

III symposium
nacional de
adicción.
en la
mujer



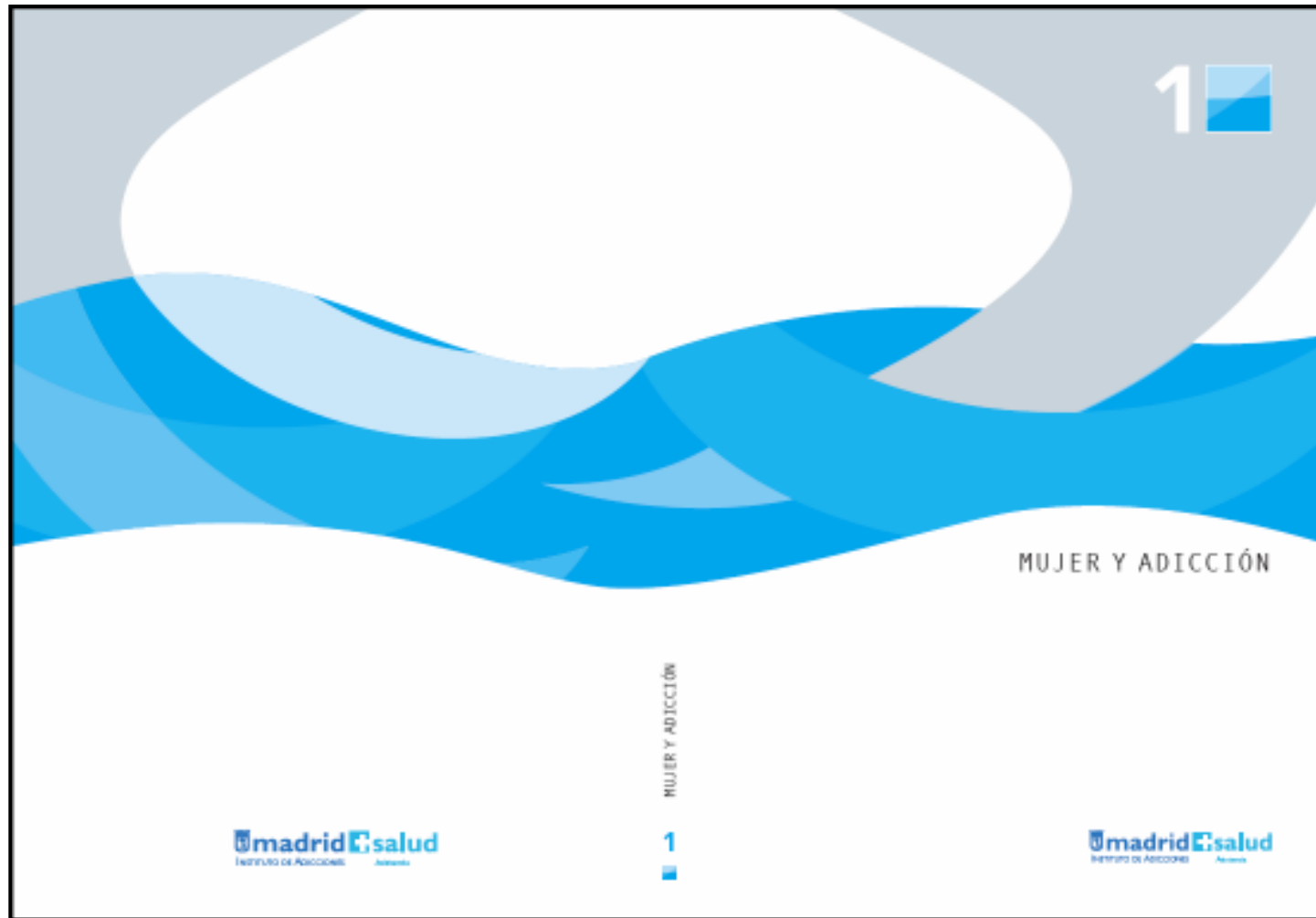
Trastornos de personalidad asociados a adicciones y diferencias de género.

Carmen Puerta García

*Médico, Directora del CAD 4
San Blas.*

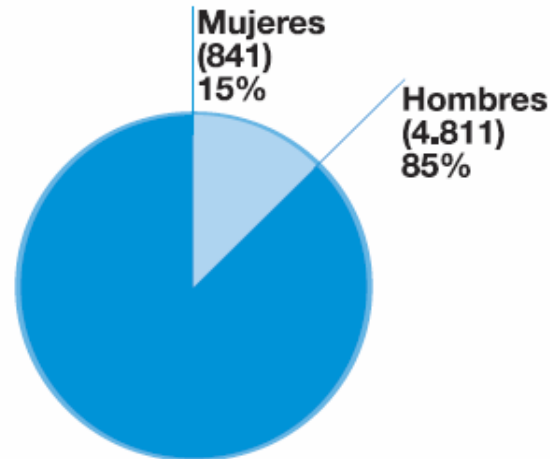
*Instituto de Adicciones
Madrid Salud.*

Ayuntamiento de Madrid



Carmen Puerta García. CAD 4 San Blas

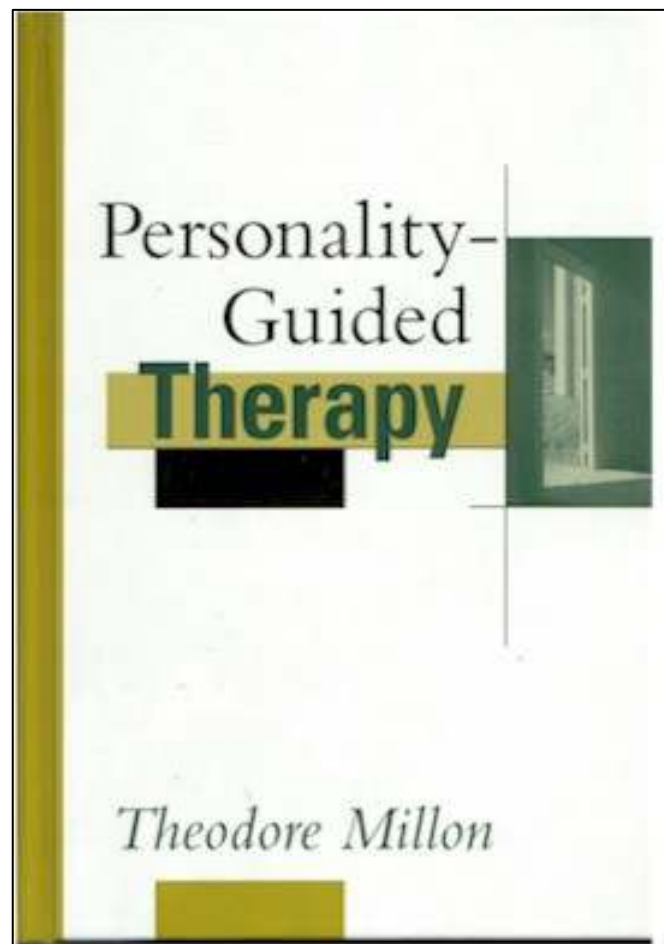
Distribución por género



Durante el año 2005 han estado en tratamiento 5.652 casos en las CCTT que han contestado el cuestionario, de ellos 4.811 han sido varones y 841 mujeres. Las mujeres representan el 14,8% de las personas en tratamiento, es decir entre dos y cuatro puntos porcentuales por debajo del porcentaje total de mujeres en tratamiento por adicción a drogas, según los últimos datos disponibles del SEIPAD, de cuatro a seis puntos, según la demanda asistencial total por sexo, y entre seis y ocho puntos según la demanda asistencial teórica (Comas, 2006). Lo que significa que las CCTT no atienden de una manera adecuada la demanda potencial de las mujeres. No se trata sólo de una evidencia a partir de los datos obtenidos, sino un reconocimiento explícito de muchas CCTT y en particular de las visitadas.



Carmen Puerta García. CAD 4 San Blas



Carmen Puerta García. CAD 4 San Blas

La **PERSONALIDAD** se concibe como:

- un patrón complejo de rasgos psicológicos profundamente arraigados
- que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar
- y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo,
- que surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y de aprendizaje
- y en última instancia comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, afrontar y comportarse de un individuo



(Rojo, Brasal y Gallego. Conductas Adictivas, 2005)

Diferencias de género en personalidad en consumidores de drogas en tratamiento: rasgos, trastornos y variables interaccionales. ¿se justifican tratamientos diferentes?

Sol De Ena de la Cuesta, Eduardo J. Pedrero Pérez

Presentación

Existe en la actualidad un creciente interés por estudiar las condiciones en que se generan, desarrollan y abandonan las conductas de autoadministración de sustancias en las mujeres y, en consecuencia, la necesidad y potencial efectividad de generar recursos o programas específicos, o al menos con determinadas características diferenciales, para la población femenina que solicita tratamiento por abuso o dependencia de drogas. Dado que tradicionalmente las mujeres no han superado el 20% del total de personas incorporadas a los dispositivos, la drogodependencia ha llegado a entenderse principalmente como un fenómeno masculino y, en consecuencia, los objetivos y los recursos desplegados han prestado poca atención a las características diferenciales de ambos segmentos de población¹. La perspectiva de género, que actualmente se intenta considerar tanto en la investigación como en la clínica, trasciende de la consideración meramente biológica de las diferencias, adoptando un enfoque más amplio que implica diferencias en la construcción social de aquello que es masculino y femenino, lo que a su vez comprende un sistema de símbolos y valores específico que cada cultura atribuye al varón y a la mujer condicionando el rol a desempeñar dentro de una sociedad concreta².

