

Diferencias de sexo en la dependencia del alcohol: dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de personalidad

Ricardo Bravo de Medina, Enrique Echeburúa* y Javier Aizpiri
Clínica de Medicina Psicoorgánica y * Universidad del País Vasco

En este artículo se lleva a cabo un estudio sobre las diferencias de sexo en la dependencia del alcohol, en dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de personalidad. La muestra constó de 158 pacientes dependientes de alcohol en tratamiento (105 hombres y 55 mujeres). Se les administraron diversas pruebas de personalidad (la Escala de Impulsividad, la Escala de Búsqueda de Sensaciones y el STAI), algunas pruebas psicopatológicas (SCL-90-R, BDI y Escala de Inadaptación) y una entrevista estructurada para los trastornos de personalidad (IPDE). Los resultados mostraron que no había diferencias en las dimensiones de personalidad, que las mujeres tenían una mayor sintomatología ansioso-depresiva y una mayor inadaptación a la vida cotidiana, y que entre los trastornos de personalidad —menos frecuentes que en los hombres— los más habituales eran el obsesivo-compulsivo, el dependiente y el histriónico. Se comentan las implicaciones de este estudio para la investigación futura.

Gender differences in alcohol dependence: Personality variables, psychopathological profile and personality disorders. In this paper, gender differences in personality, psychopathology and personality disorders of alcohol-dependent patients are described. The sample consisted of 158 alcohol-dependent patients attending a psychiatric outpatient clinic (105 men and 55 women). All participants were assessed with various assessment tools related to personality (Impulsiveness Scale, Sensation Seeking Scale and STAI), psychopathology (SCL-90-R, BDI and Inadaptation Scale) and personality disorders (IPDE). There were no differences in personality variables, but the women had more anxiety and depressive symptoms and also more problems to adapt to everyday life than did the men. Personality disorders were not as prevalent as in the case of men, and the most frequent among women were obsessive-compulsive, dependent and histrionic personality disorders. Implications of this study for further research are commented on.

Ha habido un aumento creciente del consumo abusivo de alcohol en mujeres. De hecho, las mujeres jóvenes presentan tasas de prevalencia de consumo más elevadas que las de mayor edad y cada vez más próximas a las de los hombres (Gual, 2006). A pesar de que las cifras actuales de dependencia alcohólica en la mujer siguen siendo menores que las del hombre, durante los últimos años estas diferencias se han ido acortando paulatinamente. Así, se ha pasado de una ratio de 10/1 a 2,5/1 en tan sólo dos décadas, por lo que existe una tendencia a la convergencia en el consumo de alcohol en ambos sexos (Calafat y Amengual, 1999).

La mujer presenta una mayor vulnerabilidad biológica (Gallant, 1990) y psicosocial (Nolen-Hoeksema, 2004) a la dependencia del alcohol que el hombre. Pero las causas específicas del incremento actual de la dependencia del alcohol en la mujer están

relacionadas, fundamentalmente, con la irrupción creciente de la mujer en el mundo laboral, con la evolución del rol femenino en diferentes ámbitos, con el estilo juvenil de diversión uniforme en ambos sexos y con el aumento del estrés en la vida adulta, derivado de su doble papel de madre y trabajadora (Aizpiri y Marcos, 1996; Moral, Rodríguez Díaz, y Sirvent, 2006).

Como ocurre en otras adicciones (Corral, Echeburúa e Irureta, 2005), hay algunas diferencias entre la dependencia del alcohol masculino y femenino: los patrones de consumo en la mujer son diferentes (mayor tendencia de la mujer a beber en casa y a escondidas, mayor tendencia a la negación); el inicio es más tardío en la mujer; los factores etiológicos no son exactamente los mismos (mayor relevancia del fracaso de la vida afectiva en el caso de la dependencia del alcohol femenino); las repercusiones son distintas (mayor incidencia de trastornos psicósomáticos y de depresión en las mujeres, mayores conflictos de convivencia, mayor rechazo social); y mayor resistencia a buscar ayuda terapéutica. En el estudio de Gómez Moya (2005) la dependencia alcohólica femenina se caracteriza por un fuerte sentimiento de disforia.

El objetivo de esta investigación es conocer el perfil diferencial de la dependencia del alcohol en uno y otro sexo en relación con las di-

mensiones de personalidad, las características psicopatológicas y los trastornos de personalidad. Se trata, en último término, de arrojar más luz sobre estos aspectos clínicos centrales a efectos de poder diseñar en el futuro estrategias motivacionales para el tratamiento y procedimientos terapéuticos diferenciados en función de estas variables.

