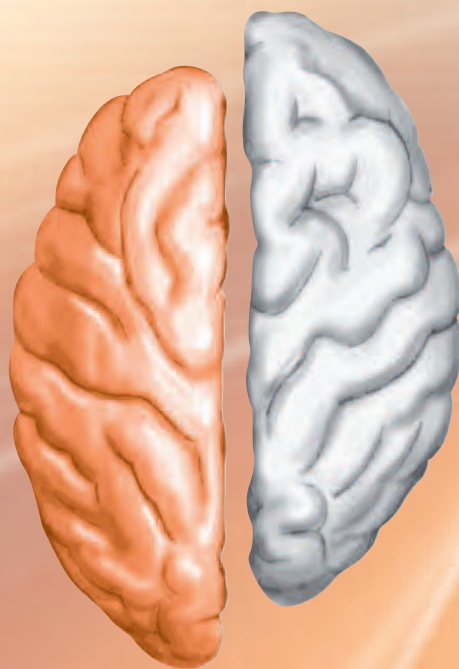


Patología Dual

Protocolos de intervención

Trastornos de personalidad



Director

Néstor Szerman

Autores

Lola Peris

Ariadna Balaguer



SEPD

Afiliada a la WPA ad-hoc



World Psychiatric
Association



Actividad
acreditada
por el Consell
Català de la
Formació
Mèdica
Continuada



ACREDITACIÓN DE LA OBRA
0,7 CRÉDITOS

ACTIVIDAD ACREDITADA
POR LA COMISIÓN DE
FORMACIÓN CONTINUADA DEL
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

SOCIDROGALCOHOL

Sociedad Científica Española
de Estudios sobre el Alcohol,
el Alcoholismo y las otras Toxicomanías



SECRETARÍA GENERAL
DE SANIDAD
DIRECCIÓN DEL
GOBIERNO PARA
EL PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS

SET



Patología Dual

Protocolos de intervención

Trastornos de personalidad



Director

Néstor Szerman

Presidente de la Sociedad Española de Patología Dual
Hospital Virgen de la Torre. Madrid

Autores

Lola Peris

Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario Mútua de Terrassa. Barcelona
Département de Psychiatrie. CNP
Neuchâtel. Suiza

Ariadna Balaguer

Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario Mútua de Terrassa. Barcelona

EDIKA MED

© 2010 Brainpharma

Edita: EdikaMed, S.L.

Josep Tarradellas, 52 - 08029 Barcelona
www.edikamed.com

ISBN 978-84-7877-608-5

Impreso por:

Depósito legal:

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del Copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

Índice

Introducción	1
Personalidad y trastorno de personalidad	1
Trastornos de personalidad y patología dual	3
Revisión de evidencias científicas	4
¿Conocemos las bases de esta comorbilidad?	5
Rasgos de personalidad, trastornos de personalidad y consumo de sustancias.....	6
Desde las sustancias	6
Datos globales	7
Rasgos de personalidad	7
Trastornos de personalidad	8
Datos globales: género	10
Datos específicos.....	11
Alcohol.....	11
Opiáceos.....	11
Cannabis.....	12
Cocaína.....	13
Tabaco.....	13
Desde los trastornos de personalidad	14
Un apunte sobre el tema de la impulsividad.....	15
¿Qué aporta la neurobiología?	16
Abordaje terapéutico.....	16
Evolución y resultados del tratamiento	16
Tratamiento de los pacientes con trastorno de personalidad y trastorno por uso de sustancias.....	17
Tratamiento farmacológico	20

Protocolos de intervención	21
Itinerario y recomendaciones a seguir en pacientes con patología dual en trastornos de personalidad	21
Bibliografía	22
Caso clínico	25
Test de evaluación	29

Introducción

Dentro de los temas que componen estos protocolos, se podría decir que éste presenta características diferenciales del resto. Los llamados, por el momento, trastornos del eje II, siguen resultando hoy en día motivo de controversia y de complejidad máxima a la hora de la investigación, la clínica y el tratamiento, careciendo en general de una evidente falta de estudios –quizá con la destacada excepción de alguno de ellos–. Esta misma complejidad repercute en el conocimiento y abordaje de su amplia comorbilidad con el consumo de sustancias, que, aunque todavía con grandes lagunas, constituye un campo de apasionante interés.

Personalidad y trastorno de personalidad

El término *personalidad*, descrito por Allport como una de las palabras más abstractas de nuestro lenguaje, se utiliza de diferentes maneras, desde una forma coloquial hasta la más técnica empleada por los profesionales de la salud mental. Como explica Michael Stone, el origen de la palabra se remonta a los anfiteatros griegos y romanos, en los cuales a los actores les resultaba difícil hacerse oír, por lo que a alguien se le ocurrió colocar un pequeño megáfono tras la abertura de la boca de las máscaras que llevaban

por (*per-*) el cual el sonido (*sona*) podía ser magnificado. La *personalidad*, entonces, representaba la intensificación de los rasgos individuales de cualquier carácter que el actor intentaba representar. «Persona» era, de hecho, la palabra latina para *máscara*, subrayando así lo externo de los aspectos de lo que se entiende ordinariamente por «personalidad». El término griego actual para personalidad, *prosopikotes*, procede del antiguo para «máscara» *prosopeion*; únicamente esta máscara derivaba de la palabra «cara» (*prosopon*), es decir, lo que estaba ante (*pros*) el ojo (*ops*). De nuevo se enfatiza lo que uno muestra al mundo exterior, aunque la palabra griega lo hacía sobre lo que se ve y la latina sobre lo que se oye [1].

La definición de *trastorno de personalidad* (TP) debería partir del conocimiento de la personalidad normal y de cómo están alteradas sus funciones. Sin embargo, las definiciones y caracterizaciones de los TP, no suelen aproximarse de este modo, listando rasgos que se considera que caracterizan un TP pero sin una racionalidad para su selección, un método que, entre otras cuestiones, no sería útil para el tratamiento; es necesario conocer mejor lo que funciona mal para intentar que vuelva a hacerlo adecuadamente. El término *personalidad*, de acuerdo con los investigado-

res del tema, se referiría a regularidades y consistencias en conducta y formas de experiencia, características permanentes que normalmente se describen como rasgos y que varían en cada individuo. La personalidad no sería una colección de rasgos, sino que la mayoría de los estudios resaltan la naturaleza integrada y organizada de la personalidad. Así, un objetivo fundamental de la investigación en personalidad es explicar esta coherencia y organización, términos que también son pertinentes para los TP [2].

Es un tema extendido que, pese al gran impacto que provocan los rasgos disfuncionales de personalidad, hay mucha insatisfacción con la conceptualización y definición actual de los TP en la clasificación psiquiátrica más habitualmente utilizada, el DSM, en su versión actual [3] (tabla 1), según se recordó en los grupos de trabajo formados en 1999 en la DSM-V Research Planning Conference, auspiciada por la American Psychiatric Association y el National Institute of Health ameri-

cano. En estas reuniones se destacó el soporte empírico y conceptual para un modelo dimensional alternativo de clasificación, aunque con la necesidad de una cuidadosa valoración, planteándose de hecho que, si se consideraba basar parte o todo el DSM-V en dimensiones más que en categorías, sería conveniente iniciarlo en primer lugar con los TP y, si este tipo de sistema funcionaba bien, se podría intentar en otros trastornos. Una de las conclusiones fue que un modelo dimensional de clasificación tiene mucho que ofrecer a la hora de mejorar el diagnóstico de un TP, pero una conversión a tal modelo se facilitaría por estudios centrados explícitamente en la identificación de puntos de corte para estas decisiones clínicas [4].

De acuerdo con Widiger y Simonsen, la mayoría de las escalas de los modelos dimensionales desarrollados por distintos autores (Cloninger, Clark, Eysenck, Livesley, Millon, Schedler y Westen, Tyrer, Zuckerman, etc.) se podrían integrar bien en cuatro

Tabla 1. Trastornos de personalidad (TP). Criterios diagnósticos generales DSM-IV-TR

- A.** Un *patrón permanente* de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, en dos o más:
 - Cognición
 - Afectividad
 - Actividad interpersonal
 - Control de los impulsos
- B.** Este patrón persistente es *inflexible* y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales
- C.** Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo
- D.** El patrón es *estable y de larga duración* y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta
- E.** El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental
- F.** El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica

amplios dominios de funcionamiento adaptativo y desadaptativo de personalidad: *disregulación emocional* versus *estabilidad emocional*, *reserva* versus *impulsividad*, *extroversión* versus *introversión* y *antagonismo* versus *conformidad*. El funcionamiento desadaptativo de estos dominios podría favorecer el consumo de distintas sustancias [5].

Estos amplios dominios compatibilizarían bien con la investigación existente hasta el momento, que subraya la co-ocurrencia de la personalidad con otros trastornos mentales, especialmente cuando esta estructura se entiende jerárquicamente. Sobre los cuatro o cinco amplios dominios parecerían encontrarse dos amplios constructos de *internalización* y *externalización*, mientras que bajo ellos estarían las facetas más específicas de la estructura de personalidad normal y anormal, que tendría la mayor relevancia clínica directa –si bien se señala que se necesita más investigación para definir de forma más precisa cómo integrar la clasificación de otros trastornos mentales con modelos estructurales de personalidad [5].

Trastornos de personalidad y patología dual

La personalidad ha sido definida de forma general como la totalidad de los rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en condiciones normales, por lo que sería relativamente estable y predecible. En la actualidad se asume que la personalidad es la suma de temperamento y carácter, es decir, el producto de las interacciones entre aspectos constitucionales, experiencias del desarrollo temprano y de la vida posterior; esta misma suma, como se verá más adelante, se encuentra en la base de la relación entre los TP y el consumo de sustancias.

Los TP son variantes de los rasgos de personalidad, inflexibles y desadaptativos,

que causan o bien un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo [3]. La clasificación DSM-IV-TR los divide en tres grupos o *clusters* (reconociendo su utilidad a nivel de investigación y docencia, pero también sus limitaciones):

- *Cluster A* (raro-excéntrico): trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico.
- *Cluster B* (dramático-emocional): trastornos límite o *borderline*, histriónico, narcisista y antisocial.
- *Cluster C* (ansioso-temeroso): trastornos obsesivo-compulsivo, dependiente y evitativo.
- Se mantiene igualmente una categoría residual, el trastorno de personalidad no especificado, que incluiría trastornos mixtos o aquéllos en investigación.

La *prevalencia* estimada de TP en la comunidad varía ampliamente según distintos estudios, desde un 5,9 hasta un 22,5%, y también varían las tasas de prevalencia de cada trastorno, considerándose en general que el *cluster C* es el más prevalente. Suelen tener considerables dificultades en su funcionamiento general y su salud, afectando su existencia el curso y pronóstico de otros trastornos psíquicos.

En la actualidad, aunque la alta *comorbilidad entre TP y consumo de sustancias* está suficientemente documentada, quedan todavía muchas incógnitas por resolver. Sin embargo, hay distintos factores que han dificultado el reconocimiento de esta amplia comorbilidad, como la conceptualización relativamente reciente de las conductas adictivas como enfermedades cerebrales y no meros problemas sociales, la aún persistente controversia sobre los TP, la antigua y desechada

conceptualización de la «personalidad pre-adictiva» y las discrepancias sobre el concepto de comorbilidad [6].