Desde una perspectiva evolucionista se proponen diferencias entre varones y mujeres, basadas fundamentalmente en disposiciones biológicas aunque también en modelos diferentes de socialización, según las cuales los varones presentarían una mayor preparación para asumir conductas de riesgo, tal como sería el consumo de drogas, con vistas a maximizar sus probabilidades de reproducción, mientras que las mujeres serían más proclives a patrones de conducta más conservadores, encaminados a preservar la supervivencia, aunque ambas tenderían a confluir con el paso del tiempo cuando la fase reproductiva declinara³. Estas diferencias, genética y ambientalmente determinadas, están en la base de las diferencias en los rasgos de personalidad estudiados en diversos modelos⁴, tales como un predominio de la evitación del daño en las mujeres frente a una mayor búsqueda de novedad en los varones, según el modelo temperamental-caracterial de Cloninger; y predominio del Neuroticismo y Afabilidad en mujeres, frente a una mayor Impulsividad y Búsqueda de Sensaciones según el modelo de cinco factores de Costa y McCrae, si bien, estas diferencias tienden a diluirse en las sociedades occidentales donde los roles de género se igualan, lo que contradice claramente los presupuestos del enfoque evolucionista⁵, favoreciendo a teorías que otorgan una muy superior relevancia a los factores relacionados con la socialización secundaria⁶.

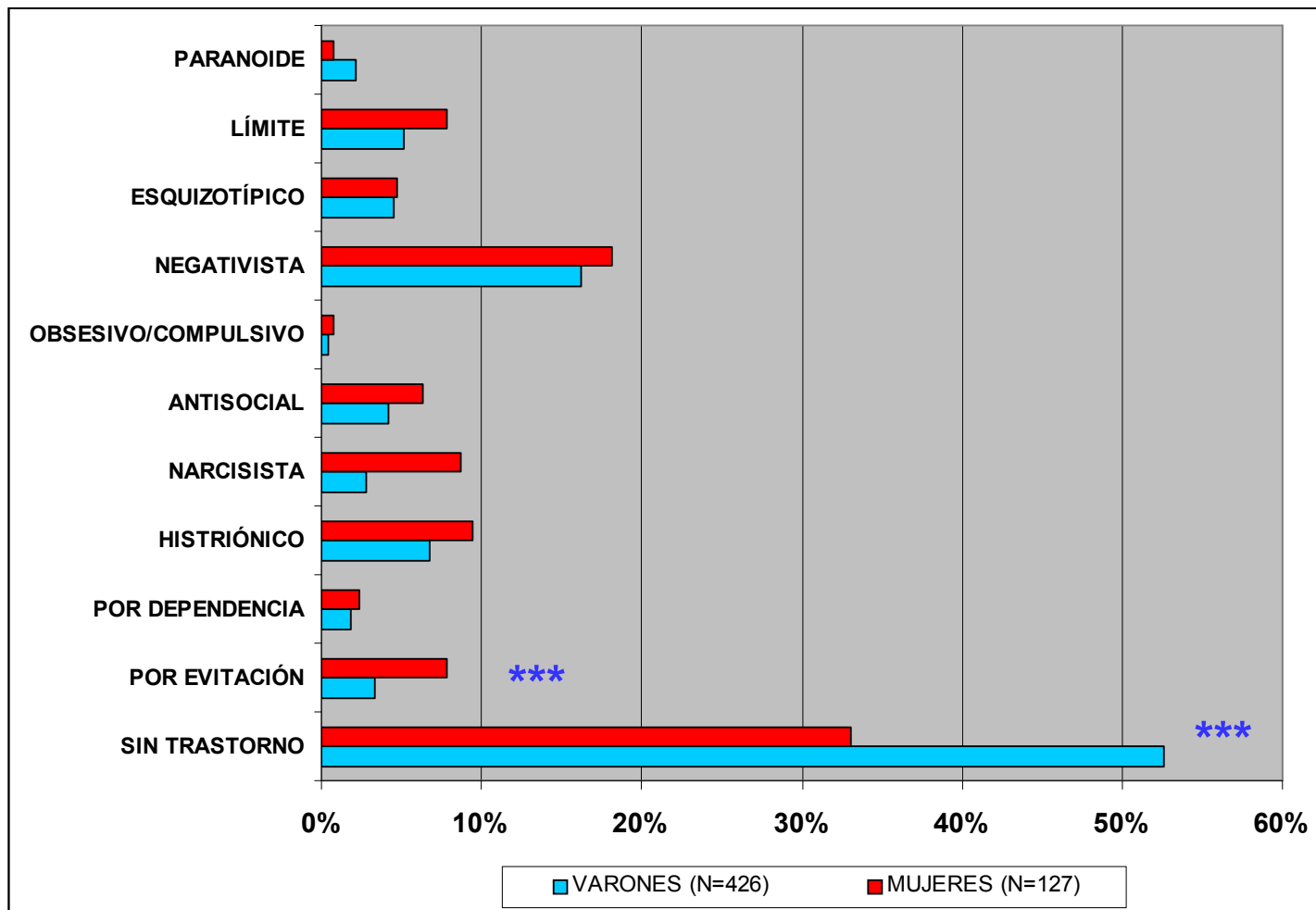
Carmen Puerta García. CAD 4 San Blas



COMUNICACIONES

ENCUENTROS DE PROFESIONALES EN DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES 2004

DIFERENCIA DE MEDIAS EN ESCALAS DE PATRONES DE PERSONALIDAD MCMI-II



El trastorno negativista de la personalidad y su relación con el abuso de sustancias

E.J. PEDRERO PÉREZ*, A. LÓPEZ-DURÁN[†] Y A. OLIVAR ARROYO*

*Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid. [†]Universidad de Santiago de Compostela. La Coruña, España.

RESUMEN. Objetivo. El trastorno negativista de la personalidad (TNP), anteriormente denominado trastorno pasivo-agresivo, es el que más controversia genera, por diversos motivos: su estatus actual (propuesto para estudio en el DSM-IV), los criterios que se proponen para definirlo, su semejanza o cercanía a otros trastornos y las diversas prevalencias halladas en poblaciones diferentes. Por otra parte, todos los estudios efectuados estiman una alta prevalencia en población adicta. Los objetivos del estudio han sido determinar en qué medida el MCMI-II se ajusta a los criterios del DSM-IV para evaluar el patrón pasivo-agresivo/negativista de la personalidad, evaluar los rasgos que subyacen al TNP y las diferencias apreciadas con otros trastornos, así como las que se dan entre los sujetos con un trastorno negativista y otros, con respecto a diversas variables observables.

Método. Se aplica el cuestionario MCMI-II, el BFQ, el TCI-R y una versión de la entrevista SCID-II adaptada a los ítem del MCMI-II, y se estudia el historial clínico en una muestra de 201 sujetos que inician tratamiento por consumo de drogas.

Resultados. Los ítem principales del TNP dan información sobre 5 de los 7 criterios propuestos en el DSM-IV; el estudio de los rasgos subyacentes sitúa al TNP como una modalidad atenuada del trastorno límite de la personalidad (TLP), aunque la propia estructura del MCMI-II contribuye a esta semejanza; ambos trastornos se caracterizan, usando el

TCI-R, por la combinación de elevadas puntuaciones en búsqueda de novedad y evitación del daño, lo que les distingue claramente del resto de patrones, pero no entre sí, existiendo sólo una diferencia de grado. Sin embargo, los sujetos con un TNP muestran en su historial un menor número de situaciones críticas (intentos autolíticos, mejor ajuste laboral, inexistencia de maltrato físico en el entorno familiar, etc.) respecto a los que presentan un TLP.

Conclusiones. El TNP parece presentar características diferenciales que lo hacen merecedor de mayor atención en clasificaciones diagnósticas futuras, y, especialmente, en relación con las conductas adictivas que pueden encontrar explicación a partir de las características definitorias de esta determinada estructura de personalidad. El estudio de rasgos que lo asemeja al TLP es coherente con dos premisas formuladas por Millon: el TLP sería una de las modalidades descompensadas del TNP y los rasgos subyacentes, aunque comunes, no pueden explicar las diferencias entre los patrones, debido a que la configuración estructural no se atiene a la linealidad y ortogonalidad que se presupone en los rasgos.

PALABRAS CLAVE: personalidad negativista, trastorno pasivo-agresivo de la personalidad, adicción, MCMI-II, TCI-R, BFQ, evaluación, trastornos de la personalidad.

Negativistic personality disorder related with substance abuse

ABSTRACT. Objectives. The negativistic personality (NP), previously known as Passive-Aggressive Personality Disorder, is a matter of current discussion, due to several reasons: its current status (proposed to be studied in the DSM-IV), the crite-

