

Inflexibilidad psicológica y perfil psicopatológico en adictos a sustancias: Diferencias de sexo

Bartolomé Marín-Romero y Carmen García-Lecumberri

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid, España

Psychological inflexibility and psychopathological profile in substance addicts: Sex differences

Abstract: Psychological inflexibility is considered a risk factor in the development and maintenance of psychopathological disorders, including addictive disorders. This study aimed to evaluate the psychological inflexibility, psychopathological profile, and the relationship between them in 90 substance addicts (66 men, age range: 18-59 years, $M_{age} = 33.83$, $SD_{age} = 11.22$; 24 women, age range: 20-59 years, $M_{age} = 38.79$, $SD_{age} = 12.84$), who demanded assistance in an outpatient treatment center, being selected by order of application. Participants were assessed using DSM-5 criteria for substance use disorders, the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) to evaluate their psychopathological profile, and the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) to assess psychological inflexibility. A structured interview was also applied to collect sociodemographic data and those related to their previous history of substance use. Sex differences were found in the sociodemographic profile and previous history of consumption. Participants showed high levels of psychological inflexibility (varying depending on the drug) and psychopathological comorbidity, with women showing higher levels of inflexibility and greater severity and diversity of psychopathological symptoms. Higher levels of inflexibility were found in those patients who presented greater severity of psychopathological symptoms, especially among women, and were associated with a pattern of daily consumption. Interventions for addictive disorders with comorbidity could adopt a more personalized approach including factors that may help explain individual vulnerability, among others, psychological inflexibility, sex, and the substance that motivates the demand for assistance.

Keywords: Dual diagnosis; psychological inflexibility; psychopathology; addictions; sex.

Resumen: La inflexibilidad psicológica es considerada un factor de riesgo en el desarrollo y mantenimiento de trastornos psicopatológicos, incluidos los trastornos adictivos. Este estudio pretende evaluar el rasgo de inflexibilidad psicológica, el perfil psicopatológico y la relación entre ambos, en 90 adictos a sustancias (66 hombres, rango de edad: 18-59 años, $M_{edad} = 33.83$, $DT_{edad} = 11.22$; 24 mujeres, rango de edad: 20-59 años, $M_{edad} = 38.79$, $DT_{edad} = 12.84$), que solicitaron asistencia en un centro de tratamiento ambulatorio, siendo seleccionados siguiendo el orden de solicitud. Los participantes fueron evaluados mediante los criterios del DSM-5 para los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, el Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) para evaluar su perfil psicopatológico y el Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) para evaluar la inflexibilidad psicológica. Se aplicó igualmente una entrevista estructurada para recabar datos sociodemográficos y relativos a su historial previo de consumo de sustancias. Se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en el perfil sociodemográfico e historial previo de consumo. Los participantes mostraron niveles elevados de inflexibilidad psicológica (diferentes según la sustancia) y comorbilidad psicopatológica, presentando las mujeres niveles más elevados de inflexibilidad y mayor gravedad y diversidad de síntomas psicopatológicos. Se encontraron mayores niveles de inflexibilidad en aquellos pacientes que presentaron mayor gravedad de síntomas psicopatológicos, especialmente en mujeres, y estuvieron asociados a un patrón de consumo diario. Las intervenciones en trastornos adictivos con comorbilidad podrían ser más personalizadas, incluyendo aquellos factores que puedan contribuir a explicar la vulnerabilidad individual, entre otros, la inflexibilidad psicológica, el sexo y la sustancia que motiva la solicitud de asistencia.

Palabras clave: Patología dual; inflexibilidad psicológica; psicopatología; adicciones; sexo.

Recibido: 27 de marzo de 2023; aceptado: 4 de noviembre de 2023.

Correspondencia: Bartolomé Marín Romero, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), c/Juan del Rosal 10, 28040 Madrid, España. Correo-e: bmarin@cop.es

Introducción

El diagnóstico y tratamiento de la patología dual o comorbilidad de trastornos mentales y de trastornos adictivos (Szerman et al., 2022) es en la actualidad el aspecto que más interés y preocupación genera en el ámbito de las adicciones (Volkow et al., 2020). Estudios epidemiológicos y clínicos han puesto de manifiesto su elevada prevalencia y los costes sanitarios, económicos y sociales que éstos suponen, dado que los individuos que exhiben esta comorbilidad presentan un mayor número de admisiones en servicios de urgencias, mayores tasas de hospitalizaciones psiquiátricas y una mayor prevalencia de suicidio que aquellas sin trastornos mentales comórbidos (Torrens et al., 2017; Whiteford et al., 2015). Además, muestran más conductas de riesgo, que generan mayor problemática orgánica (i.e., infecciones), así como problemas sociales (i.e., mayores tasas de desempleo, falta de vivienda, etc.) y más comportamientos violentos y criminales (Torrens et al., 2017; Whiteford et al., 2015). Diversos estudios han comprobado que son los trastornos afectivos y de ansiedad los que presentan mayor comorbilidad en pacientes con trastornos por uso de sustancias. Su prevalencia depende del tipo de trastorno y de sustancia de abuso (i.e., en el caso del trastorno de pánico y de estrés postraumático puede alcanzar hasta el 35% y hasta un 48.5% en el caso del alcohol; Arias et al., 2013a; Gual, 2007; Torrens et al., 2017; Whiteford et al., 2015), aunque existen diferencias según el sexo. A nivel europeo, la depresión mayor es el trastorno más común entre los individuos que presentan patología dual, con una prevalencia que osciló entre el 12% y el 80%, siendo más frecuente en mujeres que en hombres (Torrens et al., 2017). Las mujeres tienden a presentar un aumento más rápido del consumo de sustancias que los hombres, un comienzo acelerado de trastornos derivados de su abuso, una progresión más rápida hasta el desarrollo de dependencia, son más susceptibles al *craving* y a las recaídas, y exhiben síntomas más intensos de abstinencia (Fonseca et al., 2021; Greenfield et al., 2010). A este respecto, un estudio llevado a cabo a nivel mundial sobre el peso que los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias representan respecto al total de trastornos de la salud, pone de manifiesto que son las mujeres las que presentan mayor prevalencia cuando nos referimos a la depresión mayor, trastorno bipolar y trastornos de ansiedad (Whiteford et al., 2015).

La presencia de trastornos duales ha sido asociada con un aumento en las admisiones de unidades de emergencias, hospitalizaciones psiquiátricas, mayor riesgo de recaída en el consumo de sustancias y mayor probabilidad de muertes prematuras y de suicidios (Volkow et al., 2020). Además, los pacientes con trastornos comórbidos

presentan un mayor riesgo de cronicidad, su tratamiento es más costoso y difícil, y sus posibilidades de recuperación son más limitadas, con un mal pronóstico si no se abordan de forma integrada, lo que supone un importante desafío en el ámbito social, legal y sanitario (Torrens et al., 2017). La elevada prevalencia de comorbilidad de estos trastornos ha llevado a que algunos autores planteen la existencia de un sustrato común a todos ellos, casi siempre desde una perspectiva biológica (Ochoa et al., 2010; Szerman, Haro, et al., 2011), aunque también han surgido modelos explicativos derivados de las teorías del aprendizaje (Luciano et al., 2001). Estos elementos comunes o transdiagnósticos, que serían compartidos por diferentes trastornos psicopatológicos (Levin et al., 2014; Sandín et al., 2012), no han recibido excesiva atención desde la psicología clínica, debido sobre todo al predominio de los manuales diagnósticos DSM o CIE surgidos de la práctica médica, lo que ha contribuido a crear una cierta confusión en cuanto a la etiología e intervención psicológica se refiere (Hayes et al., 1996). Esta nueva concepción basada en una aproximación dimensional transdiagnóstica ha sido impulsada por el Proyecto del National Institute of Mental Health (NIMH) de EEUU al proponer los Research Domain Criteria (RDoC; Insel et al., 2010). Estos criterios plantean la necesidad de adoptar un nuevo marco de referencia para clasificar los trastornos mentales, haciendo un llamamiento para desarrollar investigaciones en este ámbito que contribuyan a lograr una mayor precisión en el diagnóstico y a definir la eficacia y resultados de las intervenciones a nivel clínico, identificando los mecanismos comunes a diversos trastornos psiquiátricos (Yager y Feinstein, 2017). Esta aproximación transdiagnóstica ha sido adoptada también recientemente como contexto de estudio de los trastornos adictivos, tanto en el ámbito clínico (Narayanan y Naaz, 2018; Yücel et al., 2019) como a nivel experimental utilizando modelos animales (Lamontagne y Olmstead, 2019), constituyendo un nuevo marco de referencia que supone un cierto alejamiento, aunque no exclusión, de los enfoques basados en categorías diagnósticas estancas. Este nuevo planteamiento promueve una mejor comprensión de la relación entre los posibles factores de riesgo y el desarrollo de trastornos del comportamiento, incluidos los trastornos adictivos (Belloch, 2012; Malicki y Ostaszewski, 2014) y posibilita la superación de uno de los problemas actuales relativos a la organización de la atención en patología dual, la imposibilidad de aplicar tratamientos integrales.

Se han planteado diversos factores transdiagnósticos para un amplio rango de trastornos psicopatológicos (Gloster et al., 2011; Leyro et al., 2010) y más recientemente los RDoC del NIMH en el ámbito de los trastor-

nos adictivos (Yücel et al., 2019). En este contexto se ha propuesto también a la inflexibilidad psicológica como un posible factor transdiagnóstico en patología dual (Levin et al., 2014), entendiendo dicha inflexibilidad como la incapacidad de guiar la conducta en función de las contingencias, dejando que el papel regulador de la conducta que éstas deberían desempeñar sea llevado a cabo por eventos privados aversivos (pensamientos, sentimientos, emociones y/o sensaciones; Hayes et al., 2006). En consecuencia, la conducta estaría más dirigida a la eliminación o atenuación de dichos eventos privados, lo que supone importantes limitaciones en la vida diaria (Levin et al., 2012; López, 2014). Por el contrario, la flexibilidad psicológica sería la capacidad para contactar con el momento presente y persistir en la conducta o en el cambio conductual poniendo este cambio al servicio de los valores elegidos (Wolgast, 2014). La flexibilidad psicológica es considerada como un factor general de protección de la salud mental, transversal a diferentes contextos y poblaciones (Berrocal Montiel et al., 2016). Desde esta perspectiva, la inflexibilidad psicológica en el ámbito de los trastornos mentales debe interesar más por sus aspectos funcionales y no tanto por los topográficos, abordándose como un elemento común a los distintos trastornos comórbidos en pacientes con patología dual (Luciano et al., 2010).

La inflexibilidad psicológica es un concepto clave en el modelo de psicopatología propuesto por la terapia de aceptación y compromiso (ACT; Hayes et al., 1999) y es considerada un factor de riesgo de desarrollo y exacerbación de distrés psicológico (Hayes et al., 2006; Levin et al., 2012; Smout, 2012), desempeñando un papel perjudicial en el desarrollo y mantenimiento de trastornos psicopatológicos (Chawla y Ostafin, 2007; Ruiz, 2010). En el mismo sentido, se ha propuesto a la inflexibilidad psicológica como un factor asociado al mantenimiento del consumo de sustancias adictivas (Hayes et al., 1996; Luciano et al., 2010), que puede dificultar el abandono de su consumo si no se cuenta con la ayuda profesional adecuada (Marín et al., 2017). La principal característica de la inflexibilidad psicológica es su eficacia a corto plazo en cuanto que consigue el efecto deseado (la eliminación de determinados eventos internos) de manera inmediata, si bien a largo plazo pueden darse resultados paradójicos al acentuar o incrementar la frecuencia de las respuestas de evitación, actuando así bajo un paradigma de reforzamiento negativo (Malicki y Ostaszewski, 2014). De hecho, se ha planteado que en los trastornos adictivos podría existir un desequilibrio entre los hábitos establecidos y las conductas dirigidas hacia objetivos, en el que primarían los hábitos, más resistentes a los cambios en las contingencias ambientales, en detri-

mento de las conductas dirigidas hacia objetivos concretos (Vandaele y Janak, 2018).