Un amplio estudio epidemiológico realizado en Estados Unidos ($n = 43.093$) en población general del que se siguen publicando resultados, el NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions), refrenda una vez más la importante asociación entre TP y trastornos por uso de sustancias (TUS), encontrando que entre los consumidores de alcohol el 28,6% tenía al menos un TP, así como el 47,7% de consumidores de otras sustancias, mientras que el 16,4% de sujetos con al menos un TP presentaban un trastorno por uso de alcohol comórbido, y el 6,5% un trastorno por uso de otras sustancias. Los trastornos relacionados con el alcohol mostraban más TP antisocial, histriónico y dependiente, igual que los trastornos por uso de otras sustancias. Las asociaciones entre TP obsesivo-compulsivo, histriónico, esquizoide y antisocial y trastornos específicos de uso de al-

guna sustancia fueron significativamente más fuertes en mujeres, mientras que en hombres lo fueron más entre TP dependiente y dependencia de sustancias, sesgo que pudiera estar influido precisamente por ser un estudio en población general [7]. Es importante señalar que este estudio no valoró el trastorno límite (precisamente uno de los considerados más comórbidos con consumo de sustancias), esquizotípico ni narcisista, encontrándose pendientes de una evaluación posterior.

En España, un reciente estudio epidemiológico sobre patología dual en población clínica que demanda asistencia, promovido por la Sociedad Española de Patología Dual y pendiente de publicación, obtuvo una prevalencia de TP del 71%, utilizando como instrumento de medida la entrevista PDQ4+, con la que se apreció presencia destacada de los trastornos «depresivo» (25%), límite (25%) y paranoide (24%), seguidos por evitativo (23%), obsesivo-compulsivo (22%) y antisocial (20%) [8].

Revisión de evidencias científicas

A pesar de los avances en la investigación, todavía estamos lejos de conocer la etiología de la relación entre trastornos adictivos y otros trastornos mentales, resultando más complejo si cabe con los TP que con los del eje I. La alta prevalencia de consumo de sustancias en pacientes con TP ha sido reiterada en muchos estudios. De hecho, la prevalencia de trastornos del eje II en muestras no clínicas oscila entre 10 y 14,8%, en pacientes psiquiátricos entre 45,2 y 80% y en adictos en tratamiento entre 34,8 y 73%. Es decir, los TP son 4 veces más

prevalentes en muestras clínicas que entre la población general, lo que se ha encontrado que ocurre igualmente con el uso de sustancias [9]. El amplio rango de variaciones en las prevalencias, según diferentes estudios, puede deberse a cuestiones como las características de las muestras (tamaño, género, edad, diferencias socioculturales), la sustancia primaria de abuso o el encuadre de tratamiento, así como a los específicos criterios de diagnóstico empleados.

Pese a todo, el diagnóstico de TP en adictos a sustancias ha sido y continúa siendo en

parte un tema controvertido, especialmente en cuanto a la dificultad de valoración de rasgos disfuncionales, que pudieran resultar condiciones transitorias secundarias a los problemas adictivos más que a verdaderos TP. Esta cuestión ha sido rechazada por diferentes estudios, demostrándose, por ejemplo, que la prevalencia de TP es similar entre los consumidores activos de sustancias y los que tienen un diagnóstico antiguo de tales trastornos [10], o que la remisión del uso de sustancias no se asociaba de forma significativa con la de la patología de personalidad, es decir, no serían artefactos relacionados con el uso de sustancias (lo que sí ocurre, al menos parcialmente, con trastornos afectivos y ansiosos) [11], aun cuando no se pueda excluir el hecho de que algunos síntomas presentes en adictos no estén favorecidos por las sustancias de consumo.

¿Conocemos las bases de esta comorbilidad?

Verheul, un autor que ha investigado de forma amplia el tema que nos ocupa, recalca que los TP y los TUS co-ocurren de forma mucho más destacada de lo que sería simplemente casual, sugiriendo que adicción y personalidad están relacionadas causalmente de algún modo en los individuos con comorbilidad [9]; así, plantea potenciales relaciones causales, resumiendo que, tras diferentes conceptualizaciones y modelos sobre la posible relación entre ambas patologías, en la actualidad la etiología de la adicción se considera mejor descrita como modelos de *estrés-diátesis bioconductual*, en los que el inicio y evolución de la adicción resultaría de una interacción recíproca continua entre las vulnerabilidades biológicas y psicológicas y los recursos del individuo, por un lado, y sus circunstancias psicosociales, por el otro.

La evidencia actual sobre la importancia de la personalidad patológica en la etiología del uso de sustancias se desprende de:

- a) Estudios que muestran alta comorbilidad entre ciertos TP y los TUS.
- b) Estudios longitudinales que destacan cómo ciertas características de personalidad predicen la aparición posterior de uso de sustancias y problemas adictivos.
- c) Estudios retrospectivos que muestran que en un número destacado de casos la psicopatología precede a los TUS.

El mismo autor muestra en otro artículo que se pueden distinguir, al menos, tres *vías diferentes hacia la adicción*, en las cuales los factores de personalidad tendrían un importante papel etiológico: la vía de la desinhibición conductual, la de la reducción del estrés y la de la sensibilidad a la recompensa, las cuales explicarían la mayor parte de la comorbilidad observada entre TP y TUS [12]:

- La vía de la desinhibición conductual predeciría que los individuos que puntúan alto en rasgos como antisociabilidad e impulsividad y bajo en reserva o evitación del daño tienen umbrales más bajos hacia conductas como el consumo de sustancias. Esta vía destacaría en la comorbilidad del trastorno antisocial de personalidad y, hasta cierto punto, la del trastorno *borderline*, y las sustancias más habitualmente relacionadas (aunque no necesariamente las únicas, como en el resto de vías) serían cocaína y anfetaminas. Ésta se consideraría, por el momento, la mejor documentada por diferentes estudios.
- La vía de la reducción del estrés predeciría que individuos que puntuaran alto en ras-

gos como reactividad al estrés, sensibilidad a la ansiedad y neuroticismo son vulnerables a acontecimientos vitales estresantes, respondiendo con ansiedad y labilidad afectiva, lo que, a su vez, puede convertirse en motivo de uso de sustancias como automedicación. Esta vía destacaría en la comorbilidad de los TP evitativo, dependiente, esquizotípico y *borderline*. Las sustancias utilizadas más habitualmente en este caso serían alcohol, tabaco, heroína y benzodiazepinas. Varios estudios han aportado igualmente amplia evidencia sobre esta vía.

- La vía de la sensibilidad a la recompensa predeciría que individuos que puntúan alto en rasgos como búsqueda de novedades, búsqueda de recompensa, extraversión y gregarismo consumirían sustancias por sus propiedades reforzantes positivas. También diferentes estudios muestran resultados consistentes con esta hipótesis. Destacaría en la comorbilidad de los TP histriónico y narcisista, y las sustancias podrían ser la mayoría, aunque la elección de cocaína u otros estimulantes parecería la más congruente.

Estas vías propuestas podrían relacionarse con alteraciones en distintos circuitos neurales o sistemas de neurotransmisión:

- a) La desinhibición conductual y la impulsividad podrían relacionarse primariamente con déficits serotoninérgicos.
- b) La reactividad al estrés o sensibilidad a la ansiedad con excitabilidad neuronal aumentada por inhibición reducida desde el sistema glutamato-GABA.
- c) La sensibilidad a la recompensa o la extroversión podrían relacionarse con hiperreactividad dopaminérgica u opioidérgica.

Estas evidencias entre características clínicas y disregulaciones neuroquímicas subyacentes son preliminares, pero resultan prometedoras para un tratamiento individualizado para cada paciente en el futuro. La investigación en este sentido en los últimos años avanza de forma lenta pero va ofreciendo interesantes resultados.

Sher y Trull [13] resumieron tres hipótesis sobre la comorbilidad entre TP y TUS:

- TUS y TP están causados por una influencia común (p. ej., factores genéticos, trauma infantil temprano, etc.).
- Los TP causan TUS.
- Los TUS causan los TP.

Plantean que quizá es posible que los tres modelos sean ciertos en distintos grados, aunque resulta difícil argumentar el tercero (es el que menos evidencias empíricas tiene), siendo más probable que los efectos agudos de la intoxicación, las consecuencias psicosociales del uso de sustancias y los cambios neurofarmacológicos que produciría la dependencia física podrían exacerbar la sintomatología de los TP y contribuir a su cronicidad, al tiempo que esa sintomatología agravada podría dar lugar a mayor alteración del control de impulsos e inestabilidad afectiva, lo que provocaría a su vez una dependencia más severa.

Rasgos de personalidad, trastornos de personalidad y consumo de sustancias

Desde las sustancias

Un creciente volumen de estudios ha valorado la relación entre determinados rasgos de personalidad y consumo de sustancias, con el objetivo de conocer qué rasgos

serían los de mayor riesgo para la aparición de un TUS, y si ciertos rasgos favorecerían más que otros el consumo de determinadas sustancias. Los resultados y las inconsistencias ocasionales entre ellos se deben a varios factores, como serían las diferencias entre los instrumentos empleados para valorar la personalidad, el tamaño inadecuado de las muestras o las diferencias socioculturales o de género, apareciendo variaciones destacadas desde estudios que no encuentran grandes diferencias con la población general (los menos y, de forma especial, en alcohólicos) hasta los que las encuentran habitualmente de manera amplia y consistente. Igualmente, resulta difícil recoger tales estudios y resultados de forma sistemática, dada la diversa metodología empleada en ellos, ya sea en cuanto a las muestras (población general, clínica o mixtas) o a los instrumentos empleados (valoración de rasgos y dimensiones de personalidad, entrevistas clínicas estructuradas o ambos).

Datos globales

RASGOS DE PERSONALIDAD

Partiendo precisamente de los problemas metodológicos que aparecen ante la complejidad de la relación entre personalidad, TP y uso de sustancias, Grekin et al. [14] efectuaron un meticuloso estudio en 3.720 estudiantes universitarios utilizando el NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI), que valora cinco dimensiones de la personalidad: neuroticismo, extroversión, conformidad, autotranscendencia y apertura a la experiencia, y el Tridimensional Personality Questionnaire short form (TPQ-S), que valora otras tres dimensiones: búsqueda de novedades, evitación del daño y dependencia de la recompensa; se valoró igualmente la presencia de

trastornos de conducta antes de los 15 años. Encontraron que la antisociabilidad y ciertos rasgos centrales de personalidad predicen muchos tipos de patología con las sustancias; concretamente, la búsqueda de novedades y los síntomas de trastornos de conducta se asociaron con síntomas de dependencia a alcohol, tabaco y otras drogas, mientras el neuroticismo los predijo más modestamente. Varios rasgos de personalidad se relacionaron específicamente con síntomas de dependencia a determinadas sustancias; así, extroversión y apertura a la experiencia predijeron sintomatología en relación con el alcohol, la baja autotranscendencia predijo síntomas de otras drogas, y la apertura a la experiencia y baja autotranscendencia, sintomatología sobre el tabaco. También la alta apertura a la experiencia fue factor de predicción de síntomas de dependencia al tabaco, y la extroversión y baja apertura a la experiencia, síntomas de dependencia al alcohol. Se apreció que la relación personalidad-TUS disminuyó sustancialmente cuando se añadieron los síntomas de trastornos conductuales a la ecuación, aunque la personalidad siguió prediciendo el uso de sustancias (de forma menos intensa) tras controlar los síntomas de trastornos conductuales y viceversa. Esto podría tener distintas explicaciones, pero, en conjunto, estos hallazgos sugerirían que podría haber muchos caminos por los que la personalidad y los trastornos conductuales llevan a la dependencia de sustancias.