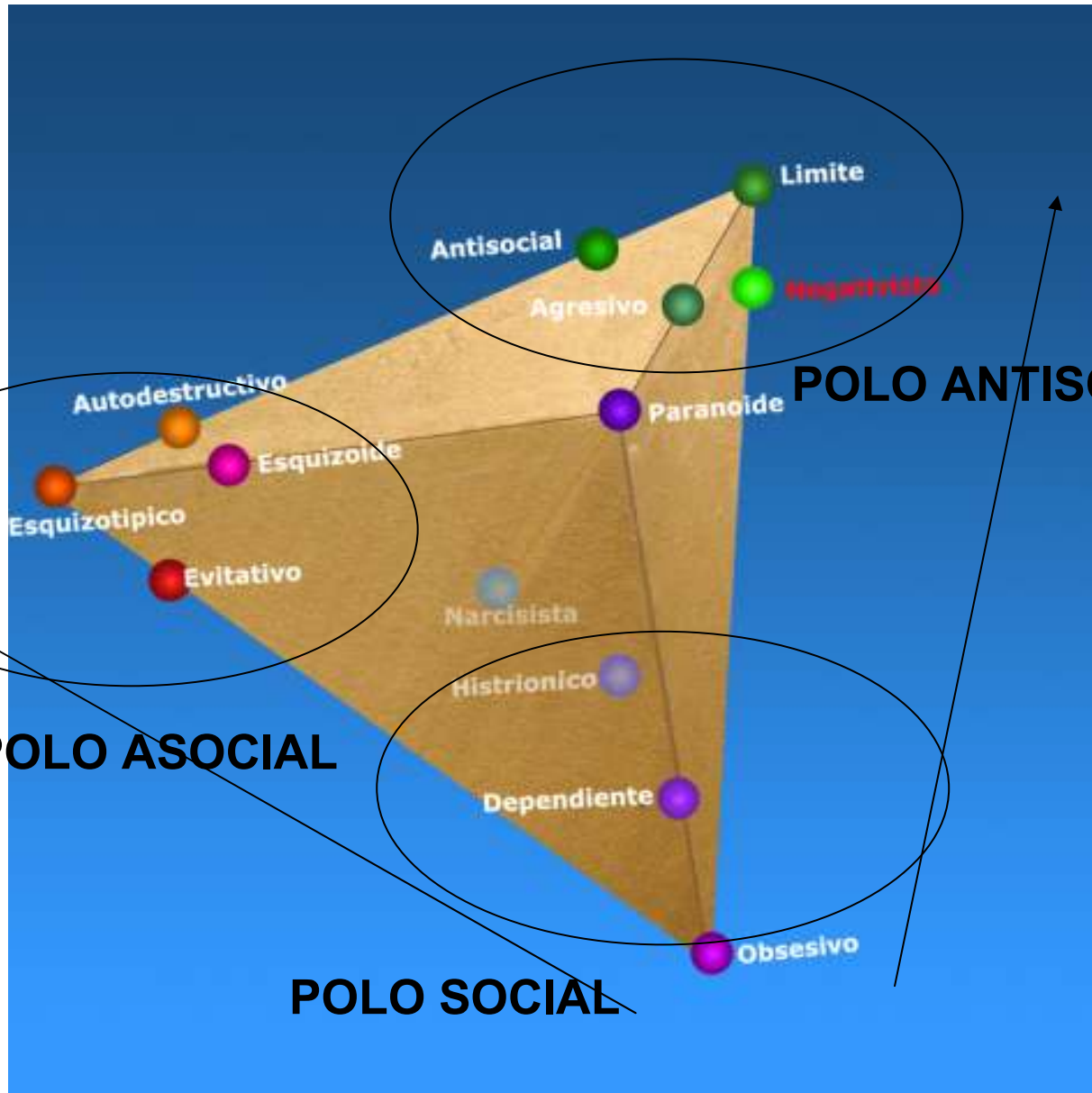
Correspondencia:

E.J. PEDRERO PÉREZ
C/ Bergantín, 11 5.º B.
28042 Madrid, España.
Correo electrónico: ejpedrero@yahoo.es

Recibido: 26-04-2005.

Aceptado para su publicación: 26-01-2006.





POLO ASOCIAL

POLO ANTISOCIAL

POLO SOCIAL

Pedrero Pérez, E.J., López Durán, A. y Puerta García, C.

Apéndice B

Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores

Trastorno Pasivo-Agresivo (*Trastorno Negativista de la Personalidad*)

Se caracteriza por actitudes de oposición pero que expresa de manera pasiva ante hechos que requieren cierto rendimiento, se inicia por lo general a principios de la edad adulta, estas personas suelen aceptar trabajos que no quiere hacer pero lo hacen a medias o no lo terminan bien; esto es por lo general para expresar una hostilidad oculta. una persona tiene este trastorno si presenta 4 o mas de los siguientes síntomas:

- Resistencia pasiva a rendir en la rutina social y en las tareas laborales.
- Quejas de incomprensión y de ser despreciado por los demás.
- Hostilidad y facilidad para discutir.
- Crítica y desprecio irracionales por la autoridad.
- Muestras de envidia y resentimiento hacia los compañeros aparentemente más afortunados que él.
- Quejas abiertas o exageradas por su mala suerte.
- Alternancia de amenazas hostiles y arrepentimiento.

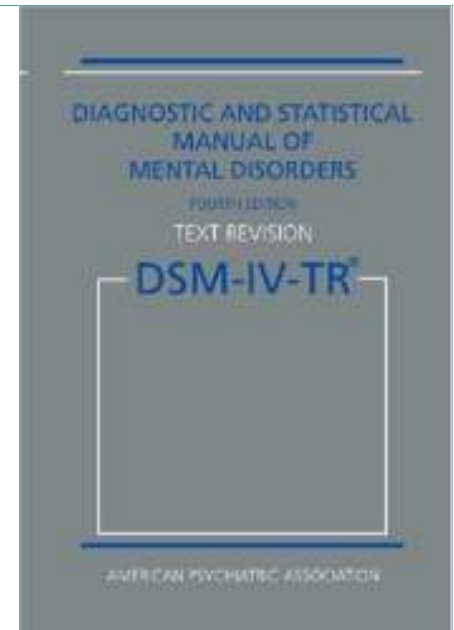
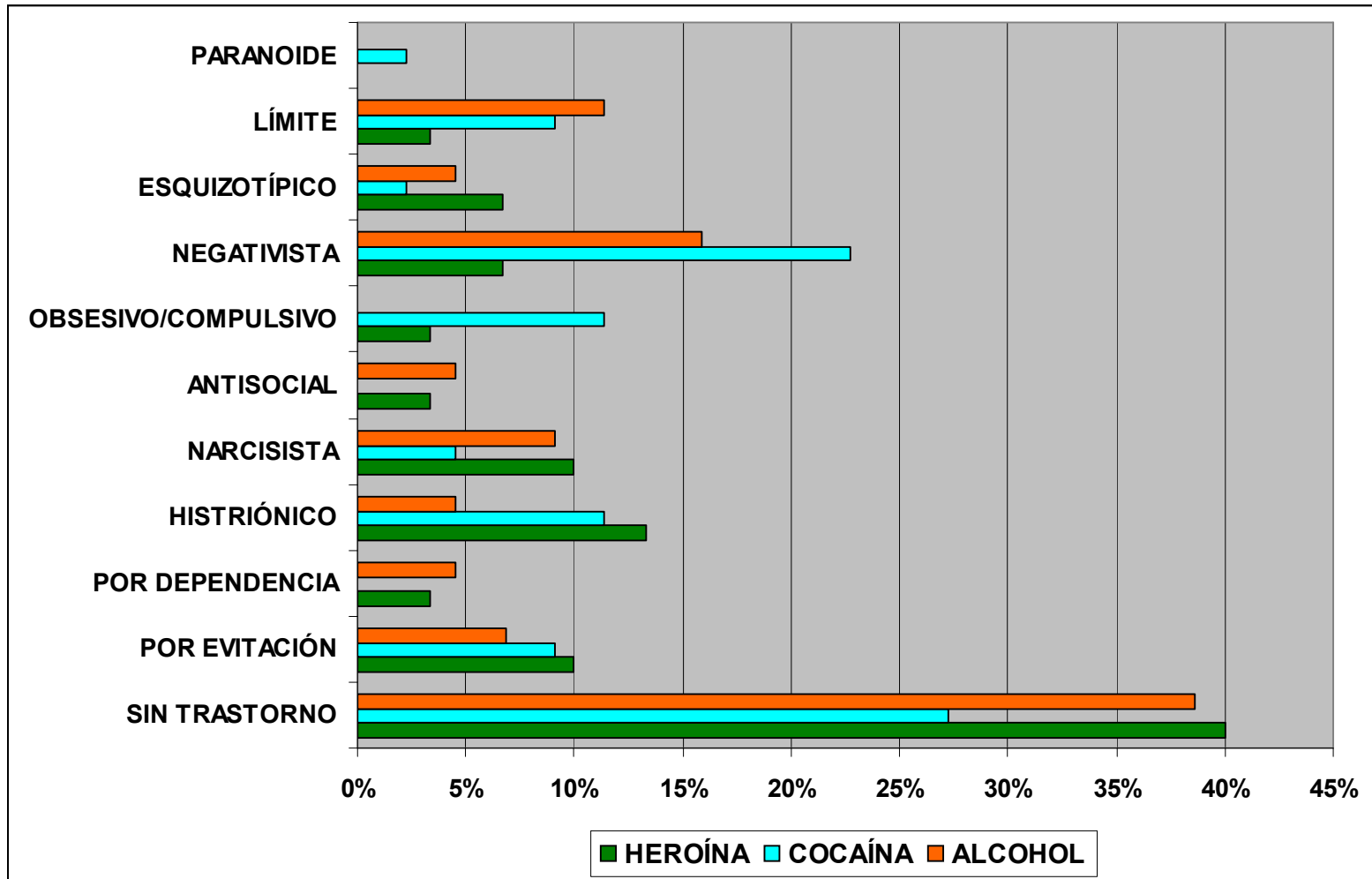
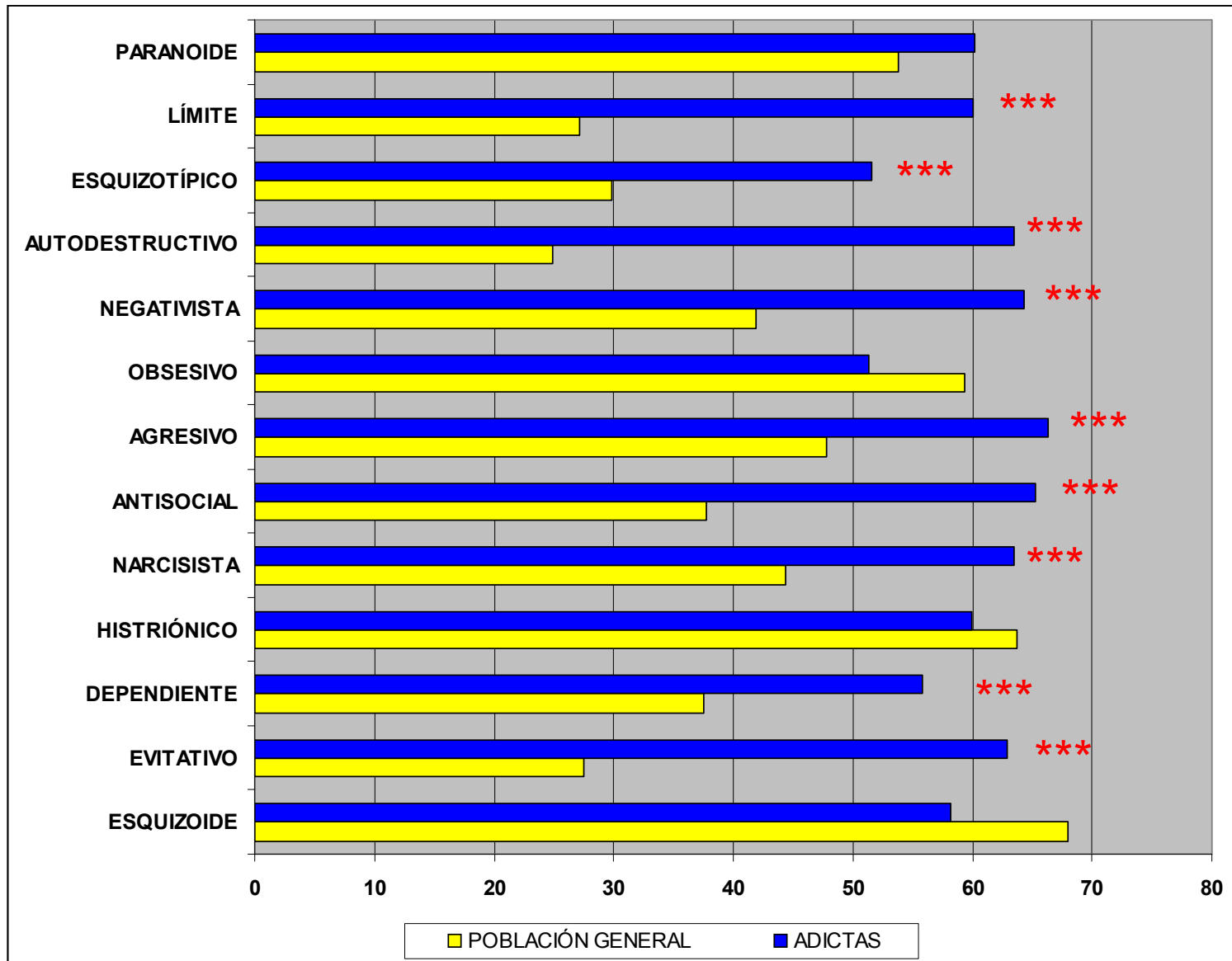