Se han encontrado correlaciones positivas entre inflexibilidad psicológica y síntomas de ansiedad en población general, tanto en hombres como en mujeres, y entre inflexibilidad y uso abusivo de redes sociales, aunque solo en mujeres (García-Montes et al., 2022). La inflexibilidad psicológica explica también una gran parte de la varianza de las puntuaciones obtenidas en ansiedad y depresión en individuos que presentan comorbilidad con psicosis (White et al., 2013). En una muestra de estudiantes, la inflexibilidad psicológica fue más elevada en aquellos que presentaban comorbilidad de trastornos depresivos, de ansiedad y por abuso de sustancias, en comparación con quienes solo presentaban uno de estos trastornos, siendo en este caso los que mostraban trastornos de ansiedad y depresión los que manifestaban mayor inflexibilidad psicológica (Levin et al., 2014). También en una muestra de estudiantes, los niveles elevados de inflexibilidad psicológica fueron predictivos de la motivación por la bebida (Stewart et al., 2002) y de la presencia de trastornos depresivos, de adicción a Internet y de riesgo de suicidio un año después (Chou et al., 2018). Una elevada inflexibilidad psicológica fue también un factor predictivo de la presencia de síntomas compulsivos en pacientes con comportamientos obsesivo-compulsivos y en individuos alcohólicos (Albertella et al., 2020), de las recaídas en el consumo de alcohol (Westrup, 1999) y de la presencia de otros trastornos adictivos en personas que solicitaron tratamiento por problemas relacionados con el alcohol (Cavicchioli et al., 2022). Igualmente, se encontraron niveles elevados de inflexibilidad psicológica en una muestra de militares veteranos diagnosticados de trastorno de estrés posttraumático y problemas por abuso de alcohol que demandaron asistencia, mediando este factor la asociación entre todos los aspectos relacionados con el trauma y la severidad del trastorno (Kachadourian et al., 2021). De forma similar, otros estudios en los que se evaluó la flexibilidad psicológica en vez de la inflexibilidad han encontrado una correlación negativa entre flexibilidad psicológica y síntomas de ansiedad y depresión en una muestra de población reclutada por sus niveles leves-moderados de ansiedad y depresión, en la que el 69.7% eran mujeres (Fledderus et al., 2012), siendo una flexibilidad psicológica deficiente también un factor predictivo de mayores problemas relacionados con el juego (Riley, 2014). Se ha comprobado también una menor flexibilidad psicológica en pacientes con trastornos de pánico y agorafobia que demandaron asistencia respecto a un grupo control (mayoría de mujeres en ambos casos: 76.4% y 61.7%, respectivamente), encontrándose una correla-

ción negativa con diversos síntomas psicopatológicos, especialmente depresivos (Gloster et al., 2011).

La relación entre inflexibilidad psicológica y sintomatología psicopatológica en trastornos por uso de sustancias podría ser un elemento a considerar de cara a la elaboración de estrategias de tratamiento de esta comorbilidad. De ser considerada la inflexibilidad psicológica un factor transdiagnóstico, se podrían diseñar intervenciones psicoterapéuticas que tuvieran como diana dicho factor, promoviendo repertorios flexibles de comportamiento y evitando por otra parte los inconvenientes del sobrediagnóstico (Frances, 2014). Al ser la inflexibilidad psicológica un rasgo de fácil evaluación y constituir la diana de estrategias terapéuticas bien establecidas, como la ACT, con un enfoque esencialmente transdiagnóstico (Levin et al., 2014), su consideración como factor transdiagnóstico podría ayudar a replantear los objetivos de intervención y facilitar la labor diagnóstica en las unidades de atención a las adicciones, dadas las dificultades actualmente existentes en el tratamiento de la comorbilidad (Beaulieu et al., 2012). Si bien, ello no debe ser un motivo de exclusión de otras posibles variables que puedan influir en el riesgo de desarrollar un trastorno adictivo (Cócola, 2022; Cornellà-Font et al., 2018).

No obstante, de cara a la implementación de la inflexibilidad psicológica como un factor a considerar en la intervención terapéutica, faltan estudios que hayan profundizado con suficiente detalle en el papel de la inflexibilidad psicológica en pacientes que presentan comorbilidad de síntomas psicopatológicos y trastornos por uso de sustancias, y más aún teniendo en cuenta el sexo, a pesar de que en población general las mujeres parecen presentar mayores niveles de inflexibilidad psicológica que los hombres (Ruiz et al., 2013; Sánchez-Puertas et al., 2022). Aunque algunos trabajos en los que se ha evaluado este rasgo han incluido hombres y mujeres, sin embargo, no han informado de posibles diferencias según el sexo y cómo podría influir este rasgo en la carga psicopatológica asociada al consumo de drogas en hombres y mujeres, considerados de forma independiente (A-Tjak et al., 2015; Fledderus et al., 2012; Levin et al., 2014). Por tanto, el objetivo principal de este trabajo ha sido profundizar en el estudio de la relación entre inflexibilidad psicológica y síntomas psicopatológicos en una muestra de participantes que demandan asistencia por problemas derivados del abuso de sustancias, teniendo en cuenta el sexo. Basándonos en la literatura previa, las principales hipótesis de este trabajo fueron que existirían diferencias entre hombres y mujeres en el perfil sociodemográfico, historial previo de consumo, perfil psicopatológico e inflexibilidad psicológica. Concretamente, se esperaba que las mujeres mostraran una edad

media superior a la de los hombres, un historial más agravado de consumo previo, mayor gravedad de síntomas psicopatológicos y mayor inflexibilidad psicológica, y que se encontraría una correlación positiva entre la gravedad de estos síntomas y la inflexibilidad psicológica.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 90 participantes (66 hombres, rango de edad: 18-59 años, $M_{\text{edad}} = 33.83$, $DT_{\text{edad}} = 11.22$; 24 mujeres, rango de edad: 20-59 años, $M_{\text{edad}} = 38.79$, $DT_{\text{edad}} = 12.84$ años) que habían solicitado ser tratados en uno de los Centros de Tratamiento Ambulatorio para las Drogodependencias de la Red Pública de Atención de la provincia de Córdoba (Servicio Andaluz de Salud). Los participantes debían cumplir los siguientes criterios: a) ser mayor de 18 años; b) cumplir al menos tres criterios de los establecidos en el DSM-5 para el diagnóstico de trastorno relacionado con el consumo de sustancias; c) no llevar más de un mes abstinentes y no estar bajo los efectos de un consumo reciente, entendiéndose como tal permanecer, al menos 72 horas, sin consumir sustancias con efectos psicofarmacológicos, salvo que fuera por prescripción médica. Se realizaron controles de orina para comprobar que efectivamente se cumplía con el estado de abstinencia.

Instrumentos

Entrevista estructurada del Sistema Informático PASDA (Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones) para la obtención de información relacionada con los datos sociodemográficos, sustancia por la que se demanda atención, así como el perfil y el historial de consumo, entre otros.

Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1983; versión en español de González de Rivera et al., 2002). Es un instrumento de detección y evaluación de síntomas psicopatológicos, muy utilizado en investigación (Rodríguez-Sáez y Salgado-Ruiz, 2019), que proporciona información sobre el grado de malestar psicológico presente (distress) que experimenta una persona. Consiste en un cuestionario autoaplicado compuesto por 90 ítems, cada uno de los cuales describe una alteración psicopatológica o psicosomática concreta con diferentes niveles de gravedad, de modo que el sujeto debe indicar en qué medida le han perturbado o molestado cada uno de esos problemas durante el periodo comprendido entre el día de la evaluación y la semana inmediatamente anterior. La intensidad del sufrimiento causado

por cada síntoma se gradúa en una escala tipo Likert que va desde 0 a 4, siendo 0 equivalente a “nada en absoluto”, 1 a “un poco”, 2 a “moderadamente”, 3 a “bastante” y 4 a “mucho o extremadamente”. Proporciona información sobre las siguientes nueve dimensiones clínicas: somatización (SOM), obsesión-compulsión (OBS), sensibilidad interpersonal (INT), depresión (DEP), ansiedad (ANS), hostilidad (HOS), ansiedad fóbica (FOB), ideación paranoide (PAR) y psicoticismo (PSI). Se incluye también una escala adicional que recoge una miscelánea de síntomas que no se encuadran en ninguna de las diferentes subescalas o dimensiones debido a su bajo peso factorial. Esta escala no dispone de baremos de referencia ni en población general ni en población psiquiátrica, como sí sucede en las nueve dimensiones citadas. Su inclusión se debe a la relevancia clínica de los síntomas que la componen, i.e., trastornos del sueño y del apetito, ideas sobre la muerte o el hecho de morir y sentimientos de culpabilidad. Presenta igualmente la siguiente serie de índices: Índice Global de Severidad (GSI-Global Severity Index), que es una medida de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicósomático global; Total de Síntomas Positivos (PST-Positive Symptom Total), que contabiliza el número total de síntomas presentes, es decir, la amplitud y diversidad de la psicopatología y, por último, el Índice de Malestar de Síntomas Positivos (PSDI-Positive Symptom Distress Index), que relaciona el sufrimiento (distress) global con el número de síntomas siendo, por tanto, un indicador de la intensidad sintomática media. La versión española muestra buena consistencia interna y validez convergente, siendo los valores de alfa de Cronbach encontrados en la muestra clínica psiquiátrica española semejantes a los descritos por Derogatis, con valores entre .81 y .90 para los distintos ítems que componen cada dimensión (González de Rivera et al., 2002).

Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II; Bond et al., 2011; versión en español de Ruiz et al., 2013). Este cuestionario ha sido elaborado tomando como marco la terapia de aceptación y compromiso (Hayes et al., 1999). Se trata de una medida general de inflexibilidad psicológica autoaplicada y consistente en un cuestionario de 7 ítems que describen la relación del individuo con sus propios eventos privados (pensamientos, sentimientos, emociones, etc., por ejemplo, “tengo miedo de mis sentimientos”). Se responde según una escala tipo Likert (1 = “nunca es verdad”; 2 = “muy raramente es verdad”; 3 = “raramente es verdad”; 4 = “a veces es verdad”; 5 = “frecuentemente es verdad”; 6 = “casi siempre es verdad”; 7 = “siempre es verdad”). La obtención de puntuaciones bajas en el cuestionario indicaría baja inflexibilidad psicológica, mientras que las

puntuaciones altas mostrarían elevada inflexibilidad, primando conductas dirigidas a la eliminación o atenuación de eventos privados aversivos. La versión española presenta una buena consistencia interna, validez de constructo, validez discriminativa y externa contrastadas, con un alfa de Cronbach de .89 (Ruiz et al., 2013).

Procedimiento

Los participantes fueron seleccionados por muestreo consecutivo siguiendo el orden de solicitud de atención en la unidad y evaluados individualmente durante dos sesiones, aproximadamente de 30 minutos cada una, que tuvieron lugar en el mismo día, con un intervalo de 2 a 3 horas. En la primera sesión se les informó del objetivo del estudio y el psicólogo clínico de la unidad, el coautor del presente artículo B. M.-R., evaluó si cumplían los criterios diagnósticos del DSM-5 para los trastornos por consumo de sustancias (American Psychiatric Association, 2014). Se seleccionó a los participantes que cumplieran como mínimo tres de los criterios requeridos para cada sustancia, tal como establece el DSM-5, siendo lo más frecuente que los pacientes refieran tolerancia a la sustancia, mayor consumo del deseado o pérdida de control en cuanto al consumo. En esta primera sesión se aplicó también el AAQ-II y se les pidió el consentimiento informado, avisándoles de que su participación era voluntaria y que podrían negarse a la utilización de sus datos si lo consideraban oportuno. En una segunda sesión se aplicó el SCL-90-R, llevándose también a cabo una valoración médica. El estudio contó con la autorización del Centro de Tratamiento Ambulatorio para las Drogodependencias de la Red Pública de Atención de la provincia de Córdoba.