Por último, encontraron cambios en la relación entre patología de personalidad-sustancias tras controlar TUS comórbidos. Específicamente neuroticismo, baja autotranscendencia y búsqueda de novedades ya no predijeron síntomas de dependencia a otras drogas tras controlar los de dependencia a ta-

baco y alcohol e, igualmente, género, neuroticismo, baja autotranscendencia y trastornos de conducta ya no predijeron dependencia de tabaco tras controlar síntomas de alcohol y drogas. Sin embargo, la predicción sobre el alcohol no cambió tras controlar síntomas en relación con tabaco y otras drogas, sugiriendo que los rasgos de desinhibición y neuroticismo predicen patología alcohólica. En cualquier caso, los autores reconocen las limitaciones del estudio, empezando por los abandonos de los policonsumidores o los dependientes más graves y la valoración de la dependencia a sustancias como un constructo global, no pudiendo valorar los correlatos de personalidad con categorías de dependencia individuales o el nivel socioeconómico de la muestra.

Terraciano et al. [15], utilizando el Inventario de Personalidad NEO revisado en una amplia muestra en la comunidad estadounidense, aparte de confirmar altos niveles de afectividad negativa y rasgos impulsivos en los consumidores, obtuvieron que: los fumadores puntuaban bajo en escrupulosidad y alto en neuroticismo; los consumidores de cocaína y/o heroína, muy alto en neuroticismo –especialmente vulnerabilidad– y muy bajo en escrupulosidad –especialmente competencia, búsqueda de objetivos y deliberación–, mientras que los consumidores de marihuana puntuaron alto en apertura a la experiencia, medio en neuroticismo y bajo en conformidad y escrupulosidad. Distintos subfactores relacionados con la impulsividad se asociaron con el consumo de todas las sustancias. En comparación con sus resultados, aluden a los estudios previos en diferentes sustancias, recogiendo:

- *Tabaco*: recalcan que existen muchos más estudios sobre los correlatos de per-

sonalidad en los fumadores de tabaco que en los de sustancias no legales, en los cuales las muestras suelen ser pequeñas y se utilizan diferentes medidas de personalidad. Se ha apreciado que los fumadores puntuaban alto en aspectos relacionados con impulsividad y neuroticismo, y bajo en conformidad y autotranscendencia [16], y en estudios europeos y asiáticos puntuaban también alto en extroversión.

- *Marihuana*: un metaanálisis [17] que categorizó los rasgos en *afecto negativo* (como depresión, ansiedad), *emocionalidad* (extroversión, desinhibición social) e *inconveniencia* (tolerancia a las desviaciones, irreligiosidad), los cuales podrían coincidir con neuroticismo, extroversión y apertura, respectivamente, sugirió que el uso de marihuana se relacionaba con altos niveles de inconveniencia y sólo débilmente con emocionalidad y afecto negativo.
- *Cocaína*: los consumidores se caracterizarían por altos niveles de rasgos relacionados con el neuroticismo, tales como depresión e impulsividad, así como psicoticismo, un rasgo relacionado con baja conformidad y baja autotranscendencia [18, 19].
- *Heroína*: los estudios los dibujan repetidamente como con alto neuroticismo [20]. Muchos estudios muestran una asociación con alta extroversión y alto psicoticismo, aunque de forma menos consistente.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Trull et al. [21] estudiaron una muestra no clínica de 395 individuos, de los cuales la mitad eran hombres y también la mitad tenían antecedentes familiares de alcoholismo; administraron tres cuestionarios de personalidad

diferentes para poder valorar dimensiones más ampliamente, además de la Entrevista Estructurada para Personalidad del DSM-IV (SIDP-IV) y una entrevista estructurada para valorar los consumos (DIS, Diagnostic Interview Schedule). Encontraron que las relaciones entre síntomas de TP y diagnóstico de alcohol o uso de otras sustancias no se explicaban completamente por la covariación entre estos diagnósticos y las puntuaciones de los más destacados rasgos de personalidad. Además, se observaron relaciones diferenciales entre síntomas de TP y diagnósticos de uso de sustancias. Las puntuaciones en los síntomas del *cluster* B fueron significativamente predictores únicos de ello, mientras las del *cluster* A lo fueron de dependencia al tabaco. Entre los distintos TP, los síntomas del *borderline* y del antisocial fueron los predictores independientes más fuertes del diagnóstico de uso de alcohol. Recalcan los autores que sus resultados apoyan que diferentes rasgos desadaptativos de personalidad son relevantes para diferentes formas de TUS. Concluyen que estos rasgos son los que están más probablemente relacionados con TUS y, aunque obtuvieron una importante asociación con impulsividad-desinhibición y TUS, encontraron también asociación entre síntomas de trastorno *borderline* y trastorno por uso de alcohol por encima de otros TP y medidas de personalidad que reflejaran alta impulsividad, lo que sugeriría la necesidad de mirar más allá de la antisociabilidad como indicador primario de un TP externalizador. Insisten en la necesidad de ampliar los métodos y constructos para estudiar las relaciones entre personalidad y TUS, recordando la importancia de evaluar en la clínica la presencia de TP, especialmente del *cluster* B, en los pacientes consumidores de sustancias.

Antes del desarrollo de entrevistas estandarizadas adecuadas para los trastornos del eje II, sólo existían para el diagnóstico del trastorno antisocial, creándose la falsa percepción de que la comorbilidad de los TUS se limitaba a dicho trastorno. Distintos estudios han valorado posteriormente esta comorbilidad, encontrándose la coexistencia de diferentes TP en los consumidores de sustancias, si bien los resultados son difíciles de contrastar o comparar en buena parte de ellos por cuestiones metodológicas, uno de los argumentos esgrimidos por Skodol et al. [10] para realizar un riguroso estudio en esta línea, en pacientes diagnosticados de TP. En él, un 59% de los pacientes tenían consumo activo de sustancias y un 55% lo tuvieron a lo largo de su evolución, tomando un 60% de los consumidores alcohol y un 65% otras sustancias. En los consumidores activos encontraron que la tasa de TP era elevada sólo en pacientes no consumidores de alcohol ni cannabis, y en ellos la posibilidad de presentar un trastorno del grupo B fue 12 veces mayor, especialmente con el *borderline* y el histriónico (aunque por las características de la muestra argumentan que quizá existiera más sesgo hacia el *borderline* y menos al antisocial). Encontraron también alta probabilidad de trastorno *borderline* en los pacientes con historia de consumo de alcohol, estimulantes y otras sustancias excepto cannabis; la personalidad antisocial se asoció con historia de consumo de sustancias que no fueran alcohol, cannabis ni estimulantes. Cuando se diagnosticó un TP comórbido se comprobó que coincidía con inicio temprano del uso de sustancias. No se apreció evidencia de que los TP aumentaran la cronicidad de los TUS, pero sí se observó peor funcionamiento global si existía comorbilidad con TP.

Skindstad y Swain [22] estudiaron la comorbilidad tanto del eje II como del I en una muestra de 125 hombres dependientes de sustancias ingresados para tratamiento, observando que los TP más frecuentes eran del *cluster* B, *borderline* y antisocial especialmente, seguidos por evitativo y obsesivo-compulsivo (y pasivo-agresivo) del *cluster* C, y después esquizoide en el *cluster* A; los pacientes con trastorno *borderline* mostraban la mayor tasa de comorbilidad. Los dependientes de varias sustancias tenían más riesgo de trastornos del eje II, cumpliendo el 56% de ellos criterios para un trastorno del *cluster* B, los más frecuentes *borderline* e histriónico.

DATOS GLOBALES: GÉNERO

Por otra parte, se debe resaltar que en muchos estudios no se valoran diferencias entre hombres y mujeres consumidores, cuando la investigación en los últimos años está demostrando que existen de forma clara. Landheim et al. [23] estudiaron las diferencias de género entre policonsumidores y alcohólicos puros, encontrando una mayor prevalencia general de TP antisocial, pasivo-agresivo y *borderline*, mientras en los alcohólicos destacaba el trastorno dependiente. Las mujeres policonsumidoras presentaban más trastornos *borderline*, mientras los hombres más antisocial. Las mujeres dependientes sólo de alcohol tenían más a menudo trastornos del *cluster* C, mientras los hombres del *cluster* A, especialmente trastorno esquizoide. Los autores plantean que esto indicaría importantes diferencias en las necesidades terapéuticas.

Kashdan et al. [24], en una muestra de 427 adultos jóvenes, bebedores sociales, encontraron diferencias significativas entre personalidad y consumo de sustancias, así como diferencias de género. La afectividad negativa se relacionó con mayor utilización de sustan-

cias ilícitas, pero no con alcohol o tabaco; la autotrascendencia se relacionó con menos uso de alcohol y tabaco, los que mediaban en este caso la relación con menos uso de marihuana y otras sustancias ilícitas. En las mujeres, la autotrascendencia se asoció con menos alcohol y tabaco que los hombres, en los cuales el uso de alcohol y tabaco llevaba más al de marihuana.

Por su parte, Conrod et al. [25], intentando identificar factores que fueran específicos de género y recordando la relativa escasez de estudios en mujeres dependientes, valoraron a 300 mujeres adictas que no se encontraban en tratamiento: 84,2% dependientes de alcohol, 26,7% de ansiolíticos, 6,2% de opioides, 19,9% de cocaína y 9,9% de cannabis. El 60% dependía de una sola sustancia, el 28,2% de dos y el 11,1% de tres o más. Se identificaron distintos subtipos de mujeres con diferente riesgo de trastornos adictivos o no: un subtipo ansioso-sensitivo mostró más riesgo vital para dependencia de ansiolíticos, trastorno por somatización y fobia simple; un subtipo introvertido-desesperanzado evidenció mayor riesgo vital para la dependencia de opiáceos, fobia social y trastornos depresivos y por dolor. La búsqueda de sensaciones se asoció exclusivamente con dependencia del alcohol, y la impulsividad con altas tasas de trastorno antisocial y dependencia de alcohol y cocaína sobre todo, aunque también con cannabis (aún cuando se valora la posibilidad de que la dependencia pueda favorecer un aumento de las conductas impulsivas y antisociales).

En conclusión, siguen persistiendo muchas cuestiones aún no contestadas en la relación personalidad-TP-TUS. Todavía no está claro si diferentes rasgos de personalidad predicen diferentes tipos de dependencia a sustancias, existiendo alguna evidencia que sugiere que los correlatos de personalidad

son similares para las diferentes sustancias, mientras otras sugieren que diferentes rasgos de personalidad predicen diferentes tipos de TUS. Por otro lado, la alta comorbilidad en el uso de varias sustancias en un mismo individuo (según estudios, alrededor de un 30%) dificulta conocer si un único rasgo se relaciona con todos los tipos de TUS, o diferentes rasgos se relacionan con diferentes tipos de TUS o, incluso, si las relaciones entre personalidad y dependencia de sustancias están mediadas por los TUS comórbidos [14].

Datos específicos

ALCOHOL

Los estudios centrados en la dependencia del alcohol relacionándola con las dimensiones de personalidad y la comorbilidad psicopatológica son relativamente escasos, aunque la mayoría de autores consideran que la personalidad tiene un lugar prevalente en el desarrollo del alcoholismo, y los rasgos que se han asociado más comúnmente con problemas con el alcohol destacan la impulsividad-desinhibición y neuroticismo-afectividad negativa, mientras que el papel de otros como extroversión-sociabilidad ofrece datos poco concluyentes [21].