Tabla 11. Porcentaje de sujetos diagnosticados de trastorno negativista y trastorno límite en relación con diversas variables

	Negativistas	Límites
Ajuste laboral		
Bueno	24%	0%
Inestable	59%	29%
Nulo	18%	71%
Intentos de suicidio consumados	0%	71%
Fases sostenidas de abstinencia	76%	29%
Maltrato físico en el núcleo familiar	0%	88%
Problemas judiciales	6%	29%
Trastornos del control de los impulsos	12%	53%





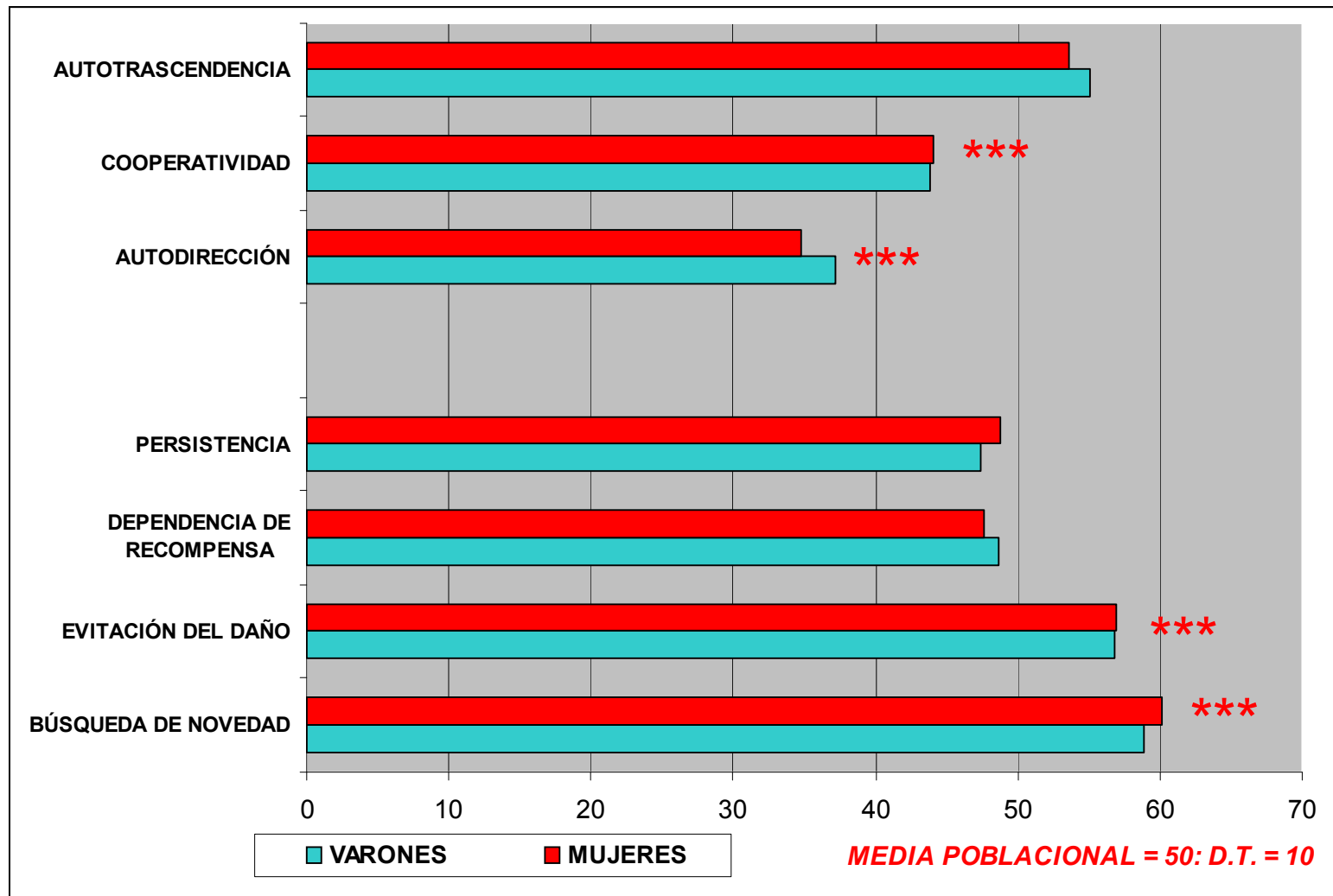
Modelo de Cloninger

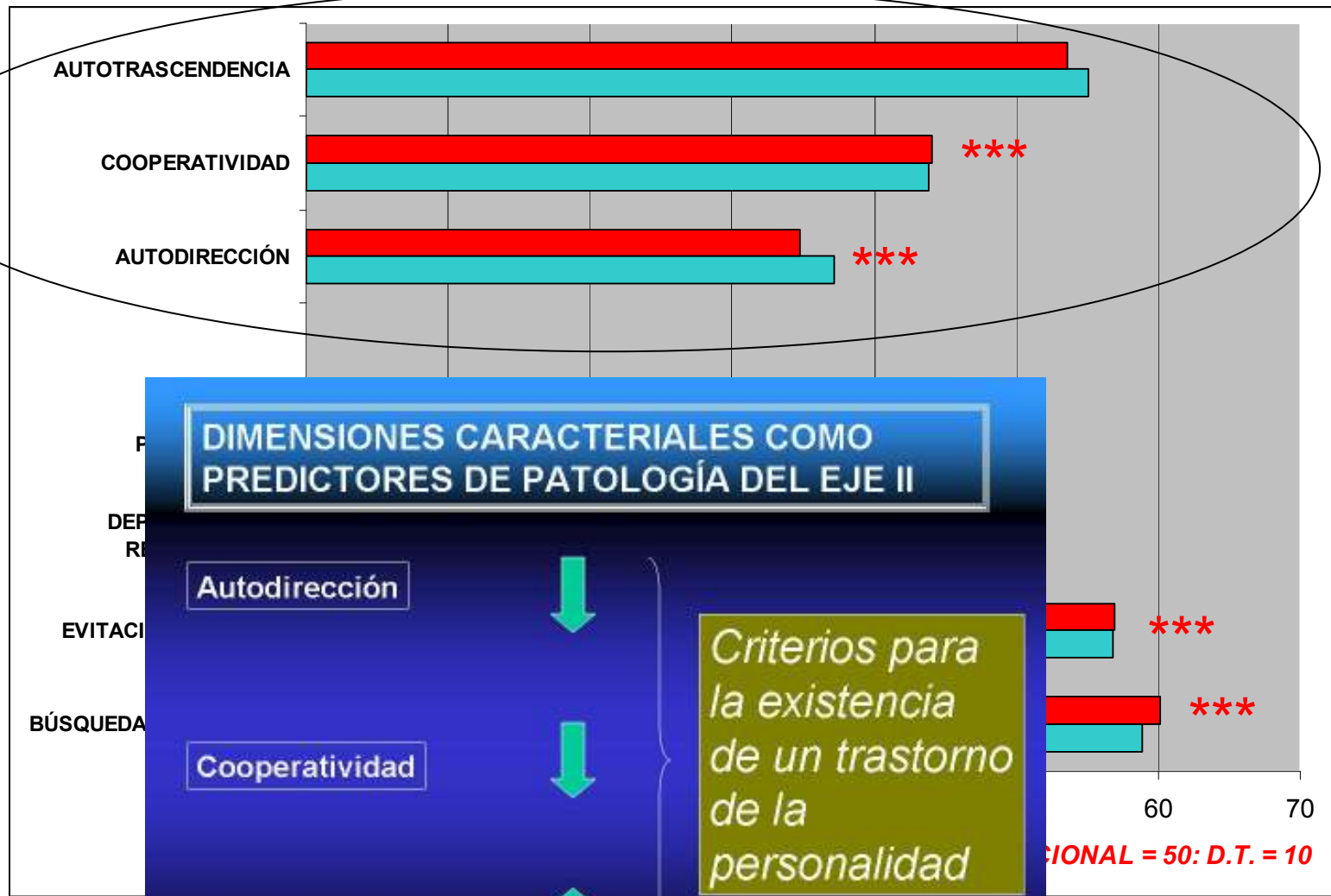