Método

Participantes

La muestra de esta investigación está compuesta por 158 sujetos, distribuidos en 2 grupos de 105 hombres y 55 mujeres, con diagnóstico de dependencia del alcohol. Todos los pacientes incluidos en el estudio fueron atendidos en la Clínica de Medicina Psicoorgánica (Bilbao) entre 2003 y 2006 y dieron el consentimiento informado.

Las principales características sociodemográficas de la muestra están señaladas en la tabla 1.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: a) tener más de 18 años y buscar ayuda terapéutica por consumo abusivo de alcohol; b) cumplir los criterios de dependencia alcohólica según el *DSM-IV-TR* (APA, 2000) y tener una puntuación igual o superior a 11 en el Test de Alcoholismo de Munich (*MALT*); y c) recibir el diagnóstico de dependencia del alcohol como diagnóstico primario.

Sobre una muestra inicial de 167 sujetos evaluados, 158 (el 95%) aceptaron participar en el estudio y cumplieron los criterios de inclusión.

Instrumentos

Entrevista general

Al principio se realizó una entrevista individual estructurada para realizar el diagnóstico clínico. En esta entrevista se recogían

los datos más significativos: motivo de consulta, trastorno actual, antecedentes, familia, historia personal, nivel académico y actividad laboral, relaciones sociales, hábitos de vida, consumo de otras drogas, etcétera.

Pruebas específicas

Dependencia del alcohol

Test de Alcoholismo de Munich (MALT) (Feuerlein, 1977; versión española de Rodríguez-Martos y Suárez, 1984). Es un instrumento de medida que sirve para la corroboración del diagnóstico de dependencia alcohólica. El test consta de dos partes: una subjetiva (*MALT-S*, 26 ítems) y otra objetiva (*MALT-O*, 7 ítems). El rango de la prueba es de 0 a 54. Una puntuación igual o superior a 11 denota una dependencia del alcohol, pero una puntuación entre 6 y 10 revela un riesgo alto de dependencia del alcohol. Es un test de gran finura diagnóstica: posee una sensibilidad del 100% y una especificidad del 82% (Rodríguez-Martos y Suárez, 1984; Llopis y de Vicente, 2000).

Dimensiones de personalidad

Escala de Búsqueda de Sensaciones (SSS) (Zuckerman, Eysenck y Eysenck, 1978) (validada por Pérez y Torrubia, 1986). La escala está compuesta por 40 ítems, que se contestan de forma autoaplicada con la indicación de *verdadero* o *falso*. No existen puntos de corte propuestos. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es la presencia del rasgo.

La escala recoge cuatro dimensiones: búsqueda de emociones (*BEM*), búsqueda de excitación (*BEX*), desinhibición (*DES*) y susceptibilidad al aburrimiento (*SAB*). La fiabilidad de la versión española de la SSS es 0,87.

Escala de Impulsividad (Barratt, 1985; versión española de Luengo, Carrillo de la Peña, y Otero, 1991). Se trata de una escala autoaplicada que consta de 33 ítems y abarca 3 tipos de impulsividad: impulsividad motora, impulsividad cognitiva e improvisación/ausencia de planificación. No existe un punto de corte propuesto. Desde la perspectiva clínica, lo que va a tener mayor importancia es el valor cuantitativo de la puntuación total. La fiabilidad de la versión española es 0,56.

Cuestionario de Ansiedad-Rasgo (STAI-R). Es una parte del cuestionario de ansiedad de Spielberg, Gorsuch y Lushene (1970) (versión española de TEA, 1982). Se valora la ansiedad-rasgo como una predisposición estable a percibir las situaciones como amenazantes. Consta de 20 ítems. La puntuación total oscila entre 0 y 60. El punto de corte para la población masculina es de 25 y para la población femenina de 32. La versión española de esta prueba presenta unos índices de consistencia interna entre 0,84 y 0,87.