Análisis estadístico

Se realizaron análisis descriptivos y de frecuencias para el estudio de las variables cuantitativas (edad y años de consumo de la sustancia por la que se demandó asistencia) y categóricas (resto de variables sociodemográficas e historial previo relacionado con el consumo de sustancias), respectivamente. El perfil psicopatológico de la muestra de estudio, obtenido mediante el SCL-90-R, se comparó con las puntuaciones normativas mediante una prueba *t* de Student para una muestra, tomando como referencia los baremos del cuestionario relativos a población general y a población psiquiátrica, considerando la muestra en su conjunto y separadamente según el sexo (Derogatis, 2002). Se analizó también el grado de relación existente entre sí de las dimensiones e índices del SCL-90-R mediante la correlación de Pear-

son o de Spearman, según el ajuste de la variable a la distribución normal, teniendo en cuenta igualmente la muestra en su conjunto y según el sexo. Las puntuaciones en inflexibilidad psicológica (AAQ-II) de la muestra de estudio se compararon con los datos normativos referidos a población psiquiátrica y población general incluidos en el informe de validación del cuestionario (Ruiz et al., 2013) mediante una prueba *t* de Student para una muestra. Las posibles diferencias de sexo relativas a la edad, años de consumo, perfil psicopatológico e inflexibilidad psicológica se analizaron mediante la prueba *t* de Student para muestras independientes.

En un análisis más detallado para comprobar si el tipo de sustancia que motivaba la demanda de asistencia podía afectar de forma diferencial a la inflexibilidad psicológica y al perfil psicopatológico, y dada la disparidad existente entre tamaños muestrales, se utilizó estadística no paramétrica, aplicando en primer lugar el test de Kruskal-Wallis y, posteriormente, la *U* de Mann-Whitney para comparar los diferentes grupos entre sí, utilizando la corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples. Además, las puntuaciones en inflexibilidad según el tipo de sustancia se compararon con los valores de referencia de la población general (Ruiz et al., 2013) mediante el test de Kolmogorov-Smirnov.

La relación entre la inflexibilidad psicológica y el perfil psicopatológico se analizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson o de Spearman, según el ajuste a la distribución normal, considerando la

muestra en su totalidad y separadamente según el sexo. Estas mismas pruebas se aplicaron también para comprobar si existía una posible relación de los años de consumo con la inflexibilidad psicológica y el perfil psicopatológico.

Los resultados se consideraron estadísticamente significativos si $p \leq .05$, comentando únicamente en algunos casos las tendencias a la significación cuando $.05 < p \leq .10$ (Keppel, 1982). El análisis de datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 27.0.

Resultados

Diferencias de sexo en el perfil sociodemográfico e historial previo relacionado con el consumo de sustancias de los pacientes que solicitaron asistencia

El 73.3% de la muestra fueron hombres y el resto mujeres (26.7%; ver Tabla 1), mostrando estas últimas una tendencia a una edad ligeramente superior en comparación con ellos ($M = 38.79$, $DT = 12.84$, frente a $M = 33.83$, $DT = 11.22$; $t = -1.78$, $gl = 88$, $p = .078$). Respecto al resto de características sociodemográficas, el perfil de los hombres fue preferentemente solteros (45.5%) o casados/con pareja (42.4%), en gran parte parados (57.6%) y principalmente con estudios de primaria/secundaria incompletos (47%) o secundaria completos (40.9%), mientras que las mujeres fueron preferente-

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra de estudio, considerada en conjunto y según el sexo

	Total (<i>n</i> = 90)	Hombres (<i>n</i> = 66)	Mujeres (<i>n</i> = 24)
Edad (años) <i>M</i> (<i>DT</i>)	35.16 (11.81)	33.83 (11.22)	38.79 (12.84)
Estado civil			
Soltero	35 (38.9%)	30 (45.5%)	5 (20.8%)
Casado/pareja	38 (42.2%)	28 (42.4%)	10 (41.7%)
Separado	16 (17.8%)	8 (12.1%)	8 (33.3%)
Viudo	1 (1.1%)	0 (0.0%)	1 (4.2%)
Situación laboral			
Parado	50 (55.6%)	38 (57.6%)	12 (50.0%)
Autónomo	16 (17.8%)	14 (21.2%)	2 (8.3%)
Por cuenta ajena	11 (12.2%)	7 (10.6%)	4 (16.7%)
Pensionista	7 (7.8%)	3 (4.5%)	4 (16.7%)
Estudiante	6 (6.7%)	4 (6.1%)	2 (8.3%)
Nivel de estudios			
Primaria	18 (20.0%)	16 (24.2%)	2 (8.3%)
Secundaria incompleta	20 (22.2%)	15 (22.8%)	5 (20.8%)
Secundaria completa	34 (37.8%)	27 (40.9%)	7 (29.3%)
Bachiller o equivalente	14 (15.6%)	6 (9.1%)	8 (33.3%)
Grado o superior	4 (4.4%)	2 (3%)	2 (8.3%)

mente casadas/con pareja (41.7%) o separadas (33.3%), en paro (50%) y con un nivel de estudios de secundaria completa (29.3%) o de bachiller o equivalente (33.3%), indicando, a nivel descriptivo, un mayor nivel de formación respecto a los hombres.

En cuanto al historial relacionado con el consumo de sustancias previo a la demanda de asistencia en nuestra unidad (ver Tabla 2), si nos atenemos a los datos globales, es el alcohol la principal sustancia por la que se demandó asistencia (41.1%), en segundo lugar, los pro-

blemas relacionados con el consumo de cannabis (25.6%), seguido muy de cerca por los derivados del consumo de cocaína (22.2%) y con menor representación los debidos al consumo de benzodiazepinas (10%) y anfetaminas (1.1%). No obstante, el perfil de consumo, a nivel descriptivo, difiere según el sexo, situándose en primer lugar, tanto en hombres como en mujeres, la demanda por problemas relacionados con el alcohol (40.9% y 41.7%, respectivamente). En segundo lugar, los hombres demandaron una mayor y similar atención

Tabla 2. Historial relacionado con el consumo de sustancias previo a la demanda de asistencia

	Total (n = 90)	Hombres (n = 66)	Mujeres (n = 24)
Sustancia por la que se demanda tratamiento			
Alcohol	37 (41.1%)	27 (40.9%)	10 (41.7%)
Cannabis	23 (25.6%)	18 (27.3%)	5 (20.8%)
Cocaína	20 (22.2%)	18 (27.3%)	2 (8.3%)
Anfetaminas	1 (1.1%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)
Benzodiazepinas	9 (10.0%)	2 (3.0%)	7 (29.2%)
Periodo de consumo (años; <i>M</i> ± <i>DT</i>)	17.26 ± 11.67	16.98 ± 11.12	18.02 ± 13.29
Frecuencia de consumo			
Diaria	60 (66.7%)	40 (60.6%)	20 (83.3%)
3-4 veces por semana	15 (16.7%)	13 (19.7%)	2 (8.3%)
2 veces por semana	8 (8.9%)	7 (10.6%)	1 (4.2%)
1 vez por semana	1 (1.1%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)
Varias veces al mes	6 (6.7%)	5 (7.6%)	1 (4.2%)
Último consumo			
Menos de una semana	60 (66.7%)	42 (63.6%)	18 (75.0%)
Menos de 15 días	18 (20.0%)	13 (19.7%)	5 (20.8%)
Menos de 20 días	4 (4.4%)	4 (6.1%)	0 (0.0%)
Menos de un mes	8 (8.9%)	7 (10.6%)	1 (4.2%)
Policonsumo			
Sí	12 (13.3%)	1 (16.7%)	1 (4.2%)
No	78 (86.7%)	55 (83.3%)	23 (95.8%)
Períodos de abstinencia (igual o más de 6 meses)			
Sí	29 (32.2%)	23 (34.8%)	6 (25.0%)
No	61 (67.8%)	43 (65.2%)	18 (75.0%)
Ayuda profesional previa			
No	46 (51.1%)	31 (47.0%)	15 (62.5%)
Sí	44 (48.9%)	35 (53.0%)	9 (37.5%)
Psicoterapéutica	5 (11.4%)	5 (14.3%)	0 (0.0%)
Farmacológica	29 (65.9%)	22 (62.9%)	7 (77.8%)
Psicoterapéutica/farmacológica	9 (20.4%)	7 (20.0%)	2 (22.2%)
Otros	1 (2.3%)	1 (2.8%)	0 (0.0%)
Fármacos actuales			
Benzodiazepinas	12 (13.3%)	6 (9.1%)	6 (25.0%)
Benzodiazepinas + antidepresivos	4 (4.4%)	3 (4.5%)	1 (4.2%)
Interdictores	15 (16.7%)	12 (18.2%)	3 (12.5%)
Anticraving	1 (12.2%)	7 (10.6%)	4 (16.7%)
Antidepresivos	1 (1.1%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)
Antidepresivos + anticraving	1 (1.1%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)
Antipsicóticos	1 (1.1%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)
Metilfenidato	1 (1.1%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)
Ninguno	44 (48.9%)	34 (51.5%)	10 (41.7%)

por problemas derivados del consumo de cannabis (27.3%) y de cocaína (27.3%). Sin embargo, coincidiendo con los datos epidemiológicos publicados por la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía (2016, 2018) las sustancias con un consumo superior en mujeres y por las que demandaron asistencia en segundo lugar en la unidad, fueron las benzodiazepinas (29.2%), seguidas en tercer lugar por el cannabis (20.8%).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en los años de consumo ($t = 3.71$, $gl = 88$, $p = .712$, $M_{\text{hombres}} = 16.98$, $DT_{\text{hombres}} = 11.12$, $M_{\text{mujeres}} = 18.02$, $DT_{\text{mujeres}} = 13.29$). La frecuencia de consumo presenta mayoritariamente un patrón diario en ambos sexos, siendo, a nivel descriptivo, mucho más acusado en mujeres (83.3%, frente al 60.6% en hombres). El tiempo de abstinencia transcurrido hasta el momento en que solicitaron asistencia en la unidad es en la mayor parte de los casos de menos de una semana, siendo, a nivel descriptivo, superior el porcentaje de mujeres en esta situación (75%, frente al 63.6% en hombres). En ambos sexos se da igualmente un porcentaje muy elevado de consumo de una única sustancia, si bien en el caso de los hombres, a nivel descriptivo, el policonsumo es más elevado (16.7%, frente al 4.2% en mujeres). Los datos referidos a los períodos de abstinencia previos a la demanda de asistencia indican que en ambos sexos un elevado porcentaje de participantes no ha estado abstinentes más de 6 meses seguidos, siendo nuevamente este porcentaje mayor en mujeres a nivel descriptivo (75% frente al 65.2% en hombres). A nivel descriptivo, fue también mayor el porcentaje de mujeres que no habían recibido ayuda profesional previa, solicitando ser atendidas por primera vez en nuestra unidad por problemas derivados del consumo de sustancias (62.5%, frente al 47% de los hombres). El tipo mayoritario de intervención previa fue farmacológica (en el 62.9% de los hombres y el 77.8% de las mujeres), seguido de una intervención combinada psicoterapéutica y farmacológica (en el 20% de los hombres y el 22.2% de las mujeres), aparentemente sin una resolución clara de su situación clínica, dada la nueva solicitud de intervención en nuestra unidad. Llama la atención el hecho de que solo en el 31.8% de los participantes que recibieron atención profesional previa se llevó a cabo una intervención psicoterapéutica sola o combinada con psicofármacos (el 34.3% de los hombres y el 22.2% de las mujeres). En el momento en que se realizó el estudio, el 48.9% de los participantes no consumía ningún psicofármaco (el 51.5% de los hombres y el 41.7% de las mujeres), los interdictores fueron los más prescritos en hombres (18.2%), mientras que las benzodiazepinas solas o com-

binadas con antidepresivos fueron los más consumidos en mujeres (29.2%) a nivel descriptivo.