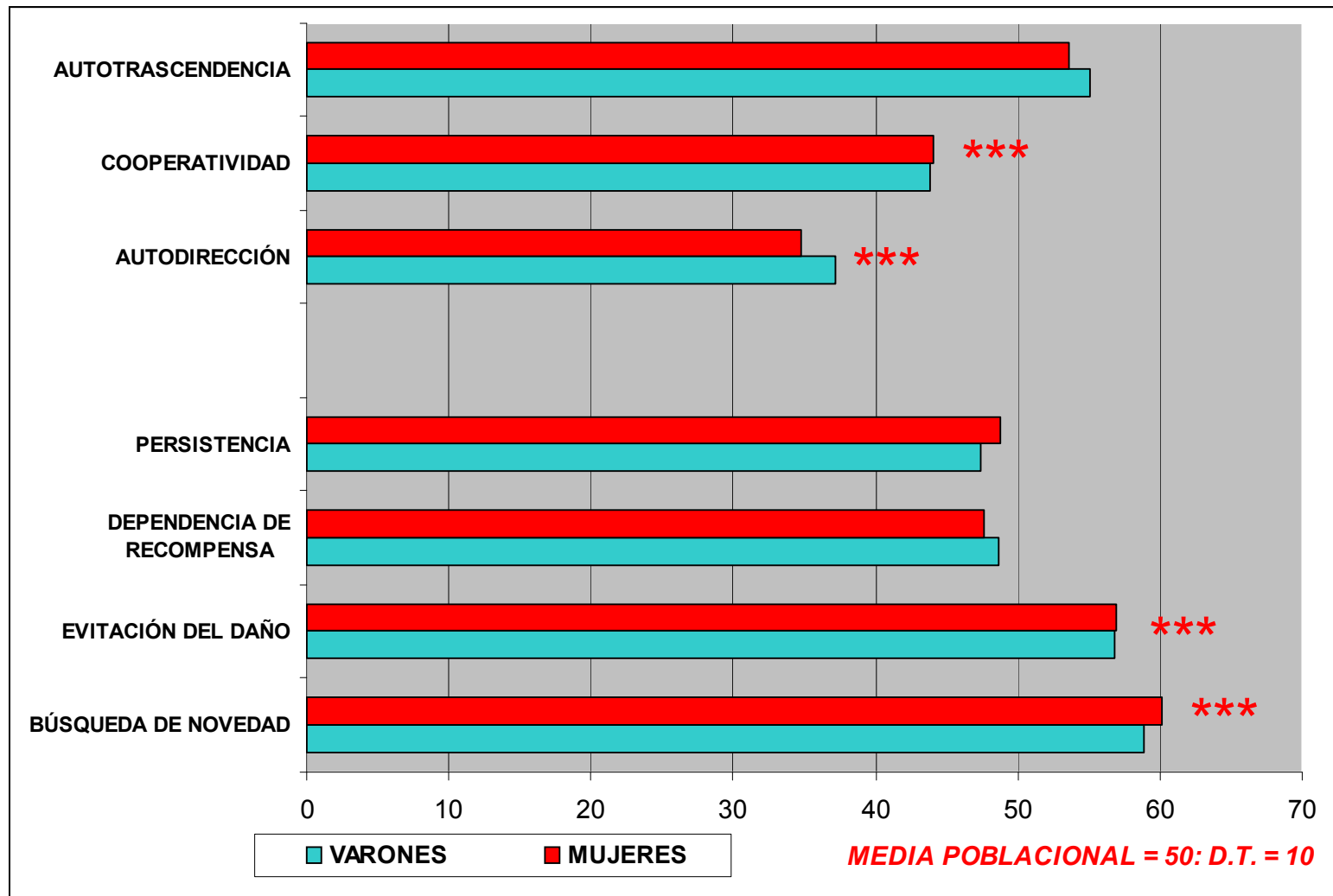
PERSONALIDAD = TEMPERAMENTO + CARÁCTER

- Herencia
- Biología

- Aprendizaje
- Experiencia





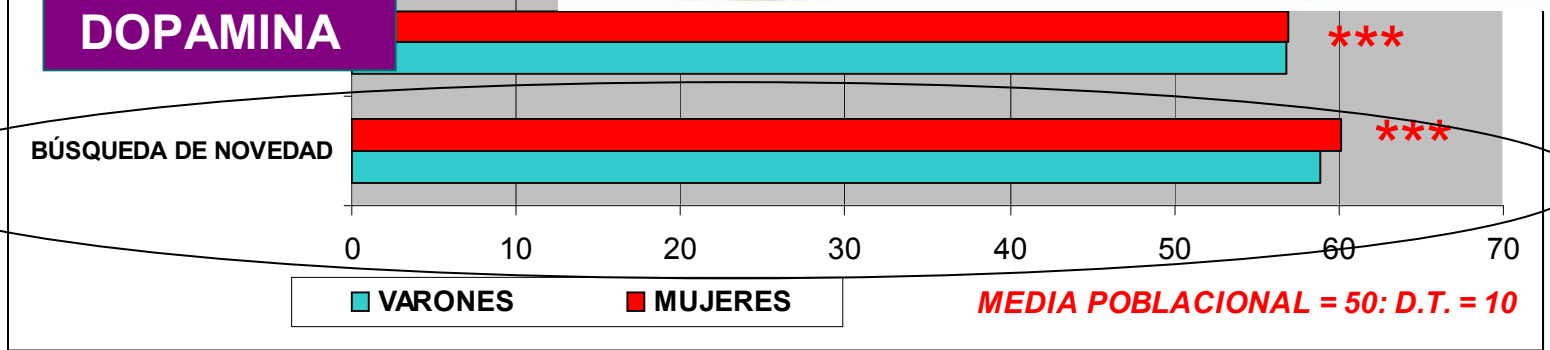


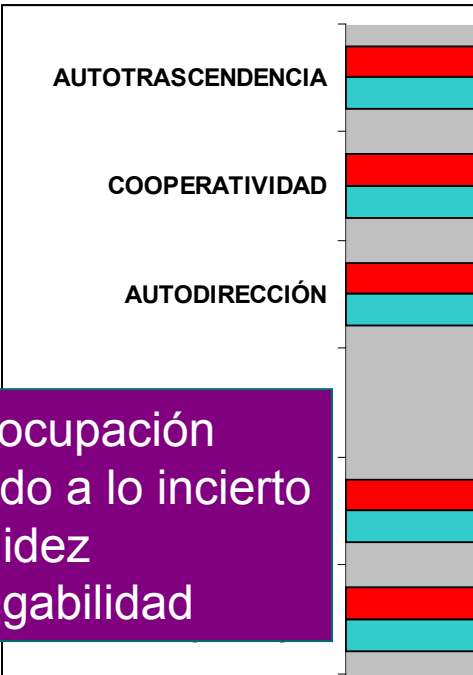


Búsqueda de Novedad

Excitabilidad Exploratoria
Impulsividad
Extravagancia
Desorden

DOPAMINA

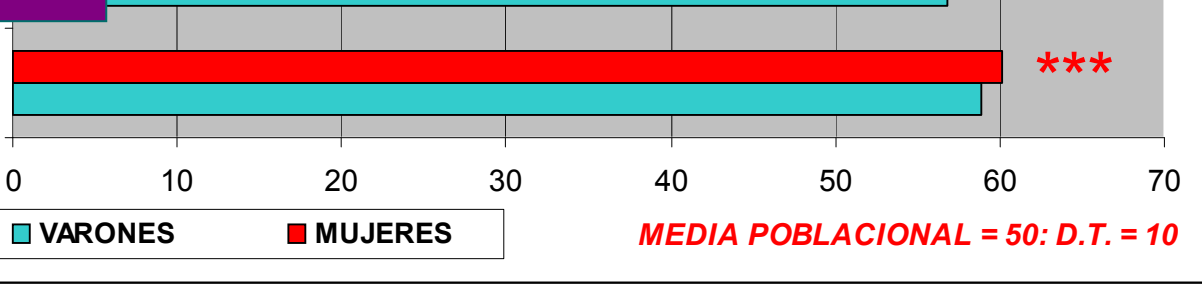


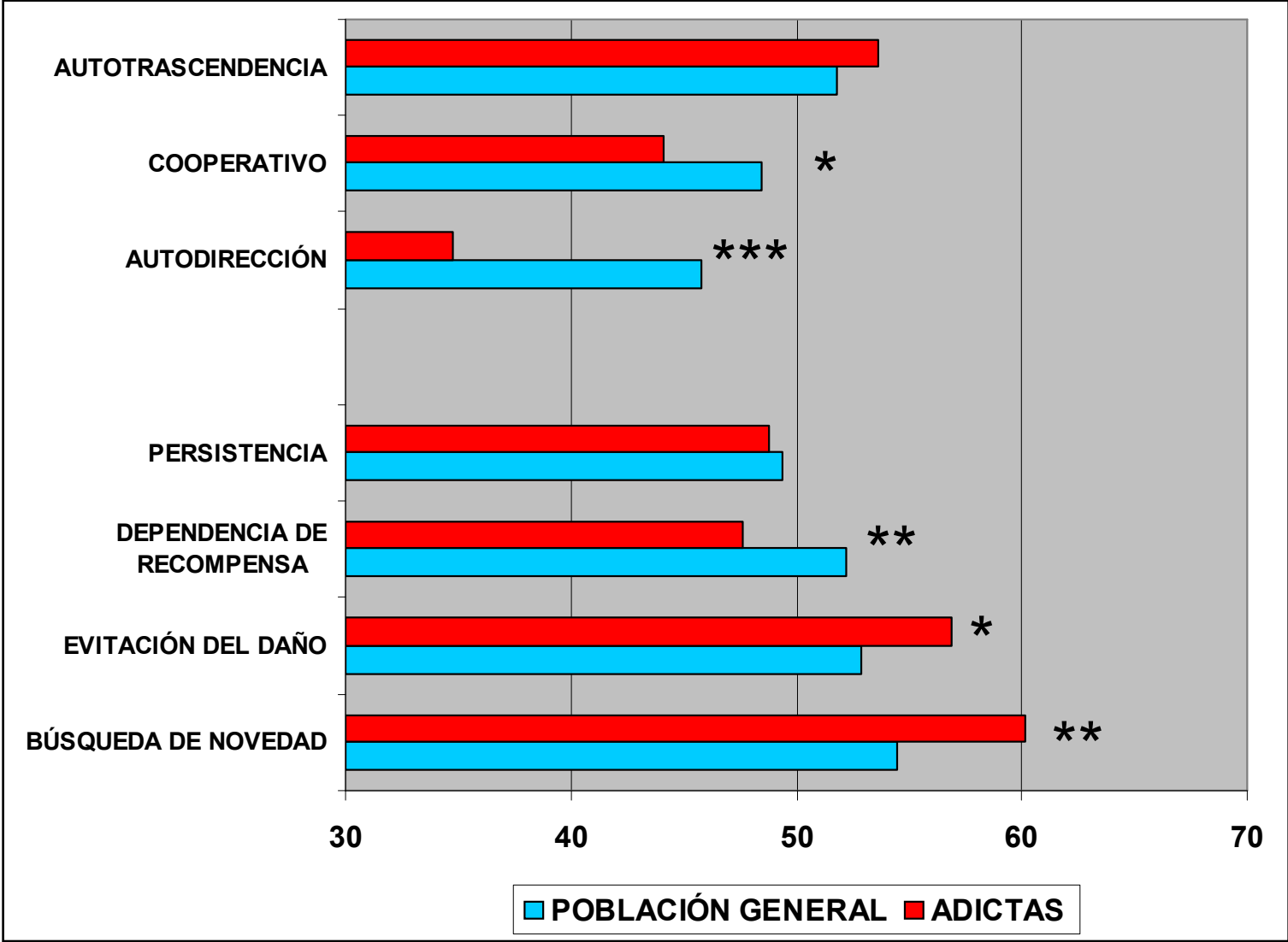


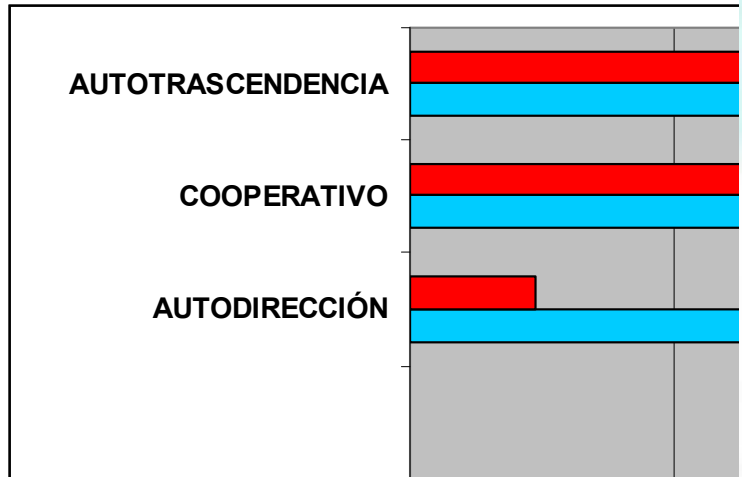
Preocupación
Miedo a lo incierto
Timidez
Fatigabilidad

