abusers: Limits, liabilities, and future directions. *Evaluation Review*, *25*(2), 184–210. <https://doi.org/10.1177/0193841X0102500204>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos. Evaluación, afrontamiento y consecuencias adaptativas*. Martínez Roca.
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of Pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, *144*(9), 1184–1188. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.9.1184>
- Lev-Ran, S., Le Strat, Y., Imtiaz, S., Rehm, J., & Le Foll, B. (2013). Gender Differences in Prevalence of Substance Use Disorders among Individuals with Lifetime Exposure to Substances: Results from a Large Representative Sample. *The American Journal on Addictions*, *22*(1), 7–13. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2013.00321.x>
- Lidman, C., Norden, L., Kåberg, M., Käll, K., Franck, J., Aleman, S., & Birk, M. (2009). Hepatitis C infection among injection drug users in Stockholm Sweden: Prevalence and gender. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, *41*(9), 679–684. <https://doi.org/10.1080/00365540903062143>
- Lorains, F. K., Cowlishaw, S., & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, *106*(3), 490–498. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03300.x>
- Luminet, O., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2018). *Alexithymia. Advances in research, theory, and clinical practice*. Cambridge University Press.
- Marchetti, D., Verrocchio, M. C., & Porcelli, P. (2019). Gambling problems and alexithymia: A systematic review. *Brain Sciences*, *9*(191), 1–16.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Donovan, D. M., & Kivlahan, D. R. (1988). Addictive behaviors: Etiology and treatment. *Annual Review of Psychology*, *39*(February 2014), 223–252. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.39.020188.001255>
- Martínez Sanchez, F. (1996). Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, *7*(1), 1–13.
- McHugh, R. K., Votaw, V. R., Sugarman, D. E., & Greenfield, S. F. (2018). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, *66*(November 2017), 12–23. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.012>
- Melero, R., & Cantero, M. J. (2008). Los estilos afectivos en la población española: Un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clinica y Salud*, *19*(1), 83–100. <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n1/v19n1a04.pdf>
- Merikangas, K. R., & McClair, V. L. (2012). Epidemiology of substance use disorders. *Human Genetics*, *131*(6), 779–789. <https://doi.org/10.1007/s00439-012-1168-0>
- Mestre-Bach, G., Fernández-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., & Potenza, M. N. (2020). Emotional regulation in gambling disorder. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, *31*, 102–108. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2020.03.004>
- Morey, L. C. (1991). Personality Assessment Inventory (PAI) Professional Manual. In

- Psychological Assessment Resources*. Psychological Assessment Resources.
- Morie, K. P., Yip, S. W., Nich, C., Hunkele, K., Carroll, K. M., & Potenza, M. N. (2016). Alexithymia and addiction: A review and preliminary data suggesting neurobiological links to reward/loss processing. *Current Addiction Reports*, 3(2), 239–248. <https://doi.org/10.1007/s40429-016-0097-8>. Alexithymia
- Muga, R., Sanvisens, A., Bolao, F., Toi, J., Santesmas, J., Pujol, R., Tural, C., Langohr, K., Rey-Joly, C., & Muñoz, A. (2006). Significant reductions of HIV prevalence but not of hepatitis C virus infections in injection drug users from metropolitan Barcelona: 1987-2001. *Drug and Alcohol Dependence*, 82(SUPPL. 1), 1999–2003. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(06\)80005-0](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(06)80005-0)
- Mukhara, D., Banks, M. L., & Neigh, G. N. (2018). Stress as a risk factor for substance use disorders: A mini-review of molecular mediators. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 12(December), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00309>
- Nahar, R. N., & Kakulte, A. (2022). Relationship between Alexithymia, difficulties in emotion regulation, mental health and internet addiction in young adults. *Mind and Society*, 11(02), 50–58. <https://doi.org/10.56011/mind-mri-112-20225>
- Nasrolahi, B., & Aghae, V. (2022). Comparison of Alexithymia and cognitive emotion regulation strategies in individuals with symptoms of generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and substance abuse with healthy individuals. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*, 11(4).