Características psicopatológicas

Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) (Derogatis, 1975; adaptación española de González de Rivera, 2002). Es un cuestionario autoaplicado multidimensional compuesto por 90 ítems. El cuestionario proporciona información en relación a nueve dimensiones de sintomatología psicopatológica (somatización, obsesivo-compulsiva, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo), así

Tabla 1
Características sociodemográficas de la muestra en función del sexo

| VARIABLES | Hombres N= 103 Media (DT) | Mujeres N= 55 Media (DT) | t |
|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------|
| Edad media | 43,55 (12,2) | 43,16 (11,6) | 0,194 |
| VARIABLES | Hombres N= 103 N (%) | Mujeres N= 55 N (%) | X ² (gl) |
| Estado civil | | | |
| Soltero | 41 (39,8%) | 23 (41,8%) | 4,072 (3) |
| Casado/conviviendo | 38 (36,9%) | 16 (29,1%) | |
| Separado/divorciado | 21 (20,4%) | 11 (20%) | |
| Viudo | 3 (2,9%) | 5 (9,1%) | |
| Nivel cultural | | | |
| Sin estudios | 5 (4,9%) | 2 (3,6%) | 1,796 (3) |
| Estudios primarios | 28 (27,2%) | 13 (23,6%) | |
| Estudios secundarios | 43 (41,7%) | 20 (36,4%) | |
| Universidad | 27 (26,2%) | 20 (36,4%) | |
| Nivel socioeconómico | | | |
| Medio bajo | 10 (9,7%) | 8 (14,5%) | 1,137 (2) |
| Medio | 75 (72,8%) | 36 (65,5%) | |
| Medio alto | 18 (17,5%) | 11 (20%) | |

como a tres escalas generales, que son el Índice Global de Severidad (*GSI*), el Índice de Distrés de Síntomas Positivos (*PST*) y el Índice de Sintomatología Positiva Total (*PSDI*).

Los índices *alfa* de fiabilidad de la adaptación española del *SCL-90-R* están entre 0,77 y 0,90. El *SCL-90-R* muestra una elevada sensibilidad diagnóstica, entre el 80 y el 90%, pero una muy baja especificidad, entre el 20 y el 60%.

Cuestionario de Ansiedad-Estado (STAI-E). Deriva del cuestionario de ansiedad de Spielberg, Gorsuch y Lushene (1970) (versión española de TEA, 1982). Se valora un estado emocional transitorio de atención tensa y aprensión, así como de hiperactividad del Sistema Nervioso Autónomo. Consta de 20 ítems. El rango es de 0 a 60. El punto de corte para la población masculina es de 28 y para la población femenina de 31. La versión española de esta prueba presenta unos índices de consistencia interna entre 0,90 y 0,93.

Inventario de Depresión de Beck (BDI). Es un autoinforme que evalúa la presencia e intensidad de sintomatología depresiva (Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1979) y está validado para la población española (Sanz y Vázquez, 1998).

La versión utilizada consta de 21 ítems, con un rango de 0 a 63. Se valora de la siguiente manera (Conde y Franch, 1984; García-Portilla, Bascarán, Sáiz, Bousoño, y Bobes, 2006): 0-9, ausencia de depresión; 10-18, sintomatología depresiva leve; 19-29 sintomatología depresiva moderada; e igual o mayor que 30, sintomatología depresiva grave.

El *BDI* presenta una fiabilidad alta en términos de consistencia interna (*alfa* total de la escala= 0,90). Con un punto de corte de 21, la sensibilidad es del 75% y la especificidad del 76% (Vázquez y Sanz, 1999).

Escala de Inadaptación (EI) (Echeburúa, Corral, y Fernández-Montalvo, 2000). Es un instrumento de autoevaluación que consta de seis ítems, que se valoran de 0 a 5 puntos en una escala de tipo Likert. En esta escala se recogen cuatro aspectos referentes a la inadaptación en la vida cotidiana: trabajo/estudios, vida social, tiempo libre, relaciones de pareja y vida familiar.

Las puntuaciones totales pueden oscilar entre 0 y 30, estableciéndose como puntos de corte la puntuación 12 en la escala total y la de 2 en cada uno de los ítems para discriminar los niveles clínicamente significativos de inadaptación. Esta prueba tiene una buena fiabilidad (coeficiente alfa de Cronbach de 0,94) y una adecuada validez discriminante entre pacientes y sujetos sanos ($t=25,3$; $p>0,001$) (Echeburúa et al., 2000).

Trastornos de personalidad

Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE) (Loranger, 1995; versión española de López-Ibor, Pérez-Urdániz, y Rubio, 1996). Es una entrevista diagnóstica semiestructurada diseñada para evaluar los 11 trastornos de personalidad que figuran en el *DSM-IV*. El *IPDE* consta de un cuestionario de *screening* de 59 ítems, que sirve para identificar los posibles trastornos de personalidad, y de una entrevista propiamente diagnóstica de 99 preguntas, que abarcan 6 áreas temáticas: trabajo, Yo, relaciones interpersonales, afectos, prueba de realidad y control de impulsos.