Torgensen et al. [26] refieren tasas de comorbilidad de TP con consumo de alcohol, tanto en población general como en muestras clínicas, que oscilaban entre 50-92%, con trastorno *borderline* (TBP) entre 12-53% y trastorno antisocial (TAP) entre 9-23%, resaltando también altas tasas de trastornos evitativo, histriónico y paranoide.

En un estudio que compara pacientes dependientes de alcohol en tratamiento, pacientes sin consumo de sustancias y sujetos sanos, se concluye que los dos primeros grupos tienen peor adaptación familiar y presentan muchos síntomas ansioso-depresivos,

y los dependientes del alcohol tienden a ser más impulsivos y buscadores de sensaciones, dominando entre ellos los TP histriónico, narcisista y antisocial [27].

En una muestra de 158 alcohólicos en tratamiento, Echeburúa et al. [28] encontraron que los alcohólicos tipo II (pacientes con inicio más temprano del consumo y mayor vulnerabilidad biológica) eran más impulsivos y buscadores de sensaciones y presentaban más hostilidad y malestar emocional que los del tipo I (de inicio tardío y pronóstico en principio menos grave). Los TP más prevalentes entre el tipo II fueron narcisista y paranoide; en el caso del tipo I, los TP no resultaron tan prevalentes.

Centrándose más específicamente en el *cluster B*, considerado el más tendente a las conductas adictivas, Dom et al. [29] encuentran que los pacientes dependientes del alcohol con un TP del *cluster B* o sin TP difieren en la inhibición conductual y la impulsividad autoinformada (impulsividad no planificada), pero no en la activación de su habilidad para retrasar la gratificación. Los autores plantean que se ha documentado en distintas ocasiones que la impulsividad no planificada podría tener un papel prominente en la comorbilidad entre *cluster B* y abuso de sustancias, pero, sin embargo, varios estudios recientes han sugerido que son las alteraciones en tareas conductuales y no los niveles de impulsividad autoinformada los que predicen la recaída en conductas adictivas.

OPIÁCEOS

Hay diferentes estudios en la literatura médica que destacan patología de la personalidad en dependientes de opiáceos, apareciendo en ellos de forma más habitual rasgos y trastornos de los *clusters B* y *C*, y especialmente del trastorno antisocial de personalidad, señalando algunos autores que un 90% de estos adictos presentaban patología en su personalidad, aunque la falta de estu-

dios previos al inicio de la adicción cuestionaría su aparición en el curso de la misma o su existencia previa [30].

En el Australian Treatment Outcome Study (ATOS), en 615 consumidores de heroína, el 46% cumplía criterios diagnósticos para trastorno *borderline*, el 71 % para trastorno antisocial y el 38% para ambos diagnósticos, mientras sólo el 21 % no tenía diagnóstico. Se comprobó una fuerte relación entre trastorno *borderline* e intentos de suicidio, compartir agujas y variada psicopatología, mientras que los antisociales no destacaban en ninguno de estos dominios y no diferían de forma significativa de los sin diagnóstico [31].

Sin embargo, resulta interesante un estudio de Cohen et al. [32] comparando rasgos de personalidad en adictos a heroína ya deshabitados sin terapia de mantenimiento con metadona con los que permanecían en ella. Utilizando el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II) y el Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger (TCI), obtuvieron alteraciones caracterológicas globales que incluían síntomas de los *clusters* A, B y C, presentando los que no habían abandonado la metadona más búsqueda de novedades y menor autocontrol que los controles, mientras que los que la habían abandonado puntuaban más alto que los controles en dos escalas del *cluster* A de personalidad y en la escala de trastorno delirante, concluyendo que la patología del espectro de la esquizofrenia en pacientes previamente adictos a opiáceos podría ser mayor de lo estimado y relevante a la hora de seleccionar el tratamiento.

CANNABIS

Hasta la actualidad, muy pocos estudios han abordado la relación entre TP y adicción al cannabis. Un estudio realizado en consumidores importantes de éste obtuvo tasas

elevadas de TP y depresión en comparación con consumidores de otras drogas, y muy leve aumento de la prevalencia de esquizofrenia [33]. Mientras Flory et al. [34] encontraron en otro estudio que el abuso de marihuana se caracterizaba por baja extroversión y alta apertura a la experiencia.

- *Cluster* A: diversos estudios ponen de manifiesto que rasgos esquizotípicos en personas sanas discriminan a consumidores de cannabis frente a los que no lo son. La discusión sigue abierta sobre si el cannabis, al alterar la sincronización neural da lugar a esquizotipia o la esquizotipia incrementa la tendencia a usar cannabis, debate que muchos autores resuelven valorando que tanto la hipótesis de la automedicación como la causal pueden ser ciertas. El trastorno esquizotípico es uno de los TP que más se ha puesto en relación con el consumo y adicción al cannabis, no ocurriendo así con los otros dos trastornos de este grupo [6].
- *Cluster* B: la búsqueda de sensaciones, uno de los rasgos de personalidad presente en este grupo, se ha relacionado con el consumo de cannabis. En estudios en adolescentes se ha documentado relación entre el consumo de cannabis y el desarrollo de problemas de conducta, como el trastorno desafiante, que precede a algunos TP como el antisocial en adultos, existiendo de hecho trabajos que relacionan el trastorno antisocial con el cannabis. En el trastorno *borderline*, algunos estudios reconocen su uso frecuente sin más y otros incluso relacionan la sintomatología con la frecuencia de su uso; su relación con el consumo de cannabis es compleja y ambigua, en cuanto a que lo utilizarían para mejorar su malestar de forma amplia, pero puede favorecer la aparición de psicopato-

logía como síntomas pseudoparanoides. Sobre el trastorno histriónico y narcisista no existen datos por el momento aunque, por sus características psicopatológicas, se podría presumir que el cannabis no sería la sustancia adictiva predominante para ellos.

- *Cluster C*: pese a la acción moduladora potencial del cannabis sobre estados ansiosos, destacados en este grupo, no existen por el momento estudios que exploren esta relación. Desde la experiencia clínica se podría orientar que probablemente sea el trastorno evitativo el que más habitualmente lo utilice, y el trastorno obsesivo el que menos [6].

COCAÍNA

Existen pocos estudios que valoren de forma independiente los TP en dependientes de cocaína, y con cierta variabilidad en los resultados, aunque con mayor preponderancia de trastornos del *cluster B*. Entre ellos, Kranzler et al. [35] encontraron una prevalencia del 70%, al menos, de un TP en pacientes dependientes de cocaína que ingresaban para rehabilitación, siendo el más común *borderline* (34%), seguido por antisocial y narcisista (28% cada uno), evitativo y paranoide (cada uno 22%), obsesivo-compulsivo (16%) y dependiente (10%).

Por su parte, López y Becoña [36], utilizando el MCMI-II, encontraron como rasgos básicos más prevalentes en estos pacientes los pasivo-agresivos, antisociales, narcisistas e histriónicos, y *borderline* y paranoides como más prevalentes en cuanto a patología de personalidad.

TABACO

Es interesante destacar que los estudios centrados en el tabaco suelen hacer referencia a rasgos y dimensiones de personalidad,

no aludiendo habitualmente a trastornos, lo que sí ocurre con el resto de sustancias.

Muchos estudios sobre esta relación se han realizado siguiendo el modelo teórico propuesto por Eysenck en 1967, según el cual tres dimensiones de la personalidad se podrían relacionar con él: extroversión (comprendería factores como sociabilidad, asertividad, emociones positivas, vivacidad y nivel de actividad), neuroticismo (ansiedad, depresión, vulnerabilidad psicológica, hostilidad y rabia) y psicoticismo (impulsividad, cinismo, frialdad, tendencias antisociales, conformidad reducida, inhibición reducida, búsqueda de sensaciones estimulantes o excitantes y baja autotrascendencia). Los extrovertidos se caracterizarían por baja excitabilidad cortical, pudiendo intentar un cambio en su entorno exterior con más actividad o interior consumiendo sustancias. Los neuróticos experimentarían una reducción de afectividad negativa al fumar y su relación es más consistente que con la extroversión (asociación que ha disminuido en la actualidad posiblemente porque fumar se ha convertido en un hábito indeseable socialmente). En cualquier caso, la asociación con el factor psicoticismo es más consistente y se ha confirmado en diversos estudios [37].

Otros enfoques también han centrado el interés en la relación entre tabaco y personalidad; en concreto, parece existir una fuerte asociación con la búsqueda de sensaciones. Los individuos que puntúan alto en este factor también presentan bajos niveles de estimulación cortical y tienden a infravalorar los riesgos —de hecho, se plantea una fuerte asociación entre búsqueda de sensaciones e impulsividad, proponiéndose por investigadores en este tema una aún más amplia dimensión de personalidad a partir de la conjugación de ambas, llamada

impulsividad-búsqueda de sensaciones, que sería relevante para la predisposición a correr riesgos y, entre ellos, el consumo de tabaco u otras sustancias.

Resumiendo lo publicado, y aunque los resultados aún son controvertidos, los fumadores tienden a ser más extrovertidos, tensos, ansiosos, depresivos, impulsivos y a presentar mayor neuroticismo, psicoticismo, búsqueda de sensaciones y novedades, tendiendo a conductas antisociales/no convencionales/arriesgadas, cuando se les compara con no fumadores o anteriores fumadores [37].

Desde los trastornos de personalidad

El *cluster* B es, como hemos visto, el que más se ha relacionado con el consumo de sustancias y en el que, con diferencia, más se ha estudiado, siendo casi anecdóticos los datos que se centran en los otros dos *clusters*, que sólo suelen aparecer mencionados en estudios generales sobre esta patología dual. Este sesgo quizá podría tener relación también con la escasez de estudios sobre el tema que nos ocupa realizados por investigadores y clínicos dedicados a los TP, partiendo la mayoría desde los dedicados al consumo de sustancias.

El *cluster* B es también el grupo en el que predomina mayor impulsividad, con lo que cabría recordar su probable y repetidamente señalado papel como factor de vulnerabilidad para las adicciones. Así, Bornovalova et al. [38] subrayan la alta comorbilidad en concreto entre el trastorno *borderline* y los TUS en los estudios, argumentando que la impulsividad está ligada al desarrollo y mantenimiento de ambos. Casillas y Clark [39] sugirieron que desinhibición y temperamento negativo/neuroticismo son factores en el *cluster* B y TUS, y que dos rasgos derivados, impulsividad y autoagresividad, tendrían un importante papel en ambos y

en su asociación, aunque James y Taylor [40] planteaban si la emocionalidad negativa no podría ser más relevante que la impulsividad para entender la co-ocurrencia TUS-*cluster* B. También autores, como Dom et al. [29], observaron en alcohólicos con trastornos del *cluster* B alteración en el control inhibitorio, pero no en activación de la habilidad para retrasar la gratificación, lo que daría lugar a conductas impulsivas y autodestructivas.

En concreto, en el caso del trastorno *borderline* (con diferencia el más estudiado del eje II en todos los aspectos), la comorbilidad es tan frecuente que en algunos estudios se llega a hablar de un 95%, produciéndose como consecuencia de la impulsividad y/o la automedicación de sus estados disfóricos o buscando conseguir una desinhibición. Esta comorbilidad da lugar a distintos problemas, como riesgos en la esfera sexual, higiénico-sanitarios, legales, más uso de polisustancias, más posibilidad de sobredosis y más graves, y más riesgo de otros problemas psiquiátricos, suicidio y mortalidad, así como mayor dificultad para el tratamiento. En estos pacientes puede existir un tipo de consumo compulsivo, para reducir el malestar, y un abuso episódico-impulsivo –que es la forma de consumo más extendida en ellos–, siendo más habitual en este caso con alcohol y/o cocaína, y más ocultado en consultas psiquiátricas mientras es motivo de consulta en otros casos (lo que puede provocar riesgo de error diagnóstico).