- Nower, L., & Blaszczynski, A. (2017). Development and validation of the Gambling Pathways Questionnaire (GPQ). *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(1), 95–109. <https://doi.org/10.1037/adb0000234>
- OEDA. (2021). *Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.09.009%0Ahttps://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>
- Ortiz-Tallo, M., Santamaría, P., Cardenal, V., & Sánchez, M. P. (2011). *Adaptación al español del PAI (Personality Assessment Inventory)*. TEA Ediciones.
- Palma-Alvarez, R. F., Ros-Cucurull, E., Daigre, C., Perea-Ortueta, M., Martínez-luna, N., Serrano-Pérez, P., Sorribes-Puertas, M., Ramos Quiroga, J. A., Grau-López, L., & Roncero, C. (2021). Is alexithymia related to retention and relapses in patients with substance use disorders?: A one year follow-up study. *Addictive Behaviors*, 113. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106681>
- Pandey, R., Saxena, P., & Dubey, A. (2011). Emotion regulation difficulties in alexithymia and mental health. *Europe's Journal of Psychology*, 7(4), 604–623. <https://doi.org/10.5964/ejop.v7i4.155>
- Parhami, I., Mojtabai, R., Rosenthal, R. J., Afifi, T. O., & Fong, T. W. (2014). Gambling and the onset of comorbid mental disorders: A longitudinal study evaluating severity and specific symptoms. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(3), 207–219. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000450320.98988.7c>
- Petry, N. M. (2001). Substance abuse, pathological gambling, and impulsiveness. *Drug and Alcohol Dependence*, 63, 29–38.
- Petry, N. M. (2007). Gambling and substance use disorders: Current status and future directions. *American Journal on Addictions*, 16(1), 1–9. <https://doi.org/10.1080/10550490601077668>
- Potenza, M. N., Balodis, I. M., Derevensky, J., Grant, J. E., Petry, N. M., Verdejo-garcia, A., & Yip, S. W. (2019). Gambling Disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(51), 1–21. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0099-7>
- Quinlan, C. K., Goldstein, A. L., & Stewart, S. H. (2014). An investigation of the link

- between gambling motives and social context of gambling in young adults. In *International Gambling Studies* (Vol. 14, Issue 1, pp. 115–131). Taylor & Francis. <https://doi.org/10.1080/14459795.2013.855252>
- Rash, C. J., Weinstock, J., & Van Patten, R. (2016). A review of gambling disorder and substance use disorders. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 7, 3–13.
- Rosenthal, A., Levin, M. E., Garland, E. L., & Romanczuk-Seiferth, N. (2021). Mindfulness in Treatment Approaches for Addiction — Underlying Mechanisms and Future Directions. *Current Addiction Reports*, 8(2), 282–297. <https://doi.org/10.1007/s40429-021-00372-w>
- Rueda Ruiz, M. ^aB, Larracoechea, U. A., Herrero, M., & Estévez, A. (2022). Problematic Gambling Behavior in a Sample with Substance Use Disorder: The Role of Attachment Style and Alexithymia. *Journal of Gambling Studies*. <https://doi.org/10.1007/s10899-022-10154-2>
- Ruisoto, P., & Contador, I. (2019). The role of stress in drug addiction. An integrative review. *Physiology and Behavior*, 202(January), 62–68. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2019.01.022>
- Saddichha, S., Schütz, C. G., Neeraj, B., Sinha, P., & Manjunatha, N. (2015). Substance use and dual diagnosis disorders: Future epidemiology, determinants, and policies. *BioMed Research International*, 1–2.