Diferencias según el sexo y la sustancia que motivó la demanda de asistencia en el perfil psicopatológico de los pacientes que presentan trastornos por consumo de sustancias

En la Tabla 3 se incluyen las puntuaciones obtenidas por los participantes en las variables evaluadas mediante el SCL-90-R, así como las puntuaciones normativas de referencia (Derogatis, 2002). Las puntuaciones obtenidas fueron significativamente superiores en todas las dimensiones e índices del SCL-90-R comparadas con las de la población general ($p \leq .01$), indicando la presencia de una gran diversidad de síntomas psicopatológicos en quienes demandaron asistencia. Cuando se comparó este perfil psicopatológico con el de la población psiquiátrica de referencia, no se encontraron diferencias significativas en las dimensiones obsesión-compulsión, depresión, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo y total de síntomas positivos, indicando una intensidad similar de síntomas. Se obtuvieron puntuaciones significativamente inferiores en somatización, sensibilidad interpersonal, ansiedad, índice global de severidad e índice de malestar de síntomas positivos ($p \leq .01$, excepto índice global de severidad: $p \leq .05$), indicando que, en estos casos, la intensidad de síntomas no alcanzó los valores observados en población psiquiátrica, aunque se situaron cerca de ellos.

Cuando se analizó el perfil psicopatológico en hombres y mujeres por separado, se obtuvieron puntuaciones significativamente superiores a su población general de referencia en todas las dimensiones e índices del SCL-90-R ($p \leq .01$, excepto PSDI en hombres: $p \leq .05$), encontrándose diferencias según el sexo (Tabla 4). Las mujeres mostraron en general puntuaciones más elevadas que los hombres, aunque estas diferencias solo fueron estadísticamente significativas en las dimensiones somatización ($p \leq .01$), obsesión-compulsión ($p \leq .05$), sensibilidad interpersonal ($p \leq .05$), depresión ($p \leq .01$), ansiedad ($p \leq .05$) y psicoticismo ($p \leq .05$). Las mujeres mostraron igualmente puntuaciones significativamente superiores en los índices GSI ($p \leq .01$), PST ($p \leq .05$) y PSDI ($p \leq .05$), evidenciando un mayor grado de sufrimiento psíquico y psicosomático, y una mayor presencia y diversidad de síntomas psicopatológicos, siendo en consecuencia, más elevada la intensidad sintomática media. Respecto a la escala adicional, al no existir datos normativos, sólo pudieron analizarse las diferencias según el sexo, obteniendo nuevamente las mujeres puntuaciones significativamente más elevadas

Tabla 3. Perfil psicopatológico (SCL-90-R) de la muestra de estudio comparado con datos normativos referidos a población psiquiátrica y población general

	Muestra de estudio	Población general	Población psiquiátrica	Muestra de estudio vs. población general	Muestra de estudio vs. población psiquiátrica
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>t</i>	<i>t</i>
SCL-90-R					
Somatización	1.21 (0.83)	0.55 (0.55)	1.67 (1.03)	7.52**	-5.22**
Obsesión-compulsión	1.49 (0.90)	0.60 (0.51)	1.42 (0.99)	9.36**	0.79
Sensibilidad-interpersonal	1.37 (0.98)	0.45 (0.44)	1.89 (0.99)	8.92**	-4.30**
Depresión	1.55 (0.95)	0.72 (0.55)	1.61 (1.03)	8.31**	-0.50
Ansiedad	1.29 (0.92)	0.52 (0.49)	1.64 (0.97)	7.90**	-3.57**
Hostilidad	1.11 (0.99)	0.45 (0.53)	1.18 (1.04)	6.36**	-0.58
Ansiedad fóbica	0.85 (0.95)	0.25 (0.36)	1.04 (1.05)	6.02**	-1.86
Ideación paranoide	1.40 (0.95)	0.47 (0.50)	1.33 (1.03)	9.29**	0.72
Psicoticismo	1.07 (0.87)	0.21 (0.30)	1.03 (0.91)	9.39**	0.49
Escala adicional	1.60 (0.95)	No hay baremo	No hay baremo		
GSI	1.32 (0.81)	0.51 (0.36)	1.49 (0.84)	9.38**	-2.00*
PST	55.77 (22.02)	25.30 (14.30)	52.73 (20.03)	13.12**	1.31
PSDI	1.97 (0.70)	1.75 (0.48)	2.39 (0.69)	3.01**	-5.55**

Nota. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; SCL-90-R = Symptom Checklist-90-Revised; GSI = Índice Global de Severidad; PST = Total de Síntomas Positivos; PSDI = Índice de Malestar de Síntomas Positivos.

Tabla 4. Diferencias según el sexo en el perfil psicopatológico (SCL-90-R) y comparación con su población general de referencia

	Muestra de estudio Hombres	Población general Hombres	Muestra de estudio Mujeres	Población general Mujeres
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>
SCL-90-R				
Somatización	1.02 (0.70)&&	0.39 (0.43)	1.71 (0.95)**&&	0.70 (0.61)
Obsesión-compulsión	1.36 (0.87)&&	0.56 (0.45)	1.85 (0.92)**&&	0.63 (0.55)
Sensibilidad-interpersonal	1.23 (0.96)&&	0.43 (0.39)	1.78 (0.96)**&&	0.48 (0.47)
Depresión	1.37 (0.87)&&	0.59 (0.45)	2.06 (1.02)**&&	0.84 (0.61)
Ansiedad	1.16 (0.85)&&	0.44 (0.41)	1.63 (1.04)**&&	0.59 (0.54)
Hostilidad	0.97 (0.83)&&	0.42 (0.48)	1.51 (1.28)&&	0.48 (0.58)
Ansiedad fóbica	0.75 (0.84)&&	0.19 (0.26)	1.12 (1.16)&&	0.30 (0.42)
Ideación paranoide	1.33 (0.89)&&	0.48 (0.47)	1.57 (1.08)&&	0.46 (0.53)
Psicoticismo	0.95 (0.82)&&	0.21 (0.28)	1.41 (0.93)**&&	0.22 (0.32)
Escala adicional	1.44 (0.94)	No hay baremo	2.04 (0.82)**	No hay baremo
GSI	1.17 (0.73)&&	0.44 (0.30)	1.71 (0.90)**&&	0.57 (0.40)
PST	52.68 (21.55)&&	22.90 (13.30)	64.25 (21.49)**&&	27.40 (14.80)
PSDI	1.86 (0.66)*	1.67 (0.47)	2.26 (0.76)**&&	1.80 (0.40)

Nota. * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, diferencias según el sexo en la muestra de estudio; & $p \leq .05$, && $p \leq .01$, diferencias según el sexo respecto a la media normativa de su población general de referencia; SCL-90-R = Symptom Checklist-90-Revised; GSI = Índice Global de Severidad; PST = Total de Síntomas Positivos; PSDI = Índice de Malestar de Síntomas Positivos.

que los hombres ($p \leq .01$), lo que denota la presencia en ellas de síntomas también más intensos relacionados con trastornos del apetito, del sueño, ideas sobre la muerte y sentimientos de culpabilidad. Todas las correlaciones de las dimensiones e índices del SCL-90-R entre sí fueron significativamente positivas ($p \leq .01$), considerando tanto las puntuaciones de la muestra total como por sexos y situándose entre las correlaciones más elevadas ($> .9$), tanto en hombres como en mujeres, las obtenidas entre GSI y depresión, GSI y ansiedad, y GSI y psicoticismo, y en las mujeres, también entre GSI y somatización. Estos datos parecen indicar que en nuestro estudio el GSI está más estrechamente relacionado con los síntomas recogidos en estas dimensiones. En las mujeres se evidenció una relación estadísticamente significativa más estrecha entre la dimensión ansiedad y prácticamente el resto de dimensiones del SCL-90-R (entre .8 y .9), mientras que los hombres mostraron correlaciones también significativas aunque inferiores ($\leq .8$).

Se encontró también un efecto significativo del tipo de sustancia por la que se demandó asistencia en algunas dimensiones e índices del SCL-90-R (ver Tabla 5), i.e. en somatización ($H = 12.10$, $gl = 4$, $p = .017$), obsesión-compulsión ($H = 11.24$, $gl = 4$, $p = .024$), ítem adicional ($H = 14.90$, $gl = 4$, $p = .005$), GSI ($H = 12.05$, $gl = 4$, $p = .017$) y PST ($H = 11.02$, $gl = 4$, $p = .027$). Las comparaciones posteriores revelaron que la intensidad de síntomas fue significativamente superior en las variables mencionadas cuando se trataba de benzodiazepinas (en somatización respecto a alcohol: $U = -30.30$, $p = .018$; respecto a cannabis: $U = -33.33$, $p = .012$; respecto a cocaína: $U = -29.66$, $p = .050$; en obsesión-compulsión respecto a alcohol: $U = -32.13$, $p = .009$; en el ítem adicional respecto a alcohol: $U = -31.11$, $p = .013$; respecto a cannabis: $U = -33.78$, $p = .010$; en GSI res-

pecto a alcohol: $U = -31.50$, $p = .012$), no encontrándose diferencias entre las demás sustancias. En este análisis no se incluyeron los datos referidos a anfetaminas, dado que solo hubo un caso (somatización = 1.58, obsesión-compulsión = 1.70, ítem adicional = 3.14, GSI = 1.71, PST = 80).

Diferencias según el sexo y la sustancia que motivó la demanda de asistencia en inflexibilidad psicológica en adictos con comorbilidad de síntomas psicopatológicos

Los pacientes que demandaron asistencia en nuestra unidad mostraron puntuaciones en inflexibilidad psicológica significativamente más elevadas respecto a la población general y significativamente menores que las de la población psiquiátrica ($p \leq .01$ en ambos casos; ver Tabla 6), indicando por tanto niveles intermedios de inflexibilidad entre ambas poblaciones. Los hombres mostraron este patrón intermedio de inflexibilidad, no siendo éste el caso de las mujeres, que obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas que la población general ($p \leq .01$), pero similares a las de la población psiquiátrica. En consecuencia, se evidenciaron diferencias según el sexo, presentando las mujeres un nivel más elevado de inflexibilidad psicológica ($p \leq .01$). En un análisis más detallado para comprobar si el hecho de haber recibido ayuda profesional previa afectaba a los niveles de inflexibilidad psicológica, encontramos que cuando no se había recibido dicha ayuda, las mujeres mostraron niveles más elevados de inflexibilidad que los hombres ($p \leq .05$; ver Tabla 6).

Por otro lado, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas en inflexibilidad psicológica en función de la sustancia que motivó la demanda de asistencia ($H = 12.45$, $gl = 4$, $p = .014$; ver Tabla 7). Las puntuaciones en inflexibilidad fueron significativamente

Tabla 5. Perfil psicopatológico (SCL-90-R) de la muestra de estudio según la sustancia por la que se demandó asistencia

	Alcohol ($n = 37$) $M (DT)$	Cannabis ($n = 23$) $M (DT)$	Cocaína ($n = 20$) $M (DT)$	Benzodiazepinas ($n = 9$) $M (DT)$
SCL-90-R				
Somatización	1.08 (0.66)	1.02 (0.80)	1.19 (0.91)	2.22 (0.86)*&§
Obsesión-compulsión	1.28 (0.75)	1.43 (0.84)	1.45 (0.89)	2.62 (1.06)**
Ítem adicional	1.43 (0.85)	1.33 (0.88)	1.72 (1.05)	2.59 (0.49)*&&
GSI	1.10 (0.70)	1.22 (0.87)	1.43 (0.81)	2.14 (0.74)*
PST	50.32 (19.84)	51.52 (25.50)	62.75 (21.22)	70.78 (11.48)#

Nota. * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$ respecto al alcohol; & $p \leq .05$, && $p \leq .01$ respecto al cannabis; § $p \leq .05$ respecto a la cocaína; # $p \leq .10$; SCL-90-R = Symptom Checklist-90-Revised; GSI = Índice Global de Severidad; PST = Total de Síntomas Positivos (Solo se han incluido las dimensiones e índices en que se encontró un efecto significativo).