La casi inexistencia de estudios específicos en los otros dos *clusters* no debería dar lugar a la errónea conclusión de poca comorbilidad con el consumo de tóxicos, puesto que la experiencia clínica demuestra con frecuencia su presencia, quizá de forma más llamativa en trastornos como el paranoide y el esquizotípico en el *cluster* A, y el obsesivo-compulsivo y el evitativo en el C.

Un apunte sobre el tema de la impulsividad

La impulsividad ha sido repetidamente destacada como el rasgo de personalidad más directamente relacionado con el consumo de sustancias, aunque algunos autores hayan discrepado indicando que aspectos como la emocionalidad negativa podrían ser más relevantes, como se ha señalado, mientras que otros como Koob [41] resumen que la adicción a sustancias es un trastorno que progresa desde la impulsividad (refuerzo positivo) a la compulsividad (refuerzo negativo), el cual es dirigido por el estado emocional negativo que deriva de la disregulación de elementos neuroquímicos centrales implicados en la recompensa y el estrés en las estructuras del cerebro anterior y basales que implicarían el estriado ventral y la amígdala.

El conocimiento del papel de la impulsividad tropieza en principio con las persistentes dificultades para el acuerdo sobre su conceptualización, no coincidiendo en algunos casos los modelos dimensionales de funcionamiento general de la personalidad en cuanto a su lugar, ya sea como dimensión o factor independiente, dentro del factor neuroticismo, dentro de la búsqueda de novedades... En concreto, la relación con el último aspecto es confusa, planteándose en ocasiones lo referido y en otras lo contrario, mientras que algunos autores dudan de la simbiótica relación entre ellas.

En una revisión reciente sobre el papel de la conducta impulsiva en el uso de sustancias, Perry y Carroll [42] resumieron que hay evidencias para apoyar tres hipótesis no excluyentes entre sí:

a) Los niveles altos de impulsividad llevan a la adquisición del abuso de sustancias y las subsecuentes escalada o disregulación de su consumo.

- b) Las sustancias de abuso pueden aumentar la impulsividad (lo que sería una contribución añadida a la escalada/disregulación).
- c) Hay una relación entre impulsividad y otros factores de vulnerabilidad al uso de sustancias –como sexo, estatus hormonal, reactividad a recompensas no relacionadas con sustancias y experiencias tempranas del entorno– que podrían afectar a su toma en todas las fases de la adicción.

Tanto la abstinencia como las recaídas y el tratamiento podrían estar influenciadas por las dos primeras.

En cualquier caso, hasta la actualidad existen distintos datos que corroboran su relación con las adicciones, tanto clínicos como de investigación básica:

- Datos clínicos: como la presencia de alto nivel de impulsividad en dependientes de sustancias, la alta comorbilidad de trastornos, como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad o el trastorno *borderline* (considerados como dentro del espectro impulsivo) con TUS, la mayor impulsividad en dependientes de varias sustancias que en los de una sola, o la mayor incapacidad que se aprecia en los dependientes para retrasar la recompensa con respecto a los controles en el laboratorio.
- Datos de investigación básica: cada vez aumenta más el volumen de estudios que apoya su relación, como la observación de que la impulsividad relacionada con la recompensa puede constituir un factor de riesgo para la dependencia del alcohol y este rasgo temperamental podría estar parcialmente mediado por el gen que codifica el receptor D₂ [43], o que variaciones genéticas pueden subyacer parcialmente a rasgos de personalidad como impulsivi-

dad, búsqueda de riesgo o respuesta al estrés, así como a la vulnerabilidad a los trastornos adictivos, y estos mismos rasgos de personalidad pueden afectar además de forma diferencial a los distintos estadios de la adicción [44]. También un interesante estudio realizado por Dalley et al. en 2007 con ratas de laboratorio con funcionamiento «impulsivo» mostró que la disponibilidad del receptor $D_{2/3}$ está significativamente reducida en el núcleo *accumbens* [45], lo que predecía altas tasas de autoadministración de cocaína.

En cualquier caso, aún sigue abierta la discusión sobre si la impulsividad sería origen o consecuencia del consumo de sustancias, si bien con los datos actuales se estaría en disposición de afirmar que los dos supuestos son válidos.

¿Qué aporta la neurobiología?

En la actualidad no existe aún suficiente información sobre las innegables bases biológicas de la personalidad y sus trastornos, y aún menos de la relación entre ellos y los TUS. Existe fuerte evidencia de que los rasgos de personalidad están influidos por determinantes de naturaleza genética y neurobiológica, entre otros; lo más aceptado por ahora sería que las variaciones en las características de personalidad se relacionarían en parte con

la actividad de algunos neurotransmisores, como serotonina, noradrenalina y dopamina. Además, factores genéticos y neurobiológicos diversos podrían actuar en la predisposición a TP y perfiles psicopatológicos. Sin embargo, un creciente número de investigaciones en el campo de las adicciones ha favorecido el cada vez más amplio conocimiento de sus bases neurobiológicas.

Aunque recientemente se ha publicado algún interesante estudio sobre la relación entre TP y TUS, como sería el caso del realizado por Winstanley [46] reforzando los comunicados paralelismos entre circuitos cerebrales y sistemas neuroquímicos implicados tanto en dependencia de sustancias como en conducta impulsiva, o el publicado por Schreckenberger et al. [47] mostrando que la dependencia de la recompensa es la única dimensión de la personalidad relacionada con la unión a receptores opiáceos, relación positiva restringida al estriado ventral (considerado el área básica del sistema humano de recompensa y del desarrollo de la conducta adictiva), hasta ahora los esfuerzos para comprender los factores que determinan las dependencias no se corresponden con los escasos estudios centrados en investigar, por ejemplo, la mediación genética de la asociación entre personalidad, psicopatología y adicción [27], es decir, queda mucho por hacer antes de conocer las indudables bases neurobiológicas de esta frecuente comorbilidad.

Abordaje terapéutico

Evolución y resultados del tratamiento

Durante cierto tiempo se extendió la idea de que la comorbilidad con TP predecía pobres

respuestas al tratamiento y resultados, de una forma en general bastante especulativa. Tal como recoge Verheul [48], estudios recientes muestran que, aunque las personalidades pa-

tológicas presentan problemas más graves tanto en el pre como en el post-tratamiento, los adictos con TP comórbidos se benefician del tratamiento al menos de forma similar a los que no los presentan, no asociándose con abandonos prematuros o menor duración del tiempo en tratamiento ni con menos motivación para el cambio, por lo que el frecuente nihilismo terapéutico resultaría un error que evitaría el adecuado abordaje del tratamiento de estos pacientes, aunque parece cierto que los trastornos del eje II predecirían un tiempo de recaída más corto tras el alta [49].

Se ha observado que la baja persistencia es un firme factor de predicción del tiempo de recaída, y que alto neuroticismo y baja autotranscendencia predicen el tiempo a la recaída tras el alta, apareciendo especialmente mayor riesgo cuando ambas se combinan [50]. Ross et al. [51] observaron en pacientes duales hospitalizados que los que presentaban trastornos del eje II mejoraban tanto como los que no los presentaban, pero, sin embargo, era menos probable que acudieran a la primera visita inicial de seguimiento.

En cuanto a otros factores que se han relacionado con el resultado del tratamiento y la recaída, se ha observado que la motivación para el cambio no estaría relacionada con la patología de la personalidad, pero sí moderaría la relación entre trastornos del eje II y recaída, de forma que la patología de la personalidad sería un fuerte indicador de recaída entre los individuos menos motivados pero no entre los más [48], y lo mismo ocurriría con el tiempo en tratamiento. Igualmente, varios estudios han destacado la importancia de la alianza terapéutica con el paciente como mediador potencial de la relación entre los trastornos del eje II y la recaída [52].

Por otro lado, una revisión del año 2005 de los estudios de seguimiento a corto y medio

plazo de pacientes con TUS señalaba que los trastornos del eje II a menudo se asociaron con pobres resultados psiquiátricos, en el sentido de más conductas suicidas, ansiedad o depresión, no existiendo prácticamente estudios de seguimiento a un plazo de más de 5 años [53]. En este sentido, Bakken et al. [54] publicaron recientemente un estudio de seguimiento prospectivo con 287 pacientes con TUS a 6 años y, en cuanto al eje II (valorado con el MCMI), tener cualquier trastorno del mismo implicaba mayor nivel de malestar en el seguimiento y, en concreto, cinco trastornos lo evidenciaban de forma más destacada: *borderline*, evitativo, pasivo-agresivo, sádico-agresivo y masoquista (es decir, lo que resumen como los TP ansiosos e impulsivos). En el caso de las mujeres, el malestar psíquico estuvo más fuertemente relacionado con conductas adictivas activas que en los hombres. Los autores concluyen que todos los estudios demuestran que eliminar la conducta adictiva no siempre lleva a la reducción clínicamente significativa del malestar psíquico y que, por ello, los trastornos del eje I y II deberían estudiarse y abordarse en el mismo programa terapéutico tanto como los TUS, con lo que están de acuerdo la mayoría de investigadores en este tema.

Tratamiento de los pacientes con trastorno de personalidad y trastorno por uso de sustancias

Como *cuestión general en el tratamiento de pacientes duales* y aplicable igualmente aquí, una revisión reciente recoge que, aunque no se identificó ningún tratamiento que fuera eficaz tanto para los trastornos psiquiátricos como para trastornos relacionados con sustancias, sí encontraron que los tratamientos (tanto farmacológicos como psicosociales) que son eficaces en reducir los síntomas

psiquiátricos también tienden a funcionar en pacientes duales, que los que son eficaces en reducir el uso de sustancias también lo son en reducirlo en pacientes duales, y que la eficacia del tratamiento integrado necesita estudios metodológicamente rigurosos para poder aclararla y valorar guías terapéuticas, concluyendo que, aunque hay tratamientos prometedores, todavía queda un largo camino antes de saber los que funcionan para cada grupo de pacientes duales [55].

En una interesante y reciente revisión sobre los estudios en pacientes con adicciones y TP, Van den Bosch y Verheul [56] los diferencian según el punto de partida:

- Centrados en la farmacoterapia: son muy limitados, lo que subrayan los autores teniendo en cuenta que la farmacoterapia puede tener un papel muy importante en estos pacientes, ya que puede mejorar algunos de los síntomas de los TP y la evolución de los TUS.
- Centrados en el uso de sustancias: muestran en general que la patología de la personalidad se asocia con mayores y más graves problemas en el pre y post-tratamiento, aunque no es un robusto predictor de la cantidad de mejoría, y algunos destacan igualmente el papel en la cronicidad de la adicción y el significativo impacto del sexo en el tratamiento de estos pacientes.
- Centrados en los TP: a menudo suelen excluir a los pacientes con TUS comórbidos, por lo que se sabe muy poco del impacto sobre la evolución del tratamiento, aunque los propios autores condujeron un estudio randomizado con terapia dialéctico-comportamental (DBT) en mujeres con trastorno *borderline* no encontrando

diferencias en la efectividad del tratamiento en pacientes con TUS y sin ellos.