Evitación del Daño

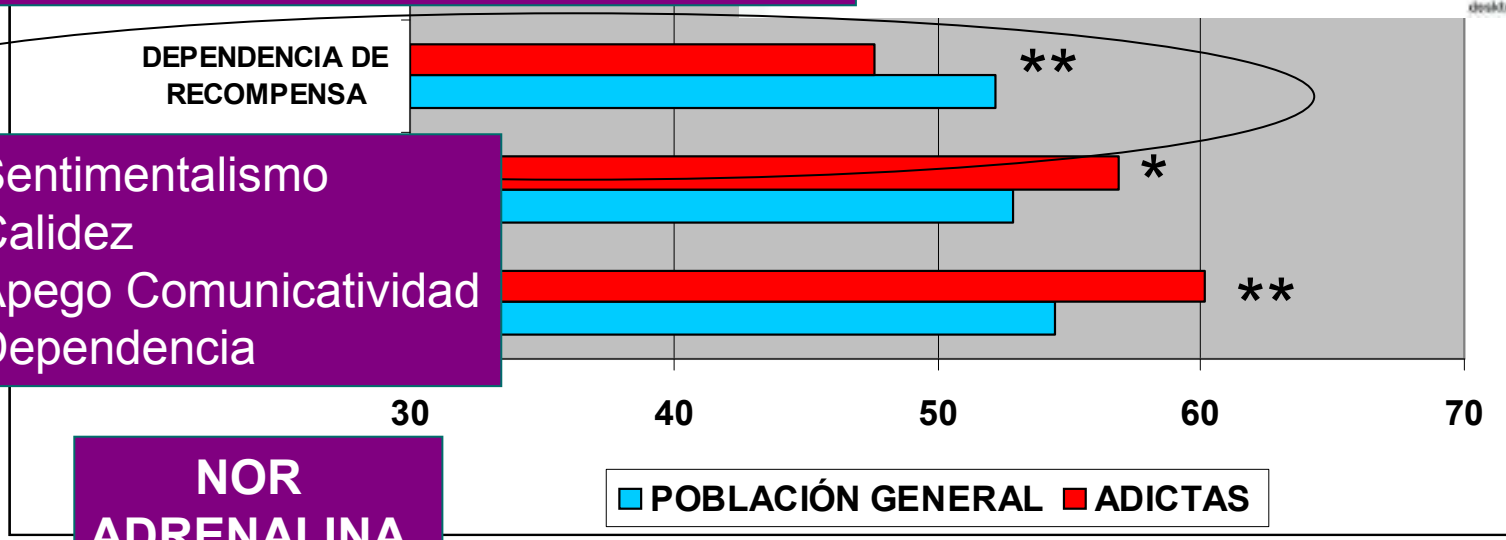
SEROTONINA





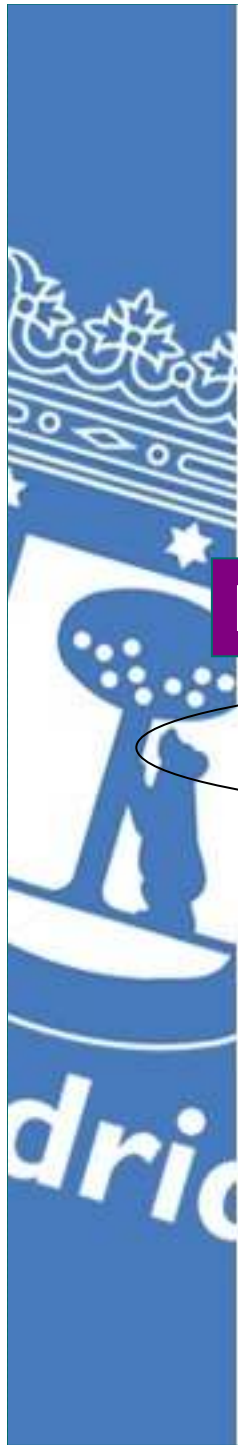


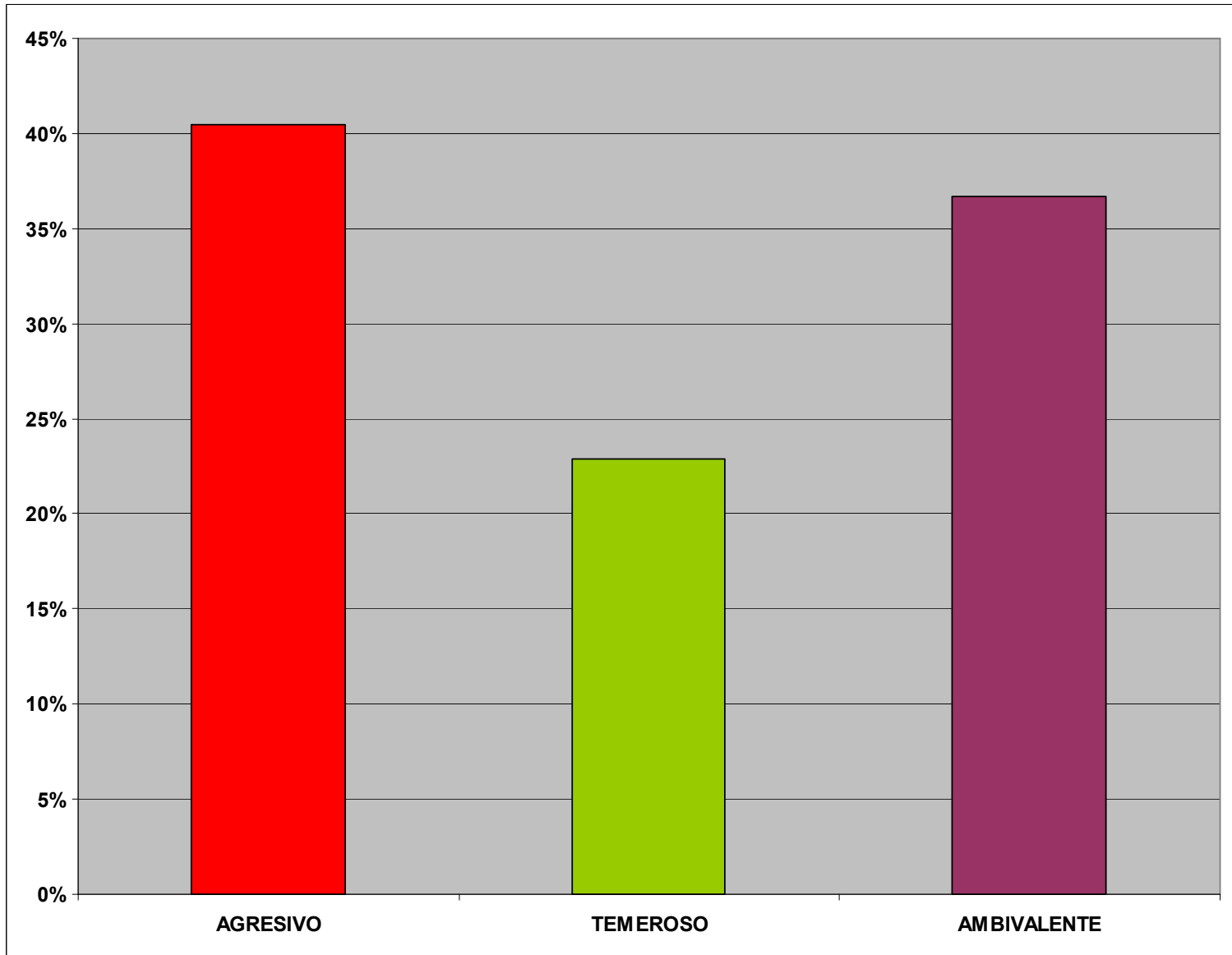