Tabla 6. Inflexibilidad psicológica en la muestra de estudio comparada con población general y población psiquiátrica, y según si han recibido o no ayuda profesional previa

	Total <i>M (DT)</i>	Hombres <i>M (DT)</i>	Mujeres <i>M (DT)</i>
AAQ-II			
Población general	20.09 (7.90)	18.50 (6.30)	22.30 (8.50)
Población psiquiátrica	33.50 (8.01)	31.00 (8.90)	36.20 (6.20)
Muestra de estudio	27.93 (12.10) [#]	26.06 (11.68) [#]	33.08 (11.96) ^{**&}
Ayuda profesional previa en la muestra de estudio			
Sí	28.66 (11.61) (<i>n</i> = 44)	27.57 (11.73) (<i>n</i> = 35)	32.89 (10.69) (<i>n</i> = 9)
No	27.24 (12.64) (<i>n</i> = 46)	24.35 (11.59) (<i>n</i> = 31)	33.20 (13.02) [*] (<i>n</i> = 15)

Nota. ^{*}*p* ≤ .05, ^{**}*p* ≤ .01, diferencias según el sexo; [&]*p* ≤ .01 sólo respecto a población general; [#]*p* ≤ .01 respecto a población general y población psiquiátrica; AAQ-II = Acceptance and Action Questionnaire-II.

Tabla 7. Inflexibilidad psicológica en la muestra total y por sexos, según la sustancia por la que se demandó asistencia

	Total <i>M (DT)</i>	Hombres <i>M (DT)</i>	Mujeres <i>M (DT)</i>
AAQ-II			
Sustancia principal			
Alcohol	24.03 (12.03) (<i>n</i> = 37)	21.52 (10.92) (<i>n</i> = 27)	30.80 (12.83) ^{**} (<i>n</i> = 10)
Cannabis	28.13 (11.47) ⁺⁺ (<i>n</i> = 23)	28.17 (11.73) ⁺⁺ (<i>n</i> = 18)	28.00 (11.77) (<i>n</i> = 5)
Cocaína	29.35 (10.36) ⁺⁺ (<i>n</i> = 20)	28.06 (10.01) ⁺⁺ (<i>n</i> = 18)	41.00 (5.66) ^{##} (<i>n</i> = 2)
Benzodiacepinas	40.11 (10.87) ^{++&} (<i>n</i> = 9)	48.50 (0.71) ^{+§} (<i>n</i> = 2)	37.71 (11.28) ^{###} (<i>n</i> = 7)

Nota: ^{*}*p* ≤ .05, [#]*p* ≤ .10, diferencias según el sexo; ⁺*p* ≤ .05, ⁺⁺*p* ≤ .01, respecto a la media de la población general (ver Tabla 6); [&]*p* ≤ .001, [§]*p* ≤ .10, respecto al alcohol; AAQ-II = Acceptance and Action Questionnaire-II.

superiores a las mostradas por la población general en el caso del cannabis, la cocaína y las benzodiacepinas (*p* ≤ .01), pero no del alcohol. Cuando se compararon los niveles de inflexibilidad de la muestra total según el tipo de sustancia, se encontraron niveles significativamente más elevados en el caso de las benzodiacepinas en comparación con el del alcohol (*p* ≤ .01). Se encontraron también diferencias estadísticamente significativas en inflexibilidad psicológica en hombres según el tipo de sustancia (*H* = 11.34, *gl* = 4, *p* = .023), pero no en mujeres. Los hombres exhibieron niveles significativamente más elevados respecto a la población general en el caso del cannabis (*p* ≤ .01), la cocaína (*p* ≤ .01) y las benzodiacepinas (*p* ≤ .05), pero no del alcohol, mientras que en las mujeres los niveles de inflexibilidad fueron significativamente superiores a la población general cuando se trataba de alcohol, cocaína (*p* ≤ .05 en ambos casos) y benzodiacepinas (*p* ≤ .01).

Se detectaron diferencias según el sexo, exhibiendo las mujeres niveles superiores de inflexibilidad respecto a los hombres cuando la sustancia que motivó la demanda fue el alcohol (*p* ≤ .05) y aunque las diferencias no

alcanzaron la significación, parece existir una tendencia similar en el caso de la cocaína (*p* = .063) y una tendencia opuesta en el caso de las benzodiacepinas (*p* = .056). Es posible que estos dos últimos resultados hubieran alcanzado la significación si el tamaño muestral hubiera sido mayor.

No se encontraron correlaciones significativas entre la inflexibilidad psicológica y los años de consumo, ni considerando la muestra total (*r* = -.22, *p* = .056), el sexo (hombres: *r* = -.23, *p* = .068; mujeres: *r* = -.24, *p* = .260), ni la sustancia por la que se demandó asistencia (alcohol: *r* = -.27, *p* = .100; cannabis: *r* = -.12, *p* = .576; cocaína: *r* = -.12, *p* = .627; benzodiacepinas: *r* = .16, *p* = .683). Sin embargo, atendiendo a la frecuencia de consumo a nivel descriptivo, de los participantes que mostraron niveles de inflexibilidad por encima de los de su población general de referencia, un gran porcentaje (48.9%) presentó un consumo diario (45.5% hombres, 58.3% mujeres; ver Tabla 8). Estos datos sugieren que los niveles de inflexibilidad parecen estar más relacionados con el patrón de consumo que con el número de años de consumo.

Tabla 8. Frecuencias y porcentajes de pacientes que presentan niveles de inflexibilidad psicológica (AAQ-II) por encima y por debajo de la media de su población general de referencia (ver Tabla 6) según la frecuencia de consumo de sustancias

	Total	Hombres	Mujeres
Frecuencia de consumo			
Diaria			
por encima	44 (48.9%)	30 (45.5%)	14 (58.3%)
por debajo	16 (17.8%)	10 (15.1%)	6 (25.0%)
3-4 veces por semana			
por encima	10 (11.1%)	8 (12.1%)	2 (8.3%)
por debajo	5 (5.6%)	5 (7.6%)	0 (0.0%)
2 veces por semana			
por encima	7 (7.8%)	6 (9.1%)	1 (4.2%)
por debajo	1 (1.1%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)
1 vez por semana			
por encima	1 (1.1%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)
por debajo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Varias veces al mes			
por encima	3 (3.3%)	2 (3.0%)	1 (4.2%)
por debajo	3 (3.3%)	3 (4.6%)	0 (0.0%)
Total			
por encima	65 (72.2%)	47 (71.2%)	18 (75.0%)
por debajo	25 (27.8%)	19 (28.8%)	6 (25.0%)

Correlaciones entre inflexibilidad psicológica y síntomas psicopatológicos

Se encontró una correlación positiva estadísticamente significativa entre la inflexibilidad psicológica y todas las variables psicopatológicas evaluadas (ver Tabla 9), considerando tanto la muestra total como por sexos ($p \leq .01$). En la gran mayoría de las dimensiones e índices, las correlaciones parecen ser más elevadas en las mujeres, entre ellas, somatización, obsesión-compulsión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica e ideación paranoide, lo que indica una relación más estrecha entre la inflexibilidad psicológica y estas dimensiones en las mujeres que demandaron asistencia. Las correlaciones entre inflexibilidad psicológica y los índices GSI y PST también parecen ser más elevadas en mujeres, lo que sugiere que los niveles de inflexibilidad psicológica están más estrechamente asociados con un mayor grado de sufrimiento psíquico y psicopatológico, y con una mayor amplitud y diversidad de síntomas psicopatológicos en ellas.

Un análisis más detallado para comprobar si la sustancia que motivó la demanda de asistencia afectaba esta relación, encontró que ésta era aún más estrecha en algu-

Tabla 9. Relación entre inflexibilidad psicológica (AAQ-II) y perfil psicopatológico (SCL-90-R) en la muestra total y según el sexo

	AAQ-II		
	Total	Hombres	Mujeres
SCL-90-R			
Somatización	.59*	.50*	.67*
Obsesión-compulsión	.69*	.62*	.79*
Sensibilidad-interpersonal	.68*	.63*	.72*
Depresión	.77*	.74*	.79*
Ansiedad	.73#	.71*	.80*
Hostilidad	.58#	.46#	.75*
Ansiedad fóbica	.61#	.53#	.70*
Ideación paranoide	.580*	.48*	.80*
Psicoticismo	.70*	.67*	.73*
Escala adicional	.68*	.69*	.56*
GSI	.78*	.74*	.83*
PST	.59*	.51*	.72*
PSDI	.66*	.66*	.58*

Nota. * $p \leq .01$, correlación de Pearson; # $p \leq .01$, coeficiente de Spearman; AAQ-II = Acceptance and Action Questionnaire-II; SCL-90-R = Symptom Checklist-90-Revised; GSI = Índice Global de Severidad; PST = Total de Síntomas Positivos; PSDI = Índice de Malestar de Síntomas Positivos.

nos casos según el tipo de sustancia (comparar con las correlaciones de la columna Total de la Tabla 9). Por ejemplo, respecto a obsesión-compulsión: benzodiacepinas ($r = .86, p \leq .01$), alcohol ($r = .73, p \leq .001$); a depresión: cocaína ($r = .86, p \leq .001$); a ansiedad: cocaína ($r = .82, p \leq .001$), alcohol ($r = .81, p \leq .001$); a hostilidad: cocaína ($r = .71, p \leq .001$); a ansiedad fóbica: benzodiacepinas ($r = .90, p \leq .001$); a ideación paranoide: alcohol ($r = .61, p \leq .001$); a la escala adicional: alcohol ($r = .78, p \leq .001$); y a GSI: alcohol ($r = .85, p \leq .001$).

De forma similar, se analizó si el tipo de sustancia afectaba esta relación teniendo en cuenta el sexo, encontrándose que en las mujeres parece existir una correlación más estrecha entre inflexibilidad psicológica y síntomas psicopatológicos (comparar con las correlaciones de las columnas Hombres y Mujeres de la Tabla 9). Por ejemplo, respecto a somatización: alcohol ($r = .83, p \leq .01$); hombres: $r = .44, p \leq .05$); a depresión: cannabis ($r = .89, p \leq .05$); hombres: $r = .54, p \leq .05$); a ansiedad: alcohol ($r = .89, p \leq .01$); hombres: $r = .73, p \leq .01$), cannabis ($r = .93, p \leq .05$); hombres: $r = .44, p = .070$); a hostilidad: cannabis ($r = .97, p \leq .01$); hombres: $r = .34, p = .162$); a ansiedad fóbica: cannabis ($r = .97, p \leq .01$);

hombres: $r = .49, p \leq .05$); a ideación paranoide: alcohol ($r = .81, p \leq .01$; hombres: $r = .49, p \leq .01$); a psicoticismo: alcohol ($r = .82, p \leq .01$; hombres: $r = .63, p \leq .01$); cannabis ($r = .89, p \leq .05$; hombres: $r = .56, p \leq .05$); a GSI: cannabis ($r = .90, p \leq .05$; hombres: $r = .54, p \leq .05$), alcohol ($r = .88, p \leq .05$; hombres: $r = .81, p \leq .01$); y a PSDI: cannabis ($r = .94, p \leq .05$; hombres: $r = .51, p \leq .05$). Estos resultados sugieren una mayor implicación de la inflexibilidad psicológica en determinados síntomas psicopatológicos según el sexo del paciente y la sustancia que motivó la solicitud de asistencia.

Discusión

El principal objetivo del presente trabajo se centró en estudiar el posible papel que la inflexibilidad psicológica podría desempeñar como factor transdiagnóstico, analizando los niveles de inflexibilidad psicológica y su relación con el perfil psicopatológico que presenta una muestra de pacientes que solicitan tratamiento por problemas derivados del consumo de sustancias en un Centro de la Red Pública de Tratamiento Ambulatorio de las Adicciones, evaluando si podría existir un perfil diferencial entre hombres y mujeres. Se estudiaron igualmente desde esta perspectiva las características sociodemográficas y el historial previo relacionado con el consumo de sustancias que los participantes presentaban a la llegada a la unidad.