- Centrados en el tratamiento dual: todavía muy escasos, se refieren fundamentalmente hasta ahora a dos tipos de psicoterapia, la terapia centrada en los esquemas y la DBT, modificadas para las necesidades específicas de los pacientes duales, y han mostrado algunos resultados prometedores. En esta línea, Ball [57] planteó que la terapia dual centrada en los esquemas podría ser útil para los TP con consumo de sustancias que no responden a una intervención breve.

En cuanto a las implicaciones clínicas, los autores recuerdan que las guías de tratamiento para los TP, que recomiendan la *psicoterapia cuando sea posible asociada a farmacoterapia centrada en los síntomas cuando sea necesaria o útil*, serían igualmente recomendables para los pacientes duales, aunque se requieran modificaciones de los programas tradicionales, y destacan algunos *ingredientes esenciales para el tratamiento efectivo de estos pacientes*:

- Siempre es necesario y central una valoración del riesgo.
- Desde el principio se necesita una atención especial y profesional hacia ambos focos.
- Se recomienda un apoyo individual intensivo y por largo tiempo para establecer y mantener una alianza de trabajo que evite los abandonos tempranos y favorezca mejores resultados a largo plazo, con atención terapéutica directa a rasgos de personalidad desadaptativos, lo que mejoraría los síntomas y reduciría los riesgos de recaída. La psicoterapia solamente tendrá éxito si es

en un programa a largo plazo que ofrezca estructura y seguridad, y si se combina con un programa de entrenamiento en resolución de problemas o de prevención de recaídas.

- Los terapeutas deben ser profesionales con alta cualificación y experiencia en psicoterapia, psicopatología, TP y adicciones, y deberían estar obligados a supervisión.
- Los problemas motivacionales, interpersonales y perceptivos deben considerarse centrales en el tratamiento de pacientes duales, utilizando especialmente terapias integradas centradas en la conducta con soporte empírico para su uso en trastornos específicos encontrados en consumidores de sustancias, especialmente los trastornos *borderline* y antisocial.
- Se recomienda de forma especial la participación en un programa apropiado post-tratamiento.

Y, en resumen, concluyen que sería recomendable valorar la posibilidad de programas terapéuticos integrados y multifocales más que los programas separados específicos de síntomas [57].

De acuerdo con la mayoría de autores, y como paso previo imprescindible, una *valoración rutinaria de los rasgos de personalidad* en los individuos que inician tratamiento por uso de sustancias debería encontrarse entre los procedimientos diagnósticos habituales; con ello se podría entender mejor la etiología de su conducta adictiva y adecuar mejor el tratamiento y las intervenciones a cada paciente.

Desde un punto de vista *psicoterapéutico*, Staiger et al. [58] recuerdan que los rasgos de personalidad relacionados con la impulsividad, como la búsqueda de sensaciones,

búsqueda de novedades, sensibilidad a la recompensa y desinhibición conductual, se relacionan fuertemente con el uso y abuso de sustancias en adolescentes y adultos, así como los rasgos relacionados con la ansiedad y, aunque el papel de éstos en cuanto al desarrollo del abuso de sustancias sea menos claro, la alta comorbilidad con trastornos de ansiedad subrayaría la importancia de un temperamento ansioso (por ejemplo, en rasgos como la evitación del daño) para entender el abuso de sustancias. De acuerdo con estos datos, proponen adecuar el tratamiento de cada paciente a su estilo de personalidad (especialmente si son pacientes con niveles elevados de sensibilidad a la recompensa, impulsividad y ansiedad), para lo que habría que considerar que la personalidad parece mostrarse como un importante predictor del resultado del tratamiento (aunque recordando que aún es necesaria más investigación) y, en tal caso, de qué forma se podría desarrollar un tratamiento adecuado para ese tipo de personalidad y, finalmente, cómo se implementarían esos tratamientos en la práctica clínica. De manera más práctica, recogen los datos actuales sobre tratamientos útiles para cada rasgo de los considerados cruciales para la aparición del abuso de sustancias:

- Sensibilidad a la recompensa: se contempla la necesidad de desarrollar abordajes terapéuticos que aumenten las experiencias vitales recompensantes, de acuerdo con resultados muy positivos observados con estrategias de manejo de la contingencia, como recompensar la adherencia y la abstinencia con dinero.
- Impulsividad no planificada: técnicas bien establecidas de la terapia cognitivo-conductual, como el entrenamiento atencio-

nal, utilizado en la DBT, o la prevención de las recaídas basada en la autoconsciencia, que trabaja con la reflexión y el control atencional y que podría actuar específicamente sobre las tendencias impulsivas no planificadas del consumidor crónico.

- Ansiedad: existen pocos datos hasta el momento sobre tratamientos efectivos en estos casos, si bien las estrategias cognitivo-conductuales desarrolladas en el campo de la ansiedad podrían ser prometedoras.

Un último punto que se valora en este estudio, y que también resulta interesante destacar, hace referencia a la necesidad de investigar y establecer el momento en que los rasgos de personalidad deben ser valorados, teniendo en cuenta, por ejemplo, que la abstinencia podría exacerbar o enmascarar ciertos rasgos o trastornos, y qué tipo de medidas se deben usar.

En lo que se refiere a temas más *farmacológicos o biológicos*, se ha sugerido que sustancias aprobadas para el tratamiento de ciertas adicciones podrían ser útiles en pacientes duales, como la naltrexona, que podría ser más efectiva en pacientes con mayor sensibilidad a la recompensa o búsqueda de novedades, así como el acamprosato lo sería en los que tengan mayor reactividad al estrés o sensibilidad a la ansiedad [12]. Igualmente, sustancias aprobadas para el tratamiento de distintas patologías psiquiátricas han ido evidenciando cierta utilidad en el campo de las adicciones, como sería el antidepresivo bupropión (único aprobado por el momento para estas condiciones, en este caso para el tratamiento de la adicción al tabaco), ciertos anticomiciales, como topiramato, oxcarbazepina o gabapentina, así como también algunos de los llamados antipsicóticos «atípicos».

Sin embargo, el campo de los abordajes neurológicos en esta patología dual se encuentra casi en sus comienzos, presentando grandes posibilidades futuras.

En cuanto a *abordajes específicos*, no es de extrañar que el *cluster B* sea el que ha recibido el interés fundamental de los investigadores, que casi se podría considerar exclusivo (aunque aún muy escaso) en cuanto a la terapéutica, especialmente el trastorno *borderline* y el antisocial. En el caso del trastorno antisocial, ya se ha comentado que estos pacientes pueden mostrar tanta mejoría con el tratamiento como los adictos sin este TP; existen estudios que sugieren que los pacientes antisociales se benefician más de una intervención terapéutica estructurada de orientación conductual [59, 60]. Sobre el trastorno *borderline*, la DBT ha demostrado su utilidad en la comorbilidad con uso de sustancias [61] y, especialmente, en los que presentan manifestaciones suicidas frecuentes.

Tratamiento farmacológico

Concretamente en el trastorno *borderline*, diversos fármacos han demostrado efectividad y muchos de ellos también lo están haciendo en el tratamiento de las adicciones, como sería, por ejemplo, el caso del topiramato, del que se han publicado resultados positivos en adicción a tabaco, cocaína y alcohol. En otros trastornos del eje II, las evidencias son casi anecdóticas, si bien resulta necesario dar una respuesta terapéutica a estos pacientes que, por el momento, se debería guiar en buena parte por los conocimientos, los datos disponibles, la sintomatología de cada paciente y la experiencia clínica, no perdiendo de vista que

la mejoría de la sintomatología del TP puede favorecer la mejor evolución de los trastornos comórbidos. En tal sentido:

- *Trastornos del cluster A*: escasamente algún estudio ha hecho mención a la utilidad de los antipsicóticos en este grupo, si bien su utilización a dosis bajas, especialmente los llamados «atípicos», puede dar lugar a una mejora en el funcionamiento y la sintomatología.
- *Trastornos del cluster B*: con la guía de los resultados positivos obtenidos en el trastorno *borderline* y adaptando los fármacos a la clínica y características de cada trastorno, tanto antidepresivos como anticonvulsivos y antipsicóticos a dosis bajas pueden tener utilidad en la evolución de estos pacientes. La elección de los que han evidenciado más resultados positivos y con manejo más sencillo resultaría lo más indicado. Así, entre los antidepresivos, serían los inhibidores de la recaptación de serotonina, entre los anticonvulsivos, fundamentalmente valproato, topiramato, oxcar-

bazepina, gabapentina o lamotrigina y, entre los antipsicóticos, «atípicos» como risperidona, quetiapina, olanzapina, amisulpride, ziprasidona o aripiprazol.

- *Trastornos del cluster C*: los antidepresivos, especialmente los que son útiles también en ansiedad, de perfil serotoninérgico o mixto, como venlafaxina u otros, y anticomiciales como gabapentina, tiagabina o pregabalina, podrían ser útiles en el tratamiento sintomatológico de estos pacientes.

Es importante recordar que los fármacos se deben utilizar a las dosis adecuadas a la clínica y durante el tiempo necesario, así como que su empleo debería coordinarse con otro tipo de intervenciones adecuadas a cada TP. Por otro lado, se debería valorar la conveniencia de emplear al tiempo, en algunos casos, los fármacos habitualmente utilizados para el tratamiento del consumo de sustancias comórbido que pueda existir (agonistas en la mayoría de ocasiones, o antagonistas de diversas sustancias).

Protocolos de intervención

Itinerario y recomendaciones a seguir en pacientes con patología dual en trastornos de personalidad

Como se ha visto hasta ahora, queda mucho por realizar antes de poder establecer protocolos y guías clínicas consensuadas en estos complejos pacientes. Sin embargo, con los datos existentes en la actualidad, sí se podrían resumir unas líneas básicas de actuación:

1. En primer lugar sería recomendable, como habitualmente en el tratamiento de trastornos comórbidos, lograr la abstinencia de las sustancias de uso, para lo cual se deberían utilizar los tratamientos estándar con cierta precaución intentando evitar, más allá de la fase de desintoxicación, fármacos de los que pudieran hacer los pacientes un uso inadecuado, como benzodiacepinas u opiáceos, siempre que sea posible.

2. Evaluación del cuadro psíquico basal y los efectos que las sustancias de consumo hubieran podido facilitar, y tratamiento del mismo según proceda.
3. Estudio de posibles alteraciones y TP subyacentes; no existe un consenso sobre el momento de realizar esta evaluación, pero es aconsejable un tiempo de abstinencia mínimo o una reevaluación posterior.
4. Dentro de las posibilidades actuales, y tal como se ha comentado previamente, resulta aconsejable plantear un tratamiento lo más a medida posible para las características clínicas de cada paciente, tanto las intervenciones farmacológicas como psicosociales. En este sentido, la revisión de Van den Bosch y Verheul [56] resume muy adecuadamente la forma de enfoque y resulta de especial utilidad.
5. Dada la destacada prevalencia de TP entre los consumidores de sustancias, la significativa incapacidad que pueden provocar y los insatisfactorios resultados terapéuticos si no se abordan adecuadamente, los terapeutas dedicados a ello deberían estar especialmente entrenados en reconocer y tratar este tipo de trastornos.

En conclusión, es evidente que se necesita un amplio esfuerzo investigador a todos los niveles, tanto sobre las bases neurobiológicas y psicosociales como sobre la clínica y terapéutica, en este complejo aspecto de la patología dual. Sin embargo, lo conocido hasta la actualidad debería ayudar en la valoración e intervención más adecuada para una buena parte de los pacientes que atendemos.