Con el objetivo de establecer diagnósticos fiables, la conducta problemática debe estar presente durante al menos 5 años y debe haber comenzado antes de los 25 años. La fiabilidad entre observadores del *IPDE* generalmente es buena (el coeficiente *kappa*

medio es de 0,73), así como la fiabilidad test-retest (0,87) (Blanchard y Brown, 1998; Segal y Coolidge, 1998).

Procedimiento

El diagnóstico de dependencia del alcohol y de trastornos de personalidad se ha hecho con arreglo a los criterios diagnósticos del *DSM-IV-TR* y del *IPDE*, respectivamente, por un psiquiatra y por un psicólogo clínico conjuntamente, ambos con una amplia experiencia clínica. Con respecto al diagnóstico de dependencia del alcohol, el grado de concordancia entre ambos profesionales fue del 100%. En el caso de los trastornos de personalidad, la fiabilidad interobservadores fue más bien alta (coeficiente *kappa*= 0,81).

Por lo que se refiere a los trastornos de personalidad, una vez seleccionados todos los sujetos de la muestra se les administró el cuestionario de *screening* para el *IPDE*. A continuación, se llevó a cabo la entrevista estructurada del *IPDE*, pero sólo referida a aquellos trastornos en que habían aparecido resultados positivos en la prueba de *screening*. Se consideraba la existencia de un trastorno de personalidad sólo cuando figuraba como tal en la entrevista estructurada.

Estas pruebas, además de las referentes a las dimensiones de personalidad y a los síntomas psicopatológicos, se administraban en 2 o 3 sesiones.

En este trabajo se han analizado los siguientes datos en el conjunto de la muestra: a) las características demográficas de la muestra; b) las dimensiones de personalidad; c) las características psicopatológicas; y d) la frecuencia y el perfil de los trastornos de personalidad.

Análisis de datos

Para el análisis de los resultados se han utilizado tablas de frecuencia y pruebas paramétricas y no paramétricas para muestras independientes. Estos resultados se han obtenido por medio del SPSS 13.0 para Windows.

Resultados

Tal como se observa en la tabla 1, hay un número mayor de hombres (65%) que de mujeres (35%). Los pacientes son personas de edades medias, en torno a los 40 años, con un predominio de solteros, con un buen nivel cultural y perteneciente a una clase social media. No hay diferencias significativas en cuanto a las características demográficas entre hombres y mujeres.

En cuanto a los resultados de las dimensiones de personalidad, los pacientes presentan puntuaciones medias en impulsividad y en búsqueda de sensaciones, pero más bien elevadas en ansiedad-rasgo. Aunque las medias en las puntuaciones halladas en los hombres tienden a ser ligeramente mayores que las encontradas en las mujeres, estas diferencias no resultan ser estadísticamente significativas (tabla 2).

Respecto a las características psicopatológicas de la muestra global, las puntuaciones son moderadas en el *SCL-90-R*, pero más bien altas en el *BDI* y en la *EI* en ambos grupos. Cuando se comparan los hombres con las mujeres, se observan diferencias estadísticamente significativas en las escalas *obsesión-compulsión* ($t=1,975$; $p<0,05$) y *ansiedad fóbica* ($t=9,193$; $p<0,01$), ambas pertenecientes al *SCL-90-R*. Asimismo hay diferencias en el *Inventa-*

rio de Depresión (t= 2,607; p<0,01) y en la Escala de Inadaptación (t= 2,026; p<0,05).

De este modo, las mujeres muestran unas medias diferencialmente superiores a los hombres en algunas subescalas del SCL-90-R [obsesión-compulsión (X= 63,70 vs X= 52,65) y ansiedad fóbica (X= 53,52 vs 46,40)], así como en depresión (X= 22,80 vs X= 18,39) y en inadaptación (X= 21,15 vs X= 18,19). Por lo tanto, las mujeres presentan, en general, una sintomatología psicopatológica más grave, sobre todo en lo concerniente al espectro ansioso-depresivo, lo que les lleva a una mayor inadaptación a la vida cotidiana (tabla 3).

En cuanto a los trastornos de personalidad, éstos son muy abundantes en ambos grupos. El 41,8% de las mujeres alcohólicas presenta algún trastorno de personalidad frente al 65% de los hom-

bres con dependencia de alcohol. Estos resultados revelan la existencia de diferencias significativas entre el grupo de hombres y mujeres alcohólicas (X²= 7,893; gl= 1; p<0,01). Los hombres presentan más trastornos de personalidad que las mujeres (tabla 4).