Los resultados obtenidos parecen indicar diferencias según el sexo en el perfil sociodemográfico y en el historial previo relativo al consumo de sustancias, en concordancia con trabajos previos (Fernández-Montalvo et al., 2014; Miquel et al., 2011). En nuestro estudio, solo el 26.7% de los participantes fueron mujeres, con una edad media ligeramente superior a la de los hombres, observándose diferencias respecto a ellos a nivel descriptivo en el estado civil, la situación laboral y especialmente, en el nivel de estudios, mostrando un mayor nivel de formación que los hombres. Respecto a su historial previo, la principal sustancia por la que demandaron asistencia los hombres fue el alcohol, seguido por el cannabis y la cocaína, mientras que en las mujeres fueron por este orden, el alcohol, las benzodiazepinas y el cannabis. Estos resultados concuerdan con estudios previos sobre la prevalencia de comorbilidad en trastornos por uso de sustancias en España, que han encontrado que ésta es mayor en los trastornos por consumo de alcohol solo o en policonsumo (Gual, 2007; Szerman, Arias, et al., 2011). Si bien los participantes en el estudio presentaron tasas bajas de policonsumo, los hombres evidenciaron un patrón más elevado que las mujeres, de acuerdo con datos previos (Miquel et al., 2011),

aunque no se encontraron diferencias según el sexo en los años de consumo.

El estudio del perfil psicopatológico de los participantes mostró globalmente la presencia de síntomas de mayor intensidad en todas las dimensiones evaluadas en comparación con la población general y, en algunos casos, la intensidad de síntomas fue similar a la encontrada en población psiquiátrica. Estos resultados indican, por tanto, la presencia de síntomas de trastornos psicopatológicos asociados al consumo de sustancias, siendo coherentes con los hallados en estudios previos (García-Fernández et al., 2012; Pedrero-Pérez et al., 2004; Sánchez-Hervás et al., 2001). Por otro lado, el tipo de sustancia que motivó la demanda de asistencia afectó de forma diferencial al perfil psicopatológico de los participantes, que mostraron una mayor intensidad de síntomas en algunas dimensiones, un mayor índice de severidad y un mayor número de síntomas positivos (aunque en este último caso no se alcanzó la significación) cuando la demanda de atención estuvo motivada por las benzodiazepinas. Encontramos también un perfil psicopatológico diferencial según el sexo: las mujeres que demandaron asistencia presentaron en general una mayor gravedad y diversidad de síntomas psicopatológicos, una mayor intensidad sintomática media y mayor sufrimiento psíquico y psicossomático, en comparación con los hombres. Igualmente, las mujeres mostraron una mayor intensidad de síntomas relacionados con trastornos del apetito, del sueño, ideas sobre la muerte y sentimientos de culpabilidad. A pesar de que no se diferenciaron de los hombres en los años de consumo, nuestros resultados indican que las mujeres que demandan tratamiento y presentan comorbilidad, sufren un impacto más severo en la esfera personal y de la salud mental, de acuerdo con otros estudios que han encontrado que las mujeres presentan un mayor número de quejas somáticas respecto a los hombres, más episodios depresivos con síntomas significativamente más graves, especialmente depresión mayor, son más vulnerables a presentar sintomatología psicótica más rápidamente que los hombres, padeciendo más problemas médicos, lo que evidencia en ellas un impacto más severo en el ámbito médico, familiar/social y psiquiátrico (Erol y Karpyak, 2015; Fernández-Montalvo et al., 2014; Greenfield et al., 2010). Además, las mujeres que presentan un trastorno afectivo exhiben consumos asociados a la ansiedad, siguiendo frecuentemente un patrón de automedicación y consumo compulsivo (Miquel et al., 2011; Torrens et al., 2017). A este respecto, hemos encontrado en nuestro estudio que en un 29.2% de las mujeres, frente a un 3% de los hombres, la demanda de atención estuvo motivada por el consumo de benzodiazepinas y que, en las mujeres, la dimensión ansie-

dad estaba mucho más estrechamente relacionada con el resto de las dimensiones del SCL-90-R, lo que es coherente con el hecho de que las mujeres con patología dual presentan un mayor riesgo de sufrir trastornos de ansiedad (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2020).

Aunque los estudios epidemiológicos muestran de forma consistente una mayor prevalencia de trastornos relacionados con el abuso de sustancias en hombres respecto a las mujeres (Merikangas y McClair, 2012), la prevalencia de patología dual es más frecuente en mujeres que en hombres cuando los estudios se realizan en unidades de desintoxicación o en seguimiento ambulatorio, detectándose lo contrario si los datos se obtienen en unidades de psiquiatría general (Miquel et al., 2011; NIDA, 2020). En el presente estudio, sólo el 26.7% de los pacientes que demandaron asistencia fueron mujeres, aunque éstas mostraron un perfil de mayor amplitud y gravedad de síntomas psicopatológicos, presentando más frecuentemente un patrón de consumo diario, períodos de abstinencia inferiores a los 6 meses anteriores y consumos previos de menos de una semana antes de la entrada en la unidad, resultados que concuerdan con los encontrados en trabajos previos (Fonseca et al., 2021; NIDA, 2020). Fue también superior el porcentaje de mujeres que no habían solicitado ayuda profesional previa de ningún tipo, en comparación con los hombres, y si la habían recibido, fue menor el porcentaje de mujeres que recibió ayuda psicoterapéutica. Hasta donde conocemos, no se habían hecho estudios previos sobre la influencia de la ayuda profesional previa sobre la inflexibilidad psicológica, ni teniendo en cuenta el sexo. Estos resultados sugieren que las mujeres son más reticentes a pedir ayuda y que cuando se deciden a hacerlo su situación reviste una mayor gravedad. Se ha planteado que la reticencia de las mujeres a solicitar tratamiento podría explicarse por sus mayores condicionantes socioeconómicos, psicológicos y culturales (Greenfield et al., 2010; NIDA, 2020). Este hecho, unido a que las mujeres no suelen acceder fácilmente a programas de tratamiento, pues acuden en primer lugar más habitualmente a servicios de salud de atención primaria más que a programas de tratamiento especializado, podría pronosticar un peor resultado de las intervenciones en el sexo femenino (Fonseca et al., 2021; Green, 2006; Greenfield et al., 2007). Esta menor presencia de mujeres entre los pacientes con patología dual en tratamiento se ha constatado igualmente en España (Arias et al., 2013b; Gual, 2007).

Hemos encontrado también en nuestro estudio que son las mujeres quienes muestran niveles de inflexibilidad psicológica más elevados que los hombres, siendo similares a los que presenta la población psiquiátrica,

especialmente cuando no habían recibido ninguna ayuda profesional previa. Sin embargo, este hecho no ocurre en hombres, que exhiben niveles intermedios de inflexibilidad entre los encontrados en la población general y la población psiquiátrica. Estas diferencias según el sexo en individuos que presentan comorbilidad de síntomas psicopatológicos y de un trastorno por consumo de sustancias se han comprobado también en población general, mostrando las mujeres niveles más elevados de inflexibilidad que los hombres (Ruiz et al., 2013; Sánchez-Puertas et al., 2022). Por otro lado, los niveles de inflexibilidad psicológica fueron superiores a los de la población general cuando la sustancia era el cannabis, la cocaína o las benzodiacepinas, observándose en este último caso los niveles más elevados. Se encontraron diferencias entre hombres y mujeres según la sustancia, mostrando las mujeres una mayor inflexibilidad respecto a los hombres en el caso del alcohol y sólo ellas mostraron niveles significativamente más elevados que la población general. Hasta donde conocemos, no existen trabajos previos que hayan evaluado si existen diferencias en inflexibilidad según la sustancia consumida.

Las elevadas correlaciones significativas y positivas obtenidas entre los niveles de inflexibilidad psicológica y la totalidad de las dimensiones e índices del SCL90-R ponen de manifiesto la estrecha relación existente entre este rasgo y las variables psicopatológicas, especialmente con depresión, ansiedad y el GSI, lo que evidencia un mayor sufrimiento psíquico y psicosomático en aquellos que presentan mayores niveles de inflexibilidad psicológica. Cuando se tuvo en cuenta el sexo, se observó una relación aún más estrecha en el caso de las mujeres entre este rasgo y casi todas las dimensiones e índices del SCL-90-R. Por tanto, las mujeres no sólo presentaron mayor inflexibilidad psicológica, mayor grado de sufrimiento psíquico y psicosomático, así como mayor diversidad y gravedad de síntomas psicopatológicos respecto a los hombres, sino que en su caso parece existir una mayor implicación de la inflexibilidad psicológica en su estado psicopatológico. Una relación aún más estrecha si cabe se encontró entre este rasgo y el estado psicopatológico cuando se tuvieron en cuenta conjuntamente la sustancia que motivó la demanda de asistencia y el sexo. Estos resultados apoyan la idea de que la inflexibilidad psicológica está significativamente relacionada con la presencia de sintomatología psicopatológica (principalmente con trastornos depresivos y de ansiedad) en pacientes con trastornos adictivos, especialmente en mujeres. En este sentido, diversos trabajos han puesto de manifiesto que los trastornos depresivos y de ansiedad son los de mayor prevalencia en individuos que presentan comorbilidad entre trastornos adictivos y otros tras-

tornos psicopatológicos (Arias et al., 2013a; Torrens et al., 2017; Whiteford et al., 2015).

En población general se han encontrado correlaciones positivas entre inflexibilidad psicológica y síntomas de ansiedad, tanto en hombres como en mujeres (García-Montes et al., 2022), aunque no tan elevadas como en nuestro estudio, quizás porque en nuestro caso se trataba de individuos que presentaban comorbilidad con trastornos por uso de sustancias. En este sentido, se ha encontrado que la inflexibilidad psicológica es más elevada en estudiantes que presentaban comorbilidad de trastornos depresivos, de ansiedad y por abuso de sustancias, respecto a quienes solo presentaban uno de estos trastornos (Levin et al., 2014). Se han encontrado también niveles elevados de inflexibilidad psicológica en una muestra de militares veteranos diagnosticados de trastorno de estrés postraumático y problemas por abuso de alcohol que demandaron asistencia, mediando este factor la asociación entre todos los aspectos relacionados con el trauma y la severidad del trastorno (Kachadourian et al., 2021), lo que está en consonancia con los resultados de nuestro estudio. Cuando se ha evaluado la flexibilidad psicológica en vez de la inflexibilidad, se ha hallado una correlación negativa entre flexibilidad psicológica y síntomas de ansiedad y depresión en una muestra de población reclutada por sus niveles leves-moderados de ansiedad y depresión, en la que el 69.7% eran mujeres (Fledderus et al., 2012).

En nuestro estudio, las correlaciones entre inflexibilidad y las dimensiones ansiedad y depresión se situaron entre las más altas en hombres, y, a nivel descriptivo, fueron incluso mayores en mujeres, lo que podría indicar que aquellos que consumen sustancias como estrategia funcional para reducir el malestar derivado de los trastornos ansiosos o depresivos presentan más inflexibilidad psicológica, frente a los que las usan por otro tipo de razones (p. ej., diversión). En este sentido, si consideramos la frecuencia de consumo, un elevado porcentaje de pacientes presentaba niveles de inflexibilidad por encima de la media de la población general cuando el consumo era diario (48.9%), lo que parece sugerir que este patrón de consumo podría ser un recurso para intentar mitigar sus problemas personales y de salud mental. Dado que hemos encontrado una estrecha relación entre inflexibilidad psicológica y síntomas psicopatológicos en individuos que presentan trastornos por uso de sustancias, podrían plantearse estrategias de intervención terapéutica focalizadas especialmente en la evaluación y modificación de este factor, entre otros, por su posible contribución a la intensidad y gravedad de los síntomas psicopatológicos, especialmente en mujeres. En este sentido, el objetivo básico de la ACT es generar flexibi-

lidad ante los eventos privados, de forma que el individuo sea capaz, aun en presencia de malestar o de ganas de consumir, de actuar de forma valiosa en función de sus valores personales (López, 2014), lo que podría ser particularmente importante en individuos que experimentan niveles significativos de ansiedad y depresión (Fledderus et al., 2012). A este respecto, se ha comprobado que las estrategias dirigidas a aumentar la flexibilidad psicológica se correlacionan con mejorías en una variedad de trastornos psicopatológicos, incluidos los trastornos por abuso de sustancias (A-Tjak et al., 2015; Lee et al., 2015; López, 2014; Marín, 2010; Perea-Gil, 2017; Ruiz, 2010).