- SAMHSA. (2020). *Substance use disorder treatment for people with co-occurring disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 42.* <https://store.samhsa.gov/product/tip-42-substance-use-treatment-persons-co-occurring-disorders/PEP20-02-01-004>
- Sancho, M., De Gracia, M., Rodríguez, R. C., Mallorquí-Bagué, N., Sánchez-González, J., Trujols, J., Sánchez, I., Jiménez-Murcia, S., & Menchón, J. M. (2018). Mindfulness-Based Interventions for the Treatment of Substance and Behavioral Addictions: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 9(MAR). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00095>
- Schindler, A. (2019). Attachment and substance use disorders — Theoretical models, empirical evidence, and implications for treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 10(727), 1–13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00727>
- Schindler, A., & Bröning, S. (2015). A review on attachment and adolescent substance abuse: Empirical evidence and implications for prevention and treatment. *Substance Abuse*, 36(3), 304–313. <https://doi.org/10.1080/08897077.2014.983586>
- Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 9–20. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0111-7>
- Scott, K. M., Wells, J. E., Angermeyer, M., Brugha, T. S., Bromet, E., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., Jin, R., Karam, A. N., Kovess, V., Lara, C., Levinson, D., Ormel, J., Posada-Villa, J., Sampson, N., Takeshima, T., Zhang, M., & Kessler, R. C. (2010). Gender and the relationship between marital status and first onset of mood, anxiety and substance use disorders. *Psychological Medicine*, 40(9), 1495–1505. <https://doi.org/10.1017/S0033291709991942>
- Sheffler, J. L., Piazza, J. R., Quinn, J. M., Sachs-Ericsson, N. J., & Stanley, I. H. (2019). Adverse childhood experiences and coping strategies: Identifying pathways to resiliency in adulthood. *Anxiety, Stress and Coping*, 32(5), 594–609. <https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1638699>
- Shonin, E., & Van Gordon, W. (2016). The mechanisms of mindfulness in the treatment of mental illness and addiction. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14(5), 844–849. <https://doi.org/10.1007/s11469-016-9653-7>

- Şimşek, M., Dinç, M., & Ögel, K. (2019). Determinants of the addiction treatment drop-out rates in an addiction counseling centre: a cross-sectional study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 446–454. <https://doi.org/10.1080/24750573.2018.1505283>
- Protocolos de Intervención en Patología Dual editados por la Sociedad Española de Patología Dual http://www.patologiadual.es/formacion_protocolos.html
- Staiger, P. K., Melville, F., Hides, L., Kambouropoulos, N., & Lubman, D. I. (2009). Can emotion-focused coping help explain the link between posttraumatic stress disorder severity and triggers for substance use in young adults? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(2), 220–226. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.05.008>
- Steel, Z., & Blaszczynski, A. (1996). The factorial structure of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 12(1), 3–20. <https://doi.org/10.1007/BF01533186>
- Stellern, J., Xiao, K. Bin, Grennell, E., Sanches, M., Gowin, J. L., & Sloan, M. E. (2022). Emotion regulation in substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, June, 1–18. <https://doi.org/10.1111/add.16001>
- Stewart, M. W. (2020). Substance Abuse. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 35(3), 340–341. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.02.008>
- Subodh, B., Sahoo, S., Basu, D., & Mattoo, S. (2019). Age of onset of substance use in patients with dual diagnosis and its association with clinical characteristics, risk behaviors, course, and outcome: A retrospective study. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(4), 359. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_454_18
- Szerman, N., & Martinez-Raga, J. (2015). Editorial. *Advances in Dual Diagnosis*, 8(2). <https://doi.org/10.1108/ADD-03-2015-0004>
- Taylor, G. J., Bagby, M., & Parker, J. D. A. (1992). The Revised Toronto Alexithymia Scale: Some Reliability, Validity, and Normative Data. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57(1–2), 34–41. <https://doi.org/10.1159/000288571>
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., & Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the coping strategies inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13(4), 343–361. <https://doi.org/10.1007/BF01173478>
- Torales, J., Castaldelli-Maia, J. M., da Silva, A. G., Campos, M. W., González-Urbieta, I., & Barrios, I. (2018). Even more complex... When mental disorder meets addiction in youth: Dual pathology. *Current Drug Research Reviews*, 11(1), 40–43. <https://doi.org/10.2174/2589977511666181128165358>