Dependencia de Recompensa

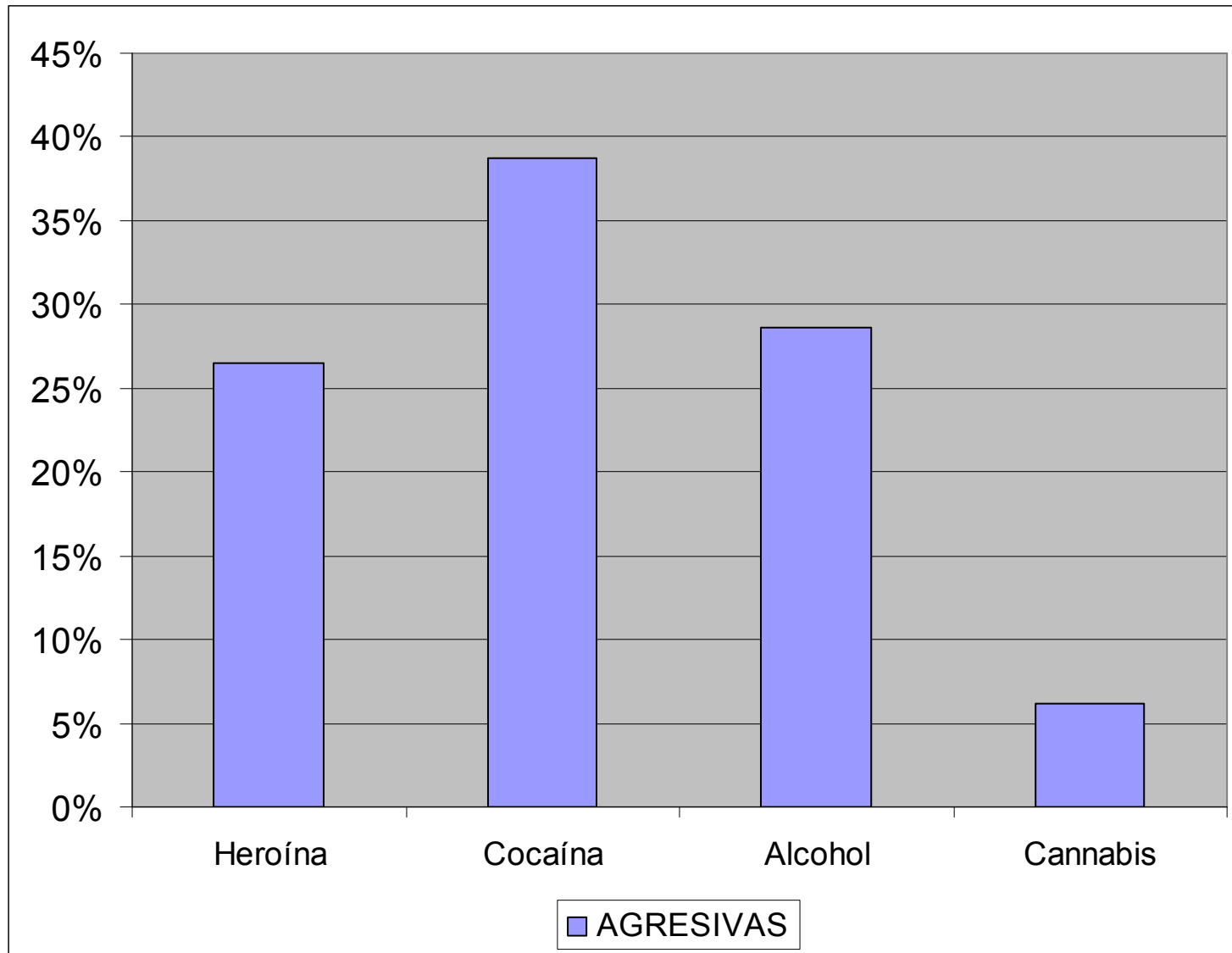


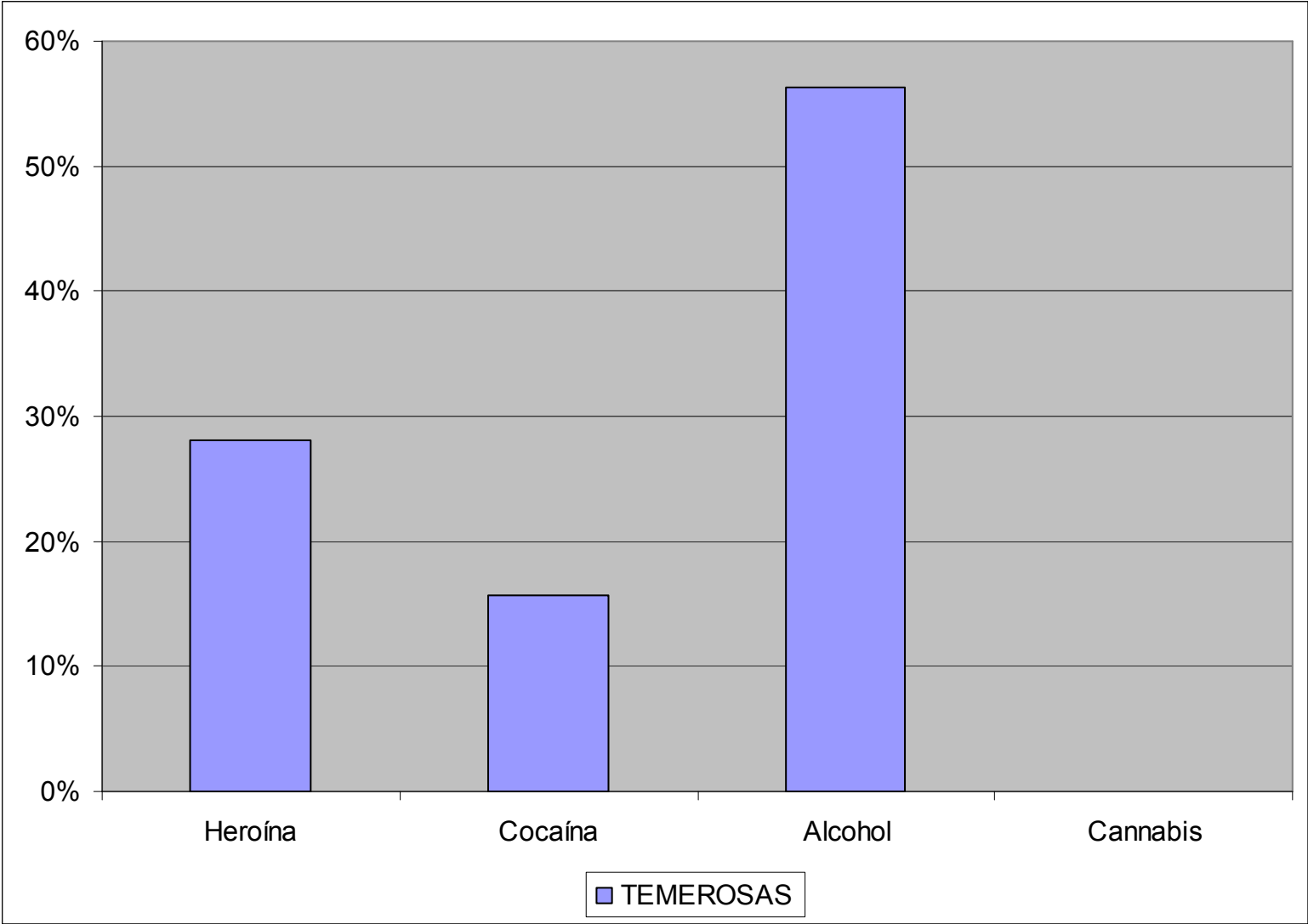
Sentimentalismo
Calidez
Apego Comunicatividad
Dependencia