En este contexto, la intervención psicoterapéutica en patología dual podría plantearse de una forma más individualizada, adaptándose al paciente, atendiendo a aquellos factores que puedan estar influyendo en cada caso particular, entre ellos el sexo, dado que éste afecta de forma diferencial al desarrollo de trastornos médicos y de comportamiento asociados con el consumo de drogas (Erol y Karpyak, 2015; Fonseca et al., 2021). Debería igualmente mejorarse la atención a las mujeres que buscan ayuda en entornos de atención primaria o de salud mental, aumentando su derivación a tratamientos especializados en adicciones cuando sea necesario. Igualmente, podrían identificarse subgrupos de individuos susceptibles de beneficiarse de intervenciones concretas, detectando y abordando los factores de riesgo específicos según el sexo que puedan reducir el inicio y mantenimiento de la adicción y afectar a los resultados del tratamiento (Green, 2006). Si bien un tratamiento solo para mujeres no es necesariamente más efectivo que tratamientos más generalizados, se ha comprobado que estos son más efectivos cuando abordan problemas más comunes en mujeres que abusan de sustancias o que están diseñados para subgrupos específicos de esta población (Greenfield et al., 2007), observando en aquellas que demandan tratamientos una mayor disposición a modificar su consumo en comparación con los hombres (Drapalski et al., 2011). Por ello, es primordial la inclusión de la variable sexo no solo en los estudios clínicos, experimentales y meta-análisis que se emprendan en el ámbito de los trastornos adictivos, y especialmente en patología dual (NIDA, 2020), sino también en las estrategias de prevención del abuso de drogas (Bacigalupe et al., 2020; Fonseca et al., 2021; Volkow et al., 2020), dada la complejidad de la relación entre función cerebral, el sexo y la dependencia de sustancias (Krolick et al., 2018; McRae-Clark et al., 2017; Moeller, 2012).

Recientes avances en la comprensión de la patología dual confirman la necesidad de adoptar una perspectiva individualizada en la atención a los pacientes que pre-

sentan esta comorbilidad, siendo éste un creciente foco de investigación cuyo objetivo es identificar los factores que confieren una mayor vulnerabilidad individual a desarrollar estos trastornos, así como para aplicar la intervención más adecuada en cada caso en función de estos factores y de la respuesta individual al tratamiento. Desde esta perspectiva y teniendo en cuenta nuestros resultados sería necesario incorporar en las estrategias de intervención aquellos factores que puedan contribuir a explicar esta vulnerabilidad individual, como podrían ser entre otros, el sexo, el tipo de sustancia que motiva la solicitud de asistencia y diferentes rasgos conductuales y de personalidad (Szerman y Peris, 2018), entre los que cabría considerar la inflexibilidad psicológica. La ausencia de intervenciones personalizadas es considerada una de las barreras para la recuperación del paciente con patología dual (Ness et al., 2014), ya que este tipo de intervenciones podrían promover una mejor adherencia al tratamiento y evitar las recaídas. Para ello, se debería contar con adecuadas y suficientes redes de asistencia integrales que dispongan de profesionales expertos en el abordaje de la comorbilidad, hecho que lamentablemente no ocurre en la mayoría de los casos (Marín, 2016; Szerman et al., 2016; Torrens et al., 2017; Volkow et al., 2020). A este respecto, hay que recalcar que en nuestro estudio, entre los participantes que recibieron ayuda profesional previa a la demanda de asistencia, un porcentaje más bajo del deseable recibió psicoterapia sola o combinada con farmacoterapia (31.8%) y que una gran mayoría solo recibió farmacoterapia (65.9%). En todo caso, estas intervenciones no fueron suficientes para resolver su situación clínica, dada la nueva solicitud de ayuda profesional.

La necesidad de mejorar los tratamientos en salud mental es prioritaria, reconociendo la importancia de las intervenciones psicoterapéuticas basadas en la evidencia y adoptando un enfoque transdiagnóstico que brinde una atención más personalizada en el tratamiento de la comorbilidad y que aborde la salud integral del individuo (Holmes et al., 2018; Levin et al., 2014; Szerman y Peris, 2018). En cualquier caso, son necesarios estudios prospectivos que evalúen la eficacia de estas intervenciones sobre la inflexibilidad psicológica y el perfil psicopatológico en pacientes que presentan trastornos adictivos y otros síntomas psicopatológicos, y si se produce en ambos casos una mejoría paralela.

Finalmente, este trabajo presenta algunas limitaciones, en primer lugar, que la muestra de estudio es desequilibrada entre hombres y mujeres, dado que estuvo compuesta solo por quienes solicitaron asistencia siguiendo el orden de solicitud. Otra limitación es la subdivisión de la muestra de estudio según la sustancia que motivó la demanda de asistencia, que redujo inevitable-

mente algunos tamaños muestrales, especialmente en mujeres, lo que pudo evitar la obtención de resultados significativos según el tipo de sustancia, por lo que estos datos son preliminares y hay que tomarlos con cautela. No hay que olvidar, además, que nuestro estudio se centró en la sustancia principal por la que se demandaba asistencia, lo que no implica que no se consumieran otras sustancias o psicofármacos (aunque no se dieron tasas elevadas de policonsumo), lo que dificulta establecer un perfil diferencial claro en cuanto a los síntomas psicopatológicos y la inflexibilidad psicológica según la sustancia. Hay que señalar también que aunque el SCL-90-R no es una herramienta diagnóstica sino un instrumento de *screening* muy utilizado en investigación (Carrasco-Ortiz et al., 2003), permite establecer sin embargo relaciones entre variables cuantitativas que pueden revelar el grado de intensidad de esa relación, como se ha puesto de manifiesto en el presente estudio entre la gravedad de los síntomas psicopatológicos y los niveles de inflexibilidad psicológica. Ello no hubiera sido posible si se hubieran utilizado herramientas diagnósticas que requieren el cumplimiento de criterios específicos. Tenemos también presente que los participantes en el estudio se presentaron en la unidad para solicitar asistencia por problemas derivados del consumo de sustancias, evidenciando su “conciencia de enfermedad”, por lo que nuestros resultados no pueden generalizarse a toda la población de individuos que presenta comorbilidad de trastornos adictivos y otros síntomas psicopatológicos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Albertella, L., Le Pelley, M. E., Chamberlain, S. R., Westbrook, F., Lee, R. S. C., Fontenelle, L. F., Grant, J. E., Segrave, R. A., McTavish, E., & Yücel, M. (2020). Reward-related attentional capture and cognitive inflexibility interact to determine greater severity of compulsivity-related problems. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *69*, 101580. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2020.101580>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. 5a ed. Médica Panamericana.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F., & Babin, F. (2013a). Cocaine abuse or dependency and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *6*(3), 121-128. <http://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2012.09.003>
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F., y Babin, F. (2013b). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con

- patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*, 25(2), 118-127. <http://doi.org/10.1159/000365764>
- A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. A. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30-36. <http://doi.org/10.1159/000365764>
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Baza Bueno, M., & Martin, U. (2020). Gender as a determinant of mental health and its medicalization. Informe SESPAS. *Gaceta Sanitaria*, 34(Suppl. 1), 61-67. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Beaulieu, S., Saury, S., Sareen, J., Tremblay, J., Schütz, C. G., McIntyre, R. S., & Schaffer, A., Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force (2012). The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid substance use disorders. *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 24(1), 38-55.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 295-311. <http://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11845>
- Berrocal Montiel, C., Rivas Moya, M. T., Venditti, F., & Bernini, O. (2016). On the contribution of psychological flexibility to predict adjustment to breast cancer. *Psicothema*, 28(3), 266-271. <http://dx.doi.org/10.7334/psicothema2015.271>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the acceptance and action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Carrasco-Ortiz, M. A., Sánchez-Moral, V., Ciccotelli, H., y Del Barrio, V. (2003). Listado de Síntomas SCL-90-R: Análisis de su comportamiento en una muestra clínica. *Acción Psicológica*, 2(2), 149-161.
- Cavicchioli, M., Kraslavski, A., Movalli, M., Maffei, C., & Ogliairi, A. (2022). The investigation of mechanisms underlying addictive behaviors: A case-control study. *Journal of Addictive Diseases*, 40(3), 306-325. <http://dx.doi.org/10.1080/10550887.2021.1989250>
- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871-890. <http://doi.org/10.1002/jclp.20400>
- Chou, W.-P., Yen, C.-F., & Liu, T.-L. (2018). Predicting effects of psychological inflexibility/experiential avoidance and stress coping strategies for internet addiction, significant depression, and suicidality in college students: A prospective study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 788. <http://doi.org/10.3390/ijerph15040788>
- Cócola, F. (2022). Apego, regulación emocional y funcionamiento familiar en adultos con trastornos por consumo de cocaína. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 27(1), 59-72. <http://doi.org/10.5944/rppc.30820>
- Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía (2016). *La población andaluza ante las drogas XIII*. <http://www.juntadeandalucia.es/organismos/inclusion-socialjuventudfamiliaseigualdad/servicios/publicaciones/detalle/78146.html>
- Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía (2018). *La población andaluza ante las drogas XIV*. <http://www.juntadeandalucia.es/servicios/publicaciones/detalle/78759.html#:~:text=%E2%80%9CCLa%20poblaci%C3%B3n%20andaluza%20ante%20las,drogas%20en%20esta%20Comunidad%20Aut%C3%B3noma>
- Cornellà-Font, M. G., Viñas-Poch, F., Juárez-López, J. R., Martín-Perpiñá, M. de las M., & Malo-Cerrato, S. (2019). Temperament and attachment as predictive factors for the risk of addiction to substances in adolescents. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(3), 179-187. <http://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.3.2018.21423>
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R administration, scoring and procedures manual-II*. Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de síntomas. Manual*. TEA Ediciones.
- Drapalski, A., Bennett, M., & Bellack, A. (2011). Gender differences in substance use, consequences, motivation to change, and treatment seeking in people with serious mental illness. *Substance Use & Misuse*, 46(6), 808-818. <http://doi.org/10.3109/10826084.2010.538460>
- Erol, A., & Karpyak, V. M. (2015). Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. *Drug and Alcohol Dependence*, 156, 1-13. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.023>
- Fernández-Montalvo, J., Lopez-Goñi, J. J., Azanza, P., & Cacho, R. (2014). Gender differences in drug-addicted patients in a clinical treatment center of Spain. *American Journal on Addictions*, 23(4), 399-406. <http://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2013.12117.x>
- Fledderus, M., Oude Voshaar, M. A., Ten Klooster, P. M., & Bohlmeijer, E. T. (2012). Further evaluation of the psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psychological Assessment*, 24(4), 925-936. <http://doi.org/10.1037/a0028200>
- Fonseca, F., Robles-Martínez, M., Tirado-Muñoz, J., Alías-Ferri, M., Mestre-Pintó, J. I., Coratu, A. M., & Torrens, M. A. (2021). A gender perspective of addictive disorders. *Current Addiction Reports*, 8(1), 89-99. <http://doi.org/10.1007/s40429-021-00357-9>
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales?* Ariel.
- García-Fernández, G., García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Sánchez-Hervás, E., y Fernández-Hermida, J. R. (2012). Psicopatología y funciones ejecutivas en adictos a la cocaína. *Anales de Psicología*, 28(3), 720-727. <http://dx.doi.org/10.618/analeps.28.3.156011>
- García-Montes, J. M., Miani Danza, O. G., & Sánchez-Sánchez, L. D. C. (2022). A preliminary exploration on psychological variables related to online social network addiction. *Adicciones*, 0(0), 1745. <http://doi.org/10.20882/adicciones.1745>
- Gloster, A. T., Klotsche, J., Chaker, S., Hummel, K. V., & Hoyer, J. (2011). Assessing psychological flexibility: What does it add above and beyond existing constructs? *Psychological*