Bibliografía

1. Stone MH. Abnormalities of personality. Within and beyond the realm of treatment. New York: WW Norton; 1993. p. 4.
2. Livesley WJ. Practical management of personality disorder. New York: Guilford Press; 2003. pp. 17-8.
3. DSM-IV-TR. Criterios diagnósticos. American Psychiatric Association. En: López-Ibor Aliño JJ, Valdés Myiar M, editores. Barcelona: Masson; 2002.
4. Widiger TA, Simonsen E, Krueger R, Livesley WJ, Verheul R. Personality disorder research agenda for the DSM-V. J Pers Disord. 2005;19:315-38.
5. Widiger TA, Simonsen K. Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. J Pers Disord. 2005;19:110-30.
6. Szerman Bolotner N, Peris Díaz L. Cannabis y trastornos de personalidad. En: Arias Horcajadas F, Ramos Atance JA, editores. Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis: casos clínicos. Sociedad Española de Investigación en Cannabinoides. Madrid: CEMA; 2008. pp. 89-103.
7. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP. Co-occurrence of 12-months alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States. Arch Gen Psychiatry. 2004;61:361-8.
8. Szerman N, Basurte I, Vega P, Arias-Horcajada F, et al. Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia, diagnóstico y actitud terapéutica de la patología dual en la comunidad de Madrid. Comunicación I. Congreso Internacional de Patología Dual (pendiente de publicación).
9. Verheul R. Comorbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. Eur Psychiatry. 2001;16:274-82.
10. Skodol AE, Oldham JM, Gallagher PE. Axis II comorbidity of substance use disorders among pa-

- tients referred for treatment of personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1999;156:733-38.
11. Verheul R, Kranzler HR, Poling J, Tennen H, Ball SA, Rounsaville BJ. Axis I and Axis II disorders in substance abusers: fact or artifact? *J Stud Alcohol*. 2000;61:101-10.
 12. Verheul R, Van den Brink W. The role of personality pathology in the etiology and treatment of substance use disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2000;13: 163-9.
 13. Sher KJ, Trull TJ. Substance use disorder and personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2002;4:25-9.
 14. Grekin ER, Sher KJ, Wood PK. Personality and substance dependence symptoms: modeling substance-specific traits. *Psychol Addict Behav*. 2006; 20:415-24.
 15. Terraciano A, Löckenhoff CE, Crum RM, Bienvenu OJ, Costa PT Jr. Five-factor model personality profiles of drug users. *BMC Psychiatry*. 2008;8:22.
 16. Malouf JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS. The five-factor model of personality and smoking: a meta-analysis. *J Drug Educ*. 2006;36:47-58.
 17. Gorman DM, Derzon JH. Behavioral traits and marijuana use and abuse: a meta-analysis of longitudinal studies. *Addict Behav*. 2002;27:193-206.
 18. Saiz PA, González MP, Paredes B, Martínez S, Delgado JM. Personality and use-abuse of cocaine. *Addiction*. 2001;13:47-59.
 19. Kilbey MM, Breslau N, Andreski P. Cocaine use and dependence in young adults: associated psychiatric disorders and personality traits. *Drug Alcohol Depend*. 1992;29:283-90.
 20. Kornor H, Nordvik H. Five-factor model personality traits in opioid dependence. *BMC Psychiatry*. 2007; 7:37.
 21. Trull TJ, Waudby CJ, Sher KJ. Alcohol, tobacco and drug use disorders and personality disorders symptoms. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2004;12: 65-75.
 22. Skinstad AH, Swain A. Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2001;27:45-64.
 23. Landheim AS, Bakken K, Vaglum P. Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics. Substance abusers treated in two counties in Norway. *Eur Addict Res*. 2003;9:8-17.
 24. Kashdan TB, Vetter CJ, Collins RL. Substance use in young adults: associations with personality and gender. *Addict Behav*. 2005;30:259-69.
 25. Conrod PJ, Phil RO, Stewart SH, Dongier M. Validation of a system of classifying female substance abusers on the basis of personality and motivational risk factors for substance abuse. *Psychol Addict Behav*. 2000;14:243-56.
 26. Torgensen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:590-6.
 27. Bravo de Medina R, Echeburúa E, Aizpiri J. Características psicopatológicas y dimensiones de personalidad en los pacientes dependientes del alcohol: un estudio comparativo. *Adicciones*. 2007;19:373-82.
 28. Echeburúa E, Bravo de Medina R, Aizpiri J. Personality variables, psychopathological alterations and personality disorders in alcohol-dependent patients according to Cloninger's typology of alcohol abuse. *Psicothema*. 2008;20:525-30.
 29. Dom G, De Wilde B, Hulstijn W, Van den Brink W, Sabbe B. Behavioural aspects of impulsivity in alcoholics with and without a cluster B personality disorder. *Alcohol Alcohol*. 2006;41:412-20.
 30. Calsin DA, Saxon AJ. Personality disorders subtypes among cocaine and opioid addicts using the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Int J Addict*. 1990;25: 1037-49.
 31. Darke S, Williamson A, Ross J, Teeson M, Lynskey M. Borderline personality disorder, antisocial personality disorder and risk-taking among heroin users: finding from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Drug Alcohol Depend*. 2004;74:77-83.
 32. Cohen LJ, Gertmenian-King E, Kunik L, Weaver C, London ED, Galynker I. Personality measures in former heroin users receiving methadone or in protracted abstinence from opiates. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;112:149-58.
 33. Arendt M, Munk-Jorgensen P. Heavy cannabis users seeking treatment-prevalence of psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 2004;39:97-105.
 34. Flory K, Lynam D, Milich R, Leukefeld C, Clayton R. The relations among personality, symptoms of alcohol and marijuana abuse and symptoms of comorbid psychopathology: results from a community sample. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2002;10:425-34.
 35. Kranzler HR, Satel S, Apter A. Personality disorders and associated features in cocaine-dependent inpatients. *Compr Psychiatry*. 1994;35:335-40.
 36. López Durán A, Becoña Iglesias E. Patterns and personality disorders in persons with cocaine dependence in treatment. *Psicothema*. 2006;18:578-83.

37. Cassia Rondina de R, Gorayeb R, Botelho C. Psychological characteristics associated with tobacco smoking behavior. *J Bras Pneumol*. 2007;33: 592-601.
38. Bornoalova MA, Lejuez CW, Daughters SB, Zachary Rosenthal M, Lynch TR. Impulsivity as a common process across borderline personality and substance use disorders. *Clin Psychol Rev*. 2005; 25:790-812.
39. Casillas A, Clark LA. Dependency, impulsivity and self-harm: traits hypothesized to underlie the association between cluster B personality and substance use disorders. *J Pers Disord*. 2002;16:424-36.
40. James LM, Taylor J. Impulsivity and negative emotionality associated with substance use problems and cluster B personality in college students. *Addict Behav*. 2007;7:14-27.
41. Koob GF. Neurobiological substrates for the dark side of compulsivity in addiction. *Neuropharmacology*. 2009;56 Suppl 1:18-31.
42. Perry JL, Carroll ME. The role of impulsive behavior in drug abuse. *Psychopharmacology*. 2008;200:1-26.
43. Limosin F, Loze JY, Dubertret C, Gouya L, Adès J, Rouillon F, Gorwood P. Impulsiveness as the intermediate link between the dopamine receptor D2 gene and alcohol dependence. *Psychiatr Genet*. 2003;13:127-9.
44. Kreek MJ, Nielsen DA, Butelman ER, LaForge KS. Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug use and addiction. *Nat Neurosci*. 2005;8:1450-7.
45. Dalley JW, Fryer TD, Brichard L, Robinson ES, Theobald DE, Lääne K, et al. Nucleus *accumbens* D2/3 receptors predict trait impulsivity and cocaine reinforcement. *Science*. 2007;315:1267-70.
46. Winstanley CA. The orbitofrontal cortex, impulsivity and addiction: probing orbitofrontal dysfunction at the neural, neurochemical and molecular level. *Ann NY Acad Sci*. 2007;1121:639-55.
47. Schreckenberger M, Klega A, Gründer G, Buchholz HG, Scheurich A, et al. Opioid receptor PET reveals the psychobiologic correlates of reward processing. *J Nucl Med*. 2008;49:1257-61.
48. Verheul R, Van den Brink W, Hartgers C. Personality disorders predict relapse in alcoholic patients. *Addict Behav*. 1998;23:869-82.
49. Thomas VH, Melchert TP, Banker JA. Substance dependence and personality disorders: comorbidity and treatment outcome in an inpatient treatment population. *J Stud Alcohol*. 1999;60:271-7.
50. Fisher LA, Elias JW, Ritz K. Predicting relapse to substance abuse as a function of personality dimensions. *Alcohol Clin Exp Res*. 1998;22:1041-7.
51. Ross S, Dermatis H, Levounis P, Galanter M. A comparison between dually diagnosed inpatients with and without Axis II comorbidity and the relationship to treatment outcome. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2003;29:263-79.
52. Gerstley LJ, McLellan AT, Alterman AI, Woody GE, Luborsky L, Prout M. Ability to form an alliance with the therapist: a possible marker of prognosis for patients with antisocial personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1989;146:508-12.
53. Vaglum P. Personality disorders and the course and outcome of substance abuse: a selective review of the 1984 to 2004 literature. En: Reich J, editor. *Personality disorders, current research and treatments*. New York: Roudedge; 2005. p. 105-24.
54. Bakken K, Landheim AS, Vaglum P. Axis I and II disorders as long-term predictors of mental distress: a six-year prospective follow-up of substance-dependent patients. *BMC Psychiatry*. 2007;7:29.
55. Tiet QQ, Mausbach B. Treatments for patients with dual diagnosis: a review. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007;31:513-36.
56. Van den Bosch LM, Verheul R. Patients with addiction and personality disorder: treatment outcomes and clinical implications. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20:67-71.
57. Ball SA. Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: dual focus schema therapy. *Addict Behav*. 1998;23:883-91.
58. Staiger PK, Kambouropoulos N, Dawe S. Should personality traits be considered when refining substance misuse treatment programs? *Drug Alcohol Rev*. 2007;26:17-23.
59. Project Match Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: project match post-treatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol*. 1997;58:7-29.
60. Project Match Research Group. Project MATCH secondary a priori hypotheses. *Addiction*. 1998;92: 1671-98.
61. Lineham MM. Dialectic behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict*. 1999;8:279-92.

Caso clínico

Varón de 23 años que ingresa en una Unidad de agudos psiquiátrica derivado desde una Unidad residencial para deshabitación y rehabilitación de pacientes adictos a sustancias, para estabilización y estudio.

Antecedentes familiares: un tío paterno con un trastorno afectivo no documentado.

Antecedentes personales: apendicectomía en la infancia.

Historia evolutiva y biografía: nacido en una ciudad de la costa mediterránea, el menor de 3 hermanos de una familia con buena situación económica. Infancia descrita por los padres como normal. Bien en los estudios hasta los 14 años, en que empezó a faltar a las clases y suspender asignaturas. En esa época comenzó a consumir cannabis de forma creciente hasta 5-10 cigarrillos al día, poco después alcohol con patrón de abuso los fines de semana, probando más adelante «de todo» (éxtasis, cocaína, heroína) con el mismo patrón; nunca consumos por vía parenteral.

Ante las dificultades en los estudios y un creciente aumento de alteraciones conductuales, los padres decidieron que continuara sus estudios interno en un centro reconocido por su especial disciplina, en el que persistieron los problemas, hasta presentar un in-

tento autolítico, siendo ingresado con 18 años en una Unidad de agudos, donde fue diagnosticado de «consumo de polisustancias y trastorno de personalidad del *cluster* B». De nuevo con su familia, mantuvo durante breve tiempo seguimiento terapéutico adecuado, reiniciando de nuevo consumos de cocaína y alcohol, e ingresando en otro centro tras un episodio recortado de sintomatología paranoide, siendo diagnosticado de «trastorno esquizofreniforme».