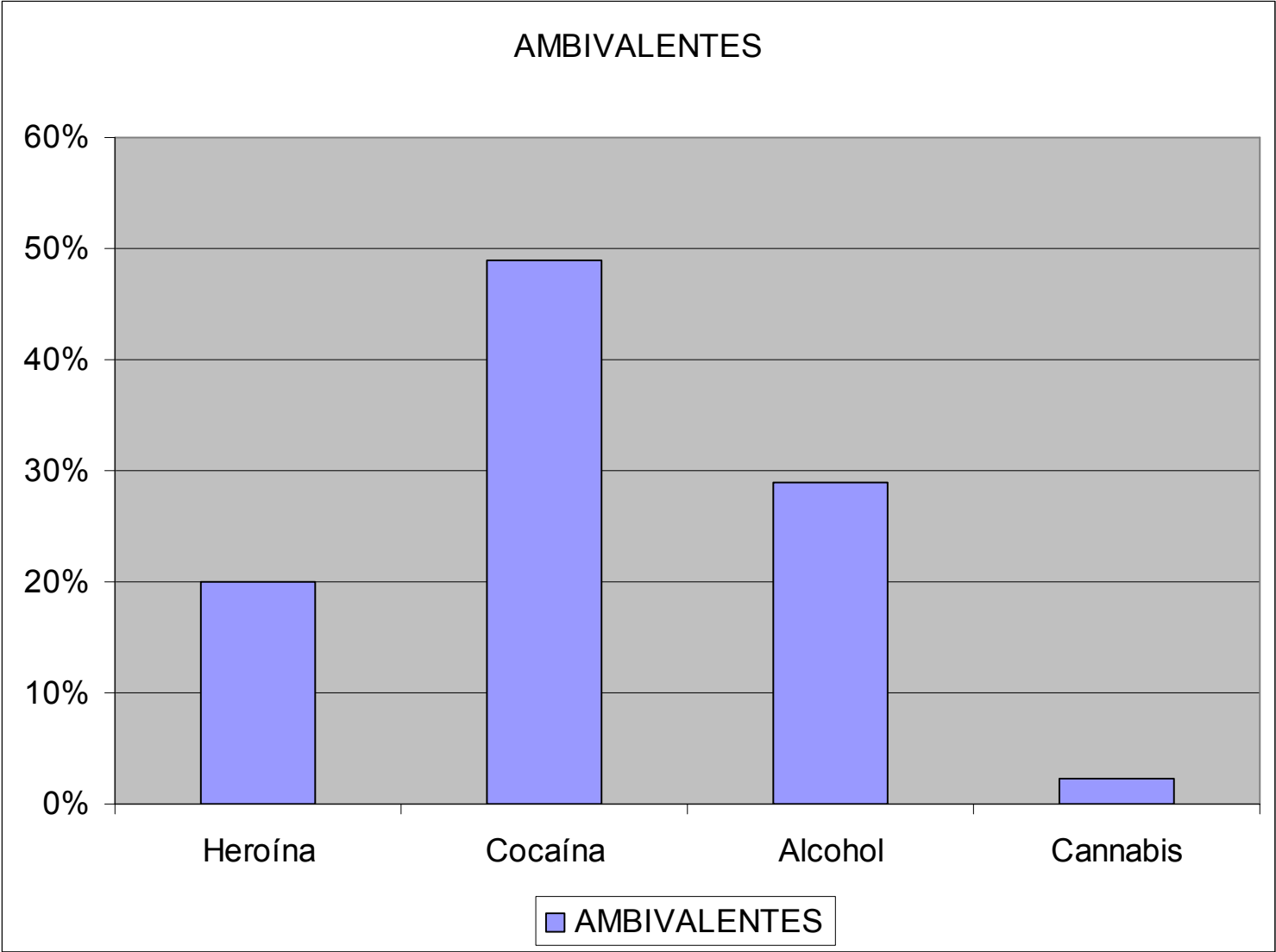
NOR
ADRENALINA











CONCLUSIONES

1.

Las mujeres que realizan tratamiento por trastornos relacionados con consumo de sustancias presentan una prevalencia elevada de trastornos de la personalidad, incluso superior a la de los varones en la misma situación.



Carmen Puerta García. CAD 4 San Blas

CONCLUSIONES

2.

La mayor parte de estos trastornos pertenecen al espectro de la impulsividad.



CONCLUSIONES

3.

Dos de los trastornos más prevalentes son el Trastorno de Personalidad Negativista y el Trastorno Límite de Personalidad, que comparten como rasgo principal una acusada ambivalencia cognitiva que hace oscilar su conducta entre la agresión y la culpabilización.



Photograph by Jim Richardson

Celtic Realm
National Geographic magazine, March 2006
© 2006 National Geographic Society. All rights reserved.

Carmen Puerta García. CAD 4 San Blas

CONCLUSIONES

4.

El Trastorno de Personalidad por Evitación es significativamente más prevalente en mujeres que en varones, y se caracteriza por un repliegue en las relaciones sociales, una mala autoimagen, ansiedad anticipatoria y poca confianza en el futuro, presentando una frecuente comorbilidad con trastornos de tipo depresivo y por ansiedad. En estos casos cabe pensar que la autoadministración de sustancias cumple una función de reducción del malestar, una estrategia de escape o evitación, y un acusado impulso de huida.



CONCLUSIONES

5.

Las mujeres adictas en tratamiento se parecen más en su personalidad a los varones adictos que a las mujeres de población general.



CONCLUSIONES

6.

Se observa una sobrerrepresentación de mujeres con patrones de personalidad impulsivos y agresivos en las muestras de adictas en tratamiento.



CONCLUSIONES

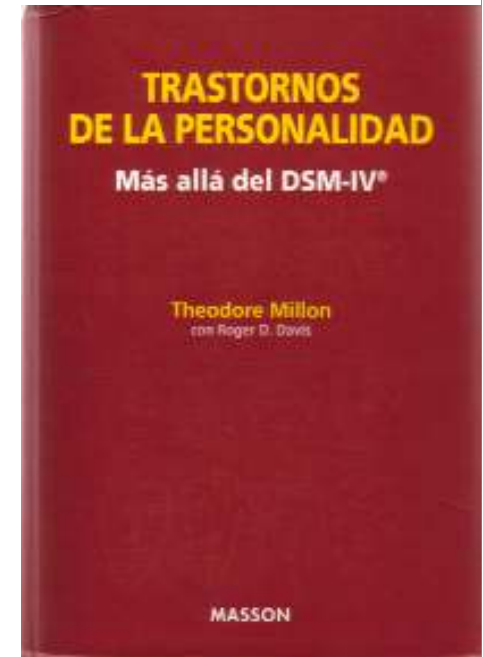
7.

Se sugieren hipótesis para explicar la fuerte representación de los trastornos ambivalentes



LOS TTPP NO SON ENFERMEDADES

*“La **noción arcaica** de que todos los trastornos mentales representan invasiones externas o procesos internos de enfermedad es un exponente de **ideas precientíficas** (...) Estas ideas tan ingenuas tienen poco peso entre los investigadores actuales de la medicina y del comportamiento. Como resultado de nuestro mayor conocimiento de la compleja naturaleza de la salud y de la enfermedad, reconocemos actualmente que la mayoría de los trastornos físicos son el resultado de la **dinámica y el intercambio** entre las capacidades del sujeto para afrontar las cosas y el ambiente en el que vive (...) La psicopatología debería concebirse como el reflejo del mismo **patrón interactivo**”.*



DÉFICIT DE SOCIALIZACIÓN



Maltrato en la infancia

Discriminación laboral

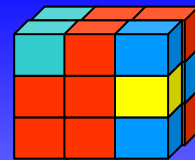
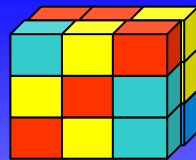
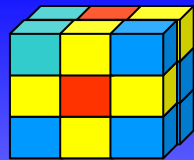
Violencia de género

Machismo

Desigualdad

Educación sexista

NIVELES DE ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD




Nivel clínico:
Trastornos/Patrones
(ej. Narcisista, Límite,
Antisocial...)



Nivel de Rasgos
(ej. Neuroticismo,
Impulsividad,
Dominancia...)



**Nivel de variables
interaccionales**
(ej. Autoestima, Habilidades
Sociales, Optimismo...)



“Las ideas preconcebidas que dominan actualmente el ámbito clínico son doblemente pesimistas para las personas a quienes se diagnostica un trastorno de la personalidad: sufrir un trastorno o una enfermedad es bastante negativo.

No obstante, lo peor es padecer una enfermedad que esté profundamente arraigada en la persona y que invada por completo todas las áreas de la vida en todo tiempo y situación.

Imagínese la desesperanza e indefensión que pueden sentir estas personas si se les dice que “tienen” un trastorno de la personalidad.

¡Imagínese la desesperanza y la indefensión que puede sentir el terapeuta si cree esto!”

(Millon, 1998)

**GRACIAS
POR SU
ATENCIÓN**