- Assessment*, 23(4), 970-982. <http://dx.doi.org/10.1037/a0024135>
- González de Rivera, J. L., De la Cueva, C., Rodríguez, M., y Rodríguez, P. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas (SCL90-R): Manual de aplicación*. TEA Ediciones.
- Green, C. A. (2006). Gender and use of substance abuse treatment services. *Alcohol Research & Health*, 29(1), 55-62.
- Greenfield, S. F., Back, S. E., Lawson, K., & Brady, K. T. (2010). Substance abuse in women. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(2), 339-355. <http://doi.org/10.1016/j.psc.2010.01.004>
- Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, R. K., Lincoln, M., Hien, D., & Miele, G. M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(1), 1-21. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.05.012>
- Gual, A. (2007). Dual diagnosis in Spain. *Drug and Alcohol Review*, 26(1), 65-71. <http://doi.org/10.1080/09595230601037000>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Holmes, E. A., Ghaderi, A., Harmer, C. J., Ramchandani, P. G., Cuijpers, P., Morrison, A. P., Roiser, J. P., Bockting, C. L. H., O'Connor, R. C., Shafraan, R., Moulds, M. L., & Craske, M. G. (2018). The Lancet Psychiatry Commission on psychological treatments research in tomorrow's science. *Lancet Psychiatry*, 5(3), 237-286. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30513-8](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30513-8)
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., Sanislow, C., & Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748-51. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379>
- Kachadourian, L. K., Lyons, R., Davis, B., Haller, M., & Norman, S. (2021). Trauma-related guilt and posttraumatic stress disorder symptoms in military veterans: The role of psychological inflexibility. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 104-110. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.022>
- Keppel, G. (1982). *Design and analysis: A researcher handbook*. Prentice Hall.
- Krolick, K. N., Zhu, Q., & Shi, H. (2018). Effects of estrogens on central nervous system neurotransmission: Implications for sex differences in mental disorders. *Progress in Molecular Biology and Translational Science*, 160, 105-171. <http://doi.org/10.1016/bs.pmbts.2018.07.008>
- Lamontagne, S. J., & Olmstead, M. C. (2019). Animal models in addiction research: A dimensional approach. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 106, 91-101. <http://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.06.005>
- Lee, E. B., An, W., Levin, M. E., & An, T. (2015). An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 155, 1-7. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.004>
- Levin, M. E., Lillis, J., Seeley, J., Hayes, S. C., Pistorello, J., & Biglan, A. (2012). Exploring the relationship between experiential avoidance, alcohol use disorders, and alcohol-related problems among first-year college students. *Journal of American College Health*, 60(6), 443-448. <http://doi.org/10.1080/07448481.2012.673522>
- Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 155-163. <http://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.003>
- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., & Berstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: A review of the empirical literature among adults. *Psychological Bulletin*, 136(4), 576-600. <http://doi.org/10.1037/a0019712>
- López, M. (2014). Current state of Acceptance and Commitment Therapy in addictions. *Health and Addictions*, 14(2), 99-108.
- Luciano, C., Gómez, S., Hernández, M., y Cabello, F. (2001). Alcoholismo, evitación experiencial y terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(113), 333-371.
- Luciano, C., Pérez-Blarrina, M., y Valdivia-Salas, S. (2010). La terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1), 141-165.
- Malicki, S., & Ostaszewski, P. (2014). Experiential avoidance as a functional dimension of a transdiagnostic approach to psychopathology. *Postepy Psychiatrii i Neurologii*, 23(2), 61-71. <http://doi.org/10.1016/j.pin.2014.04.002>
- Marín, B. (2010). Terapia de aceptación y compromiso aplicada a un caso de patología dual. *Apuntes de Psicología*, 28(3), 483-491.
- Marín, B. (2016). Patología dual o la necesidad de un enfoque interdisciplinar en psicopatología. *Revista de Patología Dual*, 3(3), 29. <http://doi.org/10.17579/RevPatDual.03.29>
- Marín, B., Gil, J., y Moreno, E. (2017). Autoabandono del tabaco en una muestra española. Un estudio exploratorio. *Adicciones*, 29(3), 210-212. <http://doi.org/10.20882/adicciones.925>
- McRae-Clark, A., Cason, A. M., Kohtz, A. S., Moran-Santa Maria, M., Aston-Jones, G., & Brady, K. T. (2017). Impact of sex and gender on corticotropin releasing factor and noradrenergic sensitivity in cocaine use disorder. *Journal of Neuroscience Research*, 95(1-2), 320-327. <http://doi.org/10.1002/jnr.23860>
- Merikangas, K. R., & McClair, V. L. (2012). Epidemiology of substance use disorders. *Human Genetics*, 131(6), 779-789. <http://doi.org/10.1007/s00439-012-1168-0>
- Miquel, L., Roncero, C., López-Ortiz, C., y Casas, M. (2011). Diferencias de género epidemiológicas y diagnósticas según eje I en pacientes con patología dual. *Adicciones*, 23(2), 165-172. <http://doi.org/10.20882/adicciones.160>
- Moeller, F. G. (2012). Sex, stress, and drug cues in addiction. *American Journal of Psychiatry*, 169(4), 351-353. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12010041>
- Narayanan, G., & Naaz, Sh. (2018). A transdiagnostic approach to interventions in addictive disorders-third wave therapies and other current interventions. *Indian Journal of Psychiatry*,

- 60(Suppl 4), 522–528. http://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_20_18
- Ness, O., Borg, M., & Davidson, L. (2014). *Facilitators and barriers in dual recovery: A literature review of first-person perspectives. Advances in Dual Diagnosis, 7*(3), 107-117. <http://doi.org/10.1108/ADD-02-2014-0007>
- National Institute on Drug Abuse (NIDA; 2020). *Substance use in women*. <https://drugabuse.gov>
- Ochoa, E., Salvador, E., Vicente, M., y Madoz, A. (2010). Comorbilidad psiquiátrica y adicciones. En C. Pereiro (Ed.), *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación* (pp. 701-732). Socidrogalcohol.
- Pedrero-Pérez, E. J., Puerta-García, C., Segura-López, I., y Osorio-Del Rio, S. M. (2004). Evolución de la sintomatología psicopatológica de los drogodependientes a lo largo del tratamiento. *Trastornos Adictivos, 6*(3), 176-191.
- Perea-Gil, L. F. (2017). Acceptance and commitment therapy for disorders related to abuse and use of psychoactive substances: A descriptive overview. *Drugs and Addictive Behavior, 2*(1), 99-121. <http://doi.org/10.14740/jocmr4311>
- Riley, B. (2014). Experiential avoidance mediates the association between thought suppression and mindfulness with problem gambling. *Journal of Gambling Studies, 30*(1), 163-171. <http://doi.org/10.1007/s10899-012-9342-9>
- Rodríguez-Sáez, J. L., y Salgado-Ruiz, A. (2019). Perfil psicopatológico y delictivo en pacientes drogodependientes en tratamiento. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 24*(3), 141-151. <http://doi.org/10.5944/rppc.24176>
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 10*(1), 125-162.
- Ruiz, F. J., Herrera, Á. I. L., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the acceptance and action questionnaire-II. *Psicothema, 25*(1), 123-129. <http://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>
- Sánchez-Hervás, E., Tomás-Gradolí, V., y Morales-Gallús, E. (2001). Evaluación psicopatológica en dependientes al alcohol, heroína y cocaína mediante el Brief Symptom Inventory. *Adicciones, 13*, 61-66. <http://doi.org/10.20882/adicciones.583>
- Sánchez-Puertas, R., Ruisoto, P., López-Núñez, C., & Vaca-Gallegos, S. (2022). Gender differences in transdiagnostic predictors of problematic alcohol consumption in a large sample of college students in Ecuador. *Frontiers in Psychology, 13*, 784896. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.784896>
- Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17*(3), 185-203. <http://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>
- Smout, M. (2012). Acceptance and commitment therapy - pathways for general practitioners. *Australian Family Physician, 41*(9), 672-676.
- Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., & Eifert, G. H. (2002). The relations of anxiety sensitivity, experiential avoidance, and alexithymic coping to young adults' motivations for drinking. *Behavior Modification, 26*, 274-296. <http://doi.org/10.1177/0145445502026002007>
- Szerman, N., Arias, F., Vega, P., Babín, F., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., y Poyo, F. (2011). Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones, 23*(3), 249-255. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.149>
- Szerman, N., Haro, G., Martínez-Raga, J., y Casas, M. (2011). Patología dual. En J. Bobes, M. Casas, y M. Gutiérrez (Eds.), *Manual de trastornos adictivos* (pp. 113-120). Enfoque Editorial.
- Szerman, N., & Peris, L. (2018). Precision psychiatry and dual disorders. *Journal of Dual Diagnosis, 14*(4), 237-246. <http://doi.org/10.1080/15504263.2018.1512727>
- Szerman, N., Torrens, M., Maldonado, R., Singh Balhara, Y. P., Salom, C., Maremmanni, I., Sher, L., Didia-Attas, J., Chen, J., Baler, R., & World Association on Dual Disorders (WADD) (2022). Addictive and other mental disorders: A call for a standardized definition of dual disorders. *Translational Psychiatry, 12*(1), 446. <http://doi.org/10.1038/s41398-022-02212-5>
- Szerman, N., Vega, P., Grau-López, L., Barral, C., Basurte-Villamor, I., Mesias, B., Rodríguez-Cintas, L., Martínez-Raga, J., Casas, M., & Roncero, C. (2016). Dual diagnosis resource needs in Spain: A national survey of professionals. *Journal of Dual Diagnosis, 10*(2), 84-90. <http://doi.org/10.1080/15504263.2014.906195>
- Torrens, M., Mestre-Pintó, J. I., Montanari, L., Vicente, J., & Domingo-Salvany, A. (2017). Dual diagnosis: A European perspective. *Adicciones, 29*(1), 3-5. <http://doi.org/10.20882/adicciones.933>
- Vandaele, Y., & Janak, P. H. (2018). Defining the place of habit in substance use disorders. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry, 87*(Pt A), 22-32. <https://doi.org/10.1016/j.pnpb.2017.06.029>
- Volkow, N. D., Torrens, M., Poznyak, V., Sáenz, E., Busse, A., Kashino, W., Krupchanka, D., Kesel, D., Campello, G., & Gerra, G. (2020). Managing dual disorders: A statement by the Informal Scientific Network, UN Commission on Narcotic Drugs. *World Psychiatry, 19*(3), 396-397. <http://doi.org/10.1002/wps.20796>
- Westrup, D. (1999). Experiential avoidance and alcohol dependence relapse. Experiential avoidance and alcohol dependence relapse [Doctoral dissertation, West Virginia University]. *Dissertation Abstracts International, 62*, 568. <http://doi.org/10.33915/etd.3171>
- White, R. G., Gumley, A. I., McTaggart, J., Rattrie, L., McConville, D., Cleare, S., & Mitchell, G. (2013). Depression and anxiety following psychosis: Associations with mindfulness and psychological flexibility. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 41*(1), 34-51. <http://doi.org/10.1017/S1352465812000239>
- Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Degenhardt, L., Feigin, V., & Vos, T. (2015). The global burden of mental, neurological and substance use disorders: An analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS ONE, 10*(2), e0116820. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0116820>
- Wolgast, M. (2014). What does the acceptance and action questionnaire (AAQ-II) really measure? *Behavior Therapy, 45*(6), 831-839. <http://doi.org/10.1016/j.beth.2014.07.002>
- Yager, J., & Feinstein, R. E. (2017). Potential applications of the National Institute of Mental Health's Research Domain

- Criteria (RDoC) to clinical psychiatric practice: How RDoC might be used in assessment, diagnostic processes, case formulation, treatment planning, and clinical notes. *Journal of Clinical Psychiatry*, 78(4), 423-432. <http://doi.org/10.4088/JCP.15nr10476>
- Yücel, M., Oldenhof, E., Ahmed, S. H., Belin, D., Billieux, J., Bowden-Jones, H., Carter, A., Chamberlain, S. R., Clark, L., Connor, J., Dalglis, M., Dom, G., Dannon, P., Duka, T., Fernandez-Serrano, M. J., Field, M., Franken, I., Goldstein, R. Z., Gonzalez, R., ... Verdejo-Garcia, A. (2019). A transdiagnostic dimensional approach towards a neuropsychological assessment for addiction: An international Delphi consensus study. *Addiction*, 114(6), 1095-1109. <http://doi.org/10.1111/add.14424>