Por lo que se refiere al tipo de trastornos de personalidad, los más frecuentes en el grupo de mujeres alcohólicas son el obsesivo-compulsivo (18,2%), el dependiente (9,1%) y el histriónico (5,5%). A su vez, los trastornos más frecuentes entre los hombres son el paranoide (17,1%), el obsesivo (15,5%), el narcisista (13,6%) y el antisocial (11,7%). En general, no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, excepto en el caso de los trastornos narcisista y paranoide, que son significativamente más frecuentes en los hombres que en las mujeres (X²= 8,203; gl= 1; p<0,01 y X²= 4,590; gl= 1; p<0,05, respectivamente) (tabla 5).

Respecto a las agrupaciones de los trastornos de personalidad, las mujeres se congregan principalmente en el cluster C (ansiosos y temerosos) (25,5%), seguido del cluster B (dramáticos, emocionales y erráticos) (10,9%) y del cluster A (excéntricos y extraños) (3,6%). Por el contrario, los hombres se concentran principalmente en el cluster B (29,1%) y en el cluster C (25,2%), seguidos del cluster A (16,5%), habiendo diferencias significativas en los clusters A (X²= 5,612; gl= 1; p<0,05) y B (X²= 6,763; gl= 1; p<0,01) (tabla 6).

Y, por último, en cuanto al número de trastornos de personalidad mostrados por las mujeres alcohólicas, lo más habitual es tener 1, mientras que los hombres pueden presentar más de 2, lo que es estadísticamente significativo (X²= 9,896; p<0,05).

Tabla 2
Dimensiones de personalidad de la muestra en función del sexo

| Dimensiones de personalidad | Hombres N= 103 | Mujeres N= 55 | t |
|---|-------------------|------------------|-------|
| | X (DT) | X (DT) | |
| Ansiedad¹ (STAI-R) (Rango: 0-100) | 75,73 (26,1) | 75,13 (30,0) | 0,103 |
| Impulsividad (BIS-10) (Rango: 0-132) | 61,78 (18,1) | 59,30 (19,5) | 0,581 |
| Impulsividad motora | 20,02 (7,3) | 20,41 (7,4) | 0,232 |
| Impulsividad cognitiva | 22,03 (5,9) | 21,44 (6,9) | 0,408 |
| Improvisación y ausencia de planificación | 20,25 (7,7) | 17,44 (9,1) | 1,496 |
| Búsqueda de sensaciones (SSS) (Rango: 0-40) | 20,87 (6,4) | 18,52 (7,1) | 1,530 |
| Búsqueda de emociones | 5,50 (3,0) | 4,81 (3,2) | 0,957 |
| Búsqueda de excitación | 5,65 (2,0) | 5,96 (2,4) | 0,629 |
| Desinhibición | 4,97 (2,2) | 3,93 (2,6) | 1,908 |
| Susceptibilidad al aburrimiento | 4,76 (2,0) | 4,00 (2,0) | 1,627 |

¹ En este caso las puntuaciones que figuran corresponden a los centiles

Tabla 3
Características psicopatológicas de la muestra en función del sexo

| Características psicopatológicas | Hombres N= 103 | Mujeres N= 55 | t |
|---|-------------------|------------------|---------|
| | X (DT) | X (DT) | |
| SCL-90-R¹ (Rango: 0-100) | | | |
| Somatización | 43,01 (23,8) | 42,22 (22,2) | 0,149 |
| Obsesión-compulsión | 52,65 (25,2) | 63,70 (22,7) | 1,975* |
| Sens. interpersonal | 49,12 (23,1) | 46,67 (27,3) | 0,442 |
| Depresión | 55,96 (21,2) | 60,44 (20,8) | 0,935 |
| Ansiedad | 49,49 (24,5) | 58,70 (19,1) | 1,752 |
| Hostilidad | 48,59 (31,1) | 50,56 (28,0) | 0,285 |
| Ansiedad fóbica | 46,40 (30,2) | 53,52 (20,0) | 9,193** |
| Ideación paranoide | 56,84 (24,7) | 47,59 (27,6) | 1,588 |
| Psicoticismo | 64,41 (20,7) | 63,63 (19,2) | 0,169 |
| GSI | 54,49 (21,3) | 57,48 (18,7) | 0,637 |
| PST | 58,53 (22,8) | 56,19 (20,3) | 0,465 |
| PSDI | 46,60 (22,7) | 52,78 (17,5) | 1,266 |
| Ansiedad¹ (STAI-E) (Rango: 0-100) | 53,54 (29,8) | 56,42 (26,5) | 0,465 |
| Depresión (BDI) (Rango: 0-63) | 18,39 (7,7) | 22,80 (8,0) | 2,607** |
| Inadaptación (EI) (Rango: 0-30) | 18,19 (6,3) | 21,15 (6,4) | 2,026* |