A lo largo de su evolución presentó un nuevo intento autolítico tras una intoxicación. Un nuevo ingreso llevó al diagnóstico de «trastorno límite de personalidad», indicándose un tratamiento que nunca llegó a seguir. Desapareció de casa por un tiempo, viviendo en condiciones difíciles y reconociendo haber aceptado prácticas sexuales inadecuadas, tanto con hombres como con mujeres, «para tener dinero». Volvió a ser ingresado tras regresar a su ciudad de origen y presentar un episodio de descontrol impulsivo hacia la familia, siendo diagnosticado de «trastorno psicótico secundario al consumo de polisustancias». Tras este ingreso pasó a la Unidad residencial, donde cumplió por tiempo breve el tratamiento y pautas, comenzando con conductas disruptivas y salidas no autoriza-

das del centro, en las que consumía cocaína con heroína. Un episodio de aspecto paranoide hizo que fuera derivado a la Unidad de agudos. A su llegada se mostraba desconfiado, inadecuado, desafiante y con temple paranoide, clínica que cedió en menos de 48 horas. Reconocía consumos destacados de cocaína con heroína los días previos, así como una discusión telefónica con su padre —en relación con su permanencia en el centro— que le angustió mucho.

Relataba una clínica basal de sensación de vacío e inadecuación, con distorsión de su autoimagen en relación con la que reconocía sufrimiento importante, así como por lo que él consideraba un rechazo y abandono familiar, especialmente paterno. Impulsividad destacada que ocasionaba problemas repetidos,

inestabilidad emocional persistente, reconociendo épocas de hipotimia y desesperanza, generalmente asociadas con gran angustia. Ocasional sintomatología pseudoparanoide, aparecida fundamentalmente tras situaciones que él vivía como angustiosas y, en especial, tras consumo de tóxicos.

Fue diagnosticado de «trastorno *border-line* de personalidad», a lo que orientaban no sólo la evolución clínica, actual y longitudinal, sino los estudios psicométricos realizados (especialmente la entrevista DIB-R, específica para este trastorno), así como «abuso de polisustancias», y comenzó tratamiento con topiramato, sertralina y quetiapina, mostrando mejoría y estabilización en breves días y disposición a seguir el tratamiento que se le indicara.

Evaluación



Instrucciones para la acreditación

La acreditación se obtiene al aprobar el **test de evaluación** que aparece en **www.brainpharma.es**

En esta web se encuentran los contenidos de los módulos didácticos, las preguntas de evaluación, necesarias para obtener los créditos de formación continuada, y un enlace a **Tutoría**, del programa formativo en la que se podrán consultar las dudas que puedan presentarse.

Pasos a seguir

- Entre en www.brainpharma.es e **inscríbese** (una vez inscrito recibirá un *e-mail* de confirmación de sus datos).
- Para realizar el **test de evaluación**, vaya directamente a **Entrada al programa formativo**, relleno de usuario y clave de acceso.
- Entre en el módulo correspondiente y acceda a **Test de evaluación**.
- Para conseguir los créditos del programa formativo deberá responder correctamente a un **mínimo de 20 de las 25 preguntas** del test. Cada pregunta puede tener una sola respuesta válida, que usted deberá señalar marcando la casilla de la opción que considere adecuada.
- Podrá acceder al test tantas veces como desee, ya que las respuestas que haya cumplimentado quedarán guardadas provisionalmente, clicando en la opción **Guardar borrador**, pudiendo ser revisadas y rectificadas en sucesivas entradas. Además, en caso de que tenga dudas o precise alguna aclaración, podrá acceder a **Tutoría**.
- Cuando dé por definitivas sus respuestas, envíe el test clicando en la opción **Enviar evaluación**. Recibirá el resultado en **su correo electrónico de forma automática**, en un plazo no superior a 3 días hábiles desde el momento de enviar la consulta.
- Este *e-mail* será el comprobante hasta que reciba el diploma de acreditación, a través de la **red de Visita Médica de Brainpharma**, tras finalizar la vigencia del curso.

Nota: Una vez enviada la respuesta y recibida la calificación no podrá hacer nuevos intentos de cumplimentar el test, aunque éste permanecerá visible para usted a efectos informativos.

Test de evaluación

1. Entre los trastornos de personalidad se considera más prevalente:
 - a. El *cluster* B
 - b. El *cluster* C
 - c. El *cluster* A
 - d. La prevalencia de todos es similar
2. Los grupos de trabajo para el DSM-V:
 - a. Valoran desarrollar un modelo dimensional de clasificación
 - b. Valoran un modelo dimensional sólo para los trastornos de personalidad
 - c. Confirmaron que el modelo categorial es el más adecuado
 - d. Ninguna es cierta
3. Los trastornos de personalidad:
 - a. Son los trastornos psiquiátricos menos comórbidos con los trastornos por uso de sustancias
 - b. Son 4 veces más prevalentes en muestras clínicas que en la población general
 - c. Tienen todos un tratamiento perfectamente indicado y efectivo
 - d. No interfieren con los trastornos del eje I
4. La prevalencia de trastornos de personalidad:
 - a. Es similar entre los consumidores activos y los que consumieron en el pasado
 - b. Se desconoce
 - c. No se ha estudiado en los consumidores de sustancias
 - d. Las dos anteriores son ciertas
5. La vía de la reducción del estrés
 - a. Lleva al consumo de sustancias por sus propiedades reforzantes positivas
 - b. Destaca en la comorbilidad con trastorno antisocial
 - c. Podría llevar al consumo de sustancias como automedicación
 - d. Todas son ciertas
6. La relación causal entre trastornos de personalidad y trastornos por uso de sustancias podría ser:
 - a. Los trastornos de personalidad favorecen los trastornos por uso de sustancias
 - b. Ambos tendrían una base etiológica común
 - c. Las dos son ciertas
 - d. Ninguna de las dos es cierta
7. Los rasgos de personalidad que favorecen el consumo de sustancias:
 - a. Están poco estudiados
 - b. No existen
 - c. Están perfectamente delimitados
 - d. Existe una variación destacada entre estudios por el momento
8. En un mismo individuo, el uso de varias sustancias tendría una prevalencia de:
 - a. 60%
 - b. 10%
 - c. 30%
 - d. No se conoce
9. En las tres vías hipotéticas hacia la adicción:
 - a. Los factores de personalidad no son relevantes

- b. Los factores de personalidad tendrían un importante papel etiológico
 - c. Las sustancias consumidas en cada vía serían las mismas
 - d. Segunda y tercera son ciertas
10. Anticomiciales como gabapentina, tiagabina o pregabalina:
- a. Podrían ser útiles en el tratamiento sintomático de trastornos del *cluster C* con trastornos por uso de sustancias
 - b. La anterior no es cierta
 - c. Han demostrado utilidad en los tres *clusters* de trastornos de personalidad con trastornos por uso de sustancias
 - d. Sólo han demostrado utilidad en el *cluster A* con trastornos por uso de sustancias
11. La terapia psicológica:
- a. No es de utilidad para los pacientes con trastornos de la personalidad y trastornos por uso de sustancias comórbidos
 - b. Todos los tipos han demostrado ser útiles en estos pacientes
 - c. La terapia dialéctico-comportamental ha demostrado su utilidad en la comorbilidad trastorno *borderline*-trastornos por uso de sustancias
 - d. La terapia dialéctico-comportamental ha demostrado utilidad en la comorbilidad *cluster B*-trastornos por uso de sustancias
12. El topiramato:
- a. Ha demostrado efectividad en trastorno *borderline* y varios trastornos por uso de sustancias
 - b. Ha demostrado efectividad en el *cluster C*
 - c. No ha demostrado ninguna efectividad en el consumo de sustancias
 - d. Ha demostrado efectividad en los trastornos de personalidad en general
13. La abstinencia:
- a. Siempre mejora los síntomas conductuales
 - b. Puede exacerbar o enmascarar rasgos o trastornos
 - c. Se trata de forma diferente en estos pacientes
 - d. Segunda y tercera son ciertas
14. La valoración de los rasgos de personalidad en los pacientes con trastornos por uso de sustancias que inician tratamiento:
- a. No siempre es necesaria
 - b. Debería hacerse de forma rutinaria
 - c. Hay que hacerla antes de la desintoxicación
 - d. Las dos anteriores son ciertas
15. Para tratar a los pacientes duales con trastornos de personalidad y trastornos por uso de sustancias:
- a. Lo mejor es tratarlos en dispositivos separados
 - b. No es necesario tratar los trastornos de personalidad
 - c. Se recomienda seguir las guías de tratamiento para los trastornos de personalidad
 - d. Sólo hay que tratar los trastornos de personalidad
16. Eliminar la conducta adictiva:
- a. No siempre produce una reducción significativa del malestar psíquico
 - b. Siempre elimina también los síntomas de trastornos de personalidad
 - c. Es imposible en los trastornos de personalidad
 - d. Ninguna de las anteriores es cierta

17. Los adictos con trastornos de personalidad:
- Se benefician del tratamiento menos que los que no los presentan
 - Se benefician del tratamiento de forma similar a los que no los presentan
 - Se benefician igual del tratamiento, aunque con posibilidad de más problemas en el post-tratamiento
 - Ninguna es cierta
18. La impulsividad destaca en:
- Los trastornos por uso de sustancias
 - Los trastornos por uso de sustancias y todos los trastornos de personalidad
 - Los trastornos por uso de sustancias y el *cluster* A
 - Los trastornos por uso de sustancias y el *cluster* B
19. En los consumidores de sustancias:
- No existen diferencias de género en el consumo
 - Las diferencias de género y el tratamiento adecuado a ellas están bien establecidos
 - Hay claras diferencias de género en el consumo
 - Las diferencias de género no indicarían diferentes necesidades terapéuticas
20. La personalidad de los fumadores de tabaco:
- No tiene patrones determinados
 - Ha sido más estudiada que la de los consumidores de sustancias no legales
 - Ninguna es cierta
 - Las dos son ciertas
21. En los consumidores de opiáceos:
- Se han documentado más rasgos y trastornos de los *clusters* B y C
 - Se han documentado más de los *clusters* A y C
 - Se han destacado sólo los del *cluster* B
 - Ninguna es cierta
22. Rasgos esquizotípicos en personas sanas:
- No tienen importancia
 - Indican consumo de tóxicos
 - Discriminan a consumidores de cannabis de los que no lo son
 - Nunca tienen relación con el consumo de ningún tóxico
23. Los estudios y conocimientos sobre la relación trastornos de personalidad-trastornos por uso de sustancias:
- Aportan información concluyente de la comorbilidad
 - Son complicados y escasos
 - Aún están lejos de aportar información completa y definitiva
 - Las dos anteriores son ciertas
24. En la dependencia de alcohol:
- Los factores sociales son los más prevalentes para su aparición
 - Lo determinante en su aparición son los trastornos del eje I
 - La personalidad parece tener un lugar prevalente en su desarrollo
 - Ninguna es cierta
25. Las alteraciones en distintos sistemas de neurotransmisión:
- No tienen ninguna relación con el consumo de tóxicos
 - No se han estudiado en los trastornos por uso de sustancias
 - Relacionan cada sistema con una sustancia determinada
 - Tendrían relación con diferentes vías hacia la adicción