- Trull, T. J., Freeman, L. K., Vebares, T. J., Choate, A. M., Helle, A. C., & Wycoff, A. M. (2018). Borderline personality disorder and substance use disorders: an updated review. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 5(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s40479-018-0093-9>
- Ungless, M. A., Argilli, E., & Bonci, A. (2010). Effects of stress and aversion on dopamine neurons: Implications for addiction. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(2), 151–156. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.04.006>
- Valleur, M., Codina, I., Vénisse, J. L., Romo, L., Magalon, D., Fatséas, M., Chéreau-Boudet, I., Gorsane, M. A., Guilleux, A., Jeu, G., Grall-Bronnec, M., & Challet-Bouju, G. (2016). Towards a validation of the three pathways model of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 32(2), 757–771. <https://doi.org/10.1007/s10899-015-9545-y>
- Velotti, P., Rogier, G., Beomonte Zobel, S., & Billieux, J. (2021). Association between gambling disorder and emotion (dys)regulation: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 87(November 2020). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102037>
- Vest, N. A., & Tragesser, S. (2020). Coping motives mediate the relationship between

- borderline personality features and alcohol, cannabis, and prescription opioid use disorder symptomatology in a substance use disorder treatment sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(3), 230–236. <https://doi.org/10.1037/per0000385>
- Wagner, E. F., Myers, M. G., & McIninch, J. L. (1999). Stress-coping and temptation-coping as predictors of adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 24(6), 769–779. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(99\)00058-1](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(99)00058-1)
- Walker, R., & Stephens, R. S. (2014). Protective behavioral strategies mediate problem-focused coping and alcohol use in college students. *Addictive Behaviors*, 39(6), 1033–1037. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.02.006>
- Walter, M. (2015). Personality Disorder and Addiction. In G. Dom & F. Moggi (Eds.), *Co-Occurring Addictive and Psychiatric Disorders: A Practice-Based Handbook from A European Perspective* (pp. 137–148). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-45375-5>
- Walton, M. A., Blow, F. C., Bingham, C. R., & Chermack, S. T. (2003). Individual and social/environmental predictors of alcohol and drug use 2 years following substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 28(4), 627–642. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(01\)00284-2](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(01)00284-2)
- Wareman, J. D., & Potenza, M. N. (2013). Pathological gambling and substance use disorders. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 242–247. <https://doi.org/10.3109/00952991003721118>
- Weaver, T., Madden, P., Charles, V., Stimson, G., Renton, A., Tyrer, P., Barnes, T., Bench, C., Middleton, H., Wright, N., Paterson, S., Shanahan, W., Seivewright, N., & Ford, C. (2003). Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry*, 183(OCT.), 304–313. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.4.304>
- Welte, J. W., Barnes, G. M., Wiczorek, W. F., Tidwell, M. C. O., & Parker, J. C. (2004). Risk factors for pathological gambling. *Addictive Behaviors*, 29(2), 323–335. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2003.08.007>
- Wills, T. A., & Hirky, A. E. (1996). Coping and substance abuse: A theoretical model and review of the evidence. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 279–302). Wiley. <https://psycnet.apa.org/record/1996-97004-013>
- Wolfe, F., Walitt, B., Perrot, S., Rasker, J. J., & Häuser, W. (2018). Fibromyalgia diagnosis and biased assessment: Sex, prevalence and bias. *PLoS ONE*, 13(9), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203755>
- WPA. (2014). *WPA Section on Dual Disorders/Pathology. 10 basic points on dual Pathology: Addiction and other Mental illness.*
- Wu, L.-T., Ling, W., Burchett, B., Blazer, D. G., Yang, C., Pan, J.-J., Reeve, B. B., & Woody, G. E. (2011). Use of item response theory and latent class analysis to link poly-substance use disorders with addiction severity, HIV risk, and quality of life among opioid-dependent patients in the Clinical Trials Network. *Drug and Alcohol Dependence*, 118(2–3), 186–193. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.03.018>
- Zhang, X., Li, J., Xie, F., Chen, X., Xu, W., & Hudson, N. W. (2022). The relationship between adult attachment and mental health: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 123(5), 1089–1137. <https://doi.org/10.1037/pspp0000437>
- Zilberman, N., Yadid, G., Efrati, Y., Neumark, Y., & Rassovsky, Y. (2018). Personality profiles of substance and behavioral addictions. *Addictive Behaviors*, 82, 174–181. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.03.007>