* p<0,05; ** p<0,01
¹ En este caso las puntuaciones que figuran corresponden a los centiles

Tabla 4
Frecuencia de los trastornos de personalidad de la muestra en función del sexo

| Trastornos de personalidad | Hombres N= 103 | Mujeres N= 55 | X ² (gl) |
|----------------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| | N (%) | N (%) | |
| | 67 (65%) | 23 (41,8%) | 7,893** (1) |

** p<0,01

Tabla 5
Frecuencia de cada trastorno de personalidad en función del sexo

| Trastornos de personalidad | Hombres N= 103 | | Mujeres N= 55 | | X ² (gl) |
|----------------------------|-------------------|------|------------------|------|---------------------|
| | N | % | N | % | |
| Paranoide | 12 | 17,1 | 1 | 1,8 | 4,590* (1) |
| Esquizoide | 3 | 2,9 | 1 | 1,8 | 0,174 (1) |
| Esquizotípico | 2 | 1,9 | 0 | 0 | 1,082 (1) |
| Antisocial | 12 | 11,7 | 2 | 3,6 | 2,852 (1) |
| Límite | 6 | 7,8 | 1 | 1,8 | 2,362 (1) |
| Histriónico | 5 | 4,9 | 3 | 5,5 | 0,027 (1) |
| Narcisista | 14 | 13,6 | 0 | 0 | 8,203** (1) |
| Evitativo | 6 | 5,8 | 1 | 1,8 | 1,360 (1) |
| Dependiente | 7 | 6,8 | 5 | 9,1 | 0,269 (1) |
| Obsesivo | 16 | 15,5 | 10 | 18,2 | 0,183 (1) |
| No específico | 8 | 7,8 | 3 | 5,5 | 0,296 (1) |

* p<0,05; ** p<0,01

Tabla 6
Perfil de los trastornos de personalidad de la muestra en función del sexo

| Tipos de trastornos de personalidad | Hombres N= 103 | | Mujeres N= 55 | | X ² (gl) |
|-------------------------------------|-------------------|------|------------------|------|---------------------|
| | N | % | N | % | |
| Cluster A | 17 | 16,5 | 2 | 3,6 | 5,612* (1) |
| Cluster B | 30 | 29,1 | 6 | 10,9 | 6,763** (1) |
| Cluster C | 26 | 25,2 | 14 | 25,5 | 0,001 (1) |

*p<0,05; ** p<0,01

Cluster A: Excéntricos y extraños
Cluster B: Dramáticos/erráticos/emocionales
Cluster C: Ansiosos y temerosos

Discusión y conclusiones

Aun siendo abundante la bibliografía sobre la dependencia del alcohol, es escasa la que enfoca este problema desde la perspectiva del perfil diferencial en función del sexo. Este estudio supone una clarificación de los aspectos diferenciales en el ámbito psicopatológico y de los trastornos de personalidad y da pie para futuros estudios relacionados con programas de intervención diferenciados para hombres y mujeres.

En cuanto a la prevalencia obtenida, se constata que hay un mayor porcentaje de hombres (65%) que de mujeres alcohólicas (35%), como ocurre también en otras investigaciones (Robins et al., 1984). Lo llamativo es que la ratio de 2/1 de nuestro estudio revela la cada vez mayor equiparación de hombres y mujeres en el ámbito de la dependencia del alcohol y es consistente con otras investigaciones (De Vicente y Pérez, 1992). Al margen del mayor número de hombres, no se observan otras diferencias en las características demográficas.

Respecto a las dimensiones de personalidad, las puntuaciones obtenidas en la muestra total denotan un nivel más bien alto de ansiedad-rasgo. No existen, sin embargo, diferencias significativas entre hombres y mujeres. Si bien las mujeres presentan puntuaciones levemente inferiores a las de los hombres, los resultados son muy similares en las diversas variables estudiadas (búsqueda de sensaciones, impulsividad y ansiedad-rasgo).

Por otra parte, en cuanto a las características psicopatológicas, el grupo de mujeres con dependencia al alcohol se diferencia por presentar mayor intensidad y gravedad en la sintomatología de carácter ansioso-depresivo y mayor inadaptación a la vida cotidiana que el grupo de hombres. Estos resultados encajan con la descrip-

ción en otros estudios de la disforia asociada a la dependencia del alcohol en la mujer: sentimientos de tristeza y culpabilidad, deterioro de la autoestima, sentimientos de soledad, abandono e incompreensión, etcétera (Gómez Moya, 2005).

Como se ha puesto de relieve en otros estudios sobre la dependencia del alcohol (Echeburúa, Bravo de Medina, y Aizpiri, 2005; Fernández-Montalvo, Landa, López-Goñi, y Lorea, 2006) y como ocurre también en otras adicciones (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2004, 2006), los trastornos de personalidad son abundantes en la muestra total. Los hombres (65%) presentan en este estudio más trastornos de personalidad que las mujeres (41,8%) y mayor número de trastornos por persona. Por lo que se refiere al tipo específico de trastornos, las mujeres se caracterizan por presentar el obsesivo-compulsivo, el dependiente y el histriónico, pertenecientes fundamentalmente al *cluster C*. Los hombres, en cambio, muestran más frecuentemente el paranoide, el narcisista y el antisocial, junto con el obsesivo-compulsivo (que es el único compartido con las mujeres).

Hay, por tanto, dos perfiles psicopatológicos claramente diferenciados en función del sexo. La mayor presencia de sintomatología ansioso-depresiva y de trastornos de personalidad del *cluster C* (ansioso-temeroso) en la mujer da pie para incorporar a los programas de tratamiento técnicas reductoras de la ansiedad y de la depresión (véase Echeburúa, Salaberría, Corral, Cenea, y Berasategui, 2006). A su vez, el mayor grado de inadaptación a la vida cotidiana en la mujer alcohólica sugiere la conveniencia de establecer un formato grupal de tratamiento, al menos de forma complementaria a la terapia individual. Por lo que al hombre dependiente del alcohol se refiere, de la mayor frecuencia y heterogeneidad de los trastornos de personalidad se concluye que los programas de tratamiento deberían abordar más específicamente, una vez conseguida la abstinencia inicial, el tratamiento de este tipo de trastornos (véase Echeburúa y Corral, 1999; Millon, 2006). Estos enfoques sugeridos podrían potenciar los programas de tratamiento actualmente disponibles (véase McCrady, Rodríguez Villarino, y Otero-López, 1998; Secades y Fernández-Hermida, 2001, 2003) y mejorar los resultados a largo plazo.

Este estudio tiene un carácter exploratorio y aporta un enfoque novedoso que requiere continuidad en investigaciones futuras, especialmente por lo que se refiere al diseño de programas de intervención diferenciales en función del sexo en consonancia con los resultados obtenidos. Sin embargo, algunas limitaciones de este trabajo son el tamaño relativamente reducido de la muestra, especialmente del grupo de mujeres, para obtener conclusiones epidemiológicas consistentes y el enfoque categorial de los trastornos de personalidad. Otros estudios futuros deberían abordar estas limitaciones.

Referencias

- Aizpiri Díaz, J.J., y Marcos Frías, J.F. (1996). *Actualización del tratamiento del alcoholismo*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. revised)*. Washington, DC: APA.
- Barratt, E.S. (1985). Impulsiveness defined within a systems model of personality. En E.P. Spielberger y J.N. Butcher (eds.): *Advances in Personality Assessment* (pp. 113-132). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Blanchard, J.J., y Brown, S.B. (1998). Structured diagnostic interview schedules (pp. 97-130). En C.R. Reynolds (ed.): *Assessment (A.S. Bellack y M. Hersen. Comprehensive Clinical Psychology, vol. 4)*. Amsterdam: Elsevier Science.

- Calafat, A., y Amengual, M. (1999). *Educación sobre el alcohol. Actuar es posible*. Madrid: Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Conde, V., y Franch, J.I. (1984). *Escala de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos ansiosos y depresivos*. Barcelona: Trébol.
- Corral, P., Echeburúa e Irureta, M. (2005). Perfil psicopatológico diferencial de las mujeres ludópatas: implicaciones para el tratamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 31, 539-556.
- Derogatis, L.R. (1975). *The SCL-90-R*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Echeburúa, E., y Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento de los trastornos de personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 585-614.
- Echeburúa, E., Bravo de Medina, R., y Aizpiri, J.J. (2005). Alcoholism and personality disorders: An exploratory study. *Alcohol and Alcoholism*, 4, 323-326.
- Echeburúa, E., Corral, P., y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P., Cenea, R., y Berasategui, T. (2006). Treatment of mixed anxiety-depression disorder: Long-term outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 95-101.
- Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (2004). Pathological gambling and personality disorders: An exploratory study with the IPDE. *Journal of Personality Disorders*, 18, 500-505.
- Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (2006). Juego patológico y trastornos de personalidad: un estudio-piloto con el MCMI-II. *Psicothema*, 18, 453-458.
- Fernández-Montalvo, J., Landa, N., López-Goñi, J.J., y Lorea, I. (2006). Personality disorders in alcoholics: A comparative pilot study between the IPDE and the MCMI-II. *Addictive Behaviors*, 31, 1442-1448.
- Feuerlein, W., Ringer, C.H., Küfner, H., y Antons, K. (1977). Diagnose der Alkoholismus. Der Münchner Alkoholismus Test (MALT). *Münch Med Wocheschr*, 119, 1275-1282.
- Gallant, D.M. (1990). The female alcohol abuser: Vulnerability to multiple organ damage. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 14, 260-260.
- García-Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A., Bousoño, M., y Bobes, J. (2006). *Banco de instrumentos para la práctica de la psiquiatría clínica (4ª edic.)*. Barcelona: Ars Médica.
- Gómez Moya, J. (2005). El alcoholismo femenino: una perspectiva profesional. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 72, 105-116.
- González de Rivera, J.L. (2002). *Versión española del SCL-90-R*. Madrid: TEA.
- Gual, A. (2006). Alcoholismo. En J. Vallejo (ed.): *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (6ª edic.)* (pp. 599-613). Barcelona: Elsevier-Masson.
- López-Ibor, J., Pérez Urdaniz, A., y Rubio, V. (1996). *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad; Módulo DSM-IV. Versión española*. Madrid: Organización Mundial de la Salud.
- Loranger, A.W. (1995). *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Llopis, J.J., y de Vicente, M.P. (2000). Diagnóstico del alcoholismo. En J. Cuevas y M. Sanchís (eds.): *Tratado de alcoholología* (pp. 99-113). Madrid: Nilo Industria Gráfica.
- Luengo, M.A., Carrillo de la Peña, M.T., y Otero, J.M. (1991). The components of impulsiveness: A comparison of the I.7 Impulsiveness Questionnaire and the Barratt Impulsiveness Scale. *Personality and Individual Differences*, 12, 657-667.
- McCrary, B., Rodríguez Villarino, R., y Otero-López, J.M. (1998). *Los problemas de bebida: un sistema de tratamiento paso a paso*. Madrid: Pirámide.
- Millon, T. (ed.) (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna (2ª edic.)*. Barcelona: Elsevier-Masson.
- Moral, M.V., Rodríguez Díaz, F.J., y Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18, 52-58.
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical Psychology Review*, 24, 981-1010.
- Pérez, J., y Torrubia, R. (1986). Fiabilidad y validez de la versión española de la escala de búsqueda de sensaciones (forma V). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 18, 7-22.
- Rodríguez-Martos, A., y Suárez, R. (1984). MALT: Validación de la versión española de este test para el diagnóstico del alcoholismo. *Revista de Psiquiatría y de Psicología Médica*, 16, 32-421.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 2, 303-318.
- Secades, R., y Fernández-Hermida, J.R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13, 365-380.
- Secades, R., y Fernández-Hermida, J.R. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. En M. Pérez, J.R. Fernández-Hermida, C. Fernández e I. Amigo (eds.): *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I* (pp. 107-132). Madrid: Pirámide.
- Segal, D.L., y Coolidge, F.L. (1998). Personality disorders (pp. 267-289). En B. Edelstein (ed.): *Clinical Geropsychology* (A.S. Bellack y M. Hersen. Comprehensive Clinical Psychology, vol. 7). Amsterdam: Elsevier Science.
- Spielberg, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (1970). *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto California: Consulting Psychologists Press.
- Spielberg, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) (3ª edic.)*. Madrid: TEA.
- Vázquez, C., y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10, 59-81.
- Zuckerman, M., Eysenck, S.B., y Eysenck, A.J. (1978). Sensation Seeking in England and American: Cross-cultural age and sex comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 139